

car le plus grand nombre des malades est empoisonné par les bactéries de l'intestin et succombe à une septicémie spéciale; on peut évaluer à 80 p. 100 la mortalité que donne l'anus contre nature. La plupart des malades succombent dans les 48 heures qui suivent l'opération; parmi ceux qui survivent davantage, un grand nombre succombent encore aux complications secondaires que j'ai signalées; ce sont ces derniers qu'on pourrait sauver par la suture complète. (Voy. Thèse de *Marin*, Lyon, 1891. Traitement des hernies gangrenées par la résection et l'entérorraphie longitudinale.)

10° TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE ET DES FISTULES STERCORALES

L'anus contre nature est caractérisé par l'ouverture de deux bouts d'intestin à la paroi après destruction de toute une anse; les fistules stercorales consistent en solutions de continuité n'affectant qu'une partie de la circonférence de l'intestin.

I. — Traitement de l'anus contre nature sans complications.

La plupart des chirurgiens conseillent d'attendre deux ou trois mois avant d'attaquer l'anus contre nature.

Je trouve ce précepte légitime quand il s'agit de cas favorables à la guérison spontanée, caractérisés par un éperon peu accentué, un infundibulum développé, un bout inférieur perméable, un orifice cutané étroit et non tapissé de muqueuse.

Mais pour tous les autres cas je pense qu'on peut intervenir dès que la santé générale est satisfaisante. Parfois, quand l'anus siège haut, l'intervention doit être faite d'urgence pour éviter l'affaiblissement du patient.

On peut attaquer l'anus contre nature sans complications soit par la méthode lente : A. *Entérotomie et anaplastie*; soit par la méthode rapide, B. *Entérotomie secondaire*, ou mieux par une autre opération en un temps, C. *Entérotomie intra-péritonéale* avec suture par abrasion des deux orifices.

A. ENTÉROTOMIE ET ANAPLASTIE.

Cette méthode comporte deux indications :

- 1° Rétablir le cours des matières;
- 2° Oblitérer l'orifice cutané.

1° Rétablissement du cours des matières.

On le réalise par la destruction de l'éperon qu'on exécute par l'entérotome ou par la section en un temps.

a. *Entérotome*. — Dupuytren, en 1824, présenta son entérotome à l'Académie des sciences; c'est une longue pince à branches divergentes (branche mâle pleine et branche femelle creusée en gouttière) mues par une vis de rappel. On pince l'éperon entre les deux mors, on serre la vis, et au huitième ou dixième jour la section est terminée, l'instrument tombe de lui-même. On a inventé une multitude d'entérotomes : les seuls modèles recommandables sont la pince de Collin et la pince que j'ai fait construire (fig. 52 et 53).

J'ai formulé les règles suivantes pour l'application de l'entérotome. Le malade sera à jeun; on pincera 5 à 6 centimètres d'éperon; on n'emploiera l'entérotome que pour les éperons minces.

L'entérotomie est contre-indiquée : 1° dans les anus à éperon divergent; 2° quand le bout inférieur est aminci, atrophie par inactivité simple; quand les deux bouts sont ramollis, friables (tuberculose du péritoine, lésions amyloïdes de l'intestin, mauvais états généraux); 3° quand l'éperon est épais (1 centimètre ou plus). (Chaput, *Étude sur la section de l'éperon*, Arch. gén. de méd., 1890.)

b. Suture en un temps.

— *Richelot* saisit l'éperon entre deux pinces à crémaillère, le coupe au bistouri et suture immédiatement les lèvres divisées.

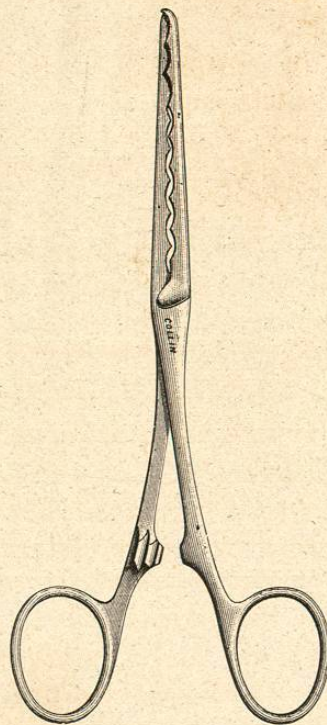


Fig. 52. — Pince entérotome de Collin.

Ce procédé est rapide et séduisant ; mais il est inap-

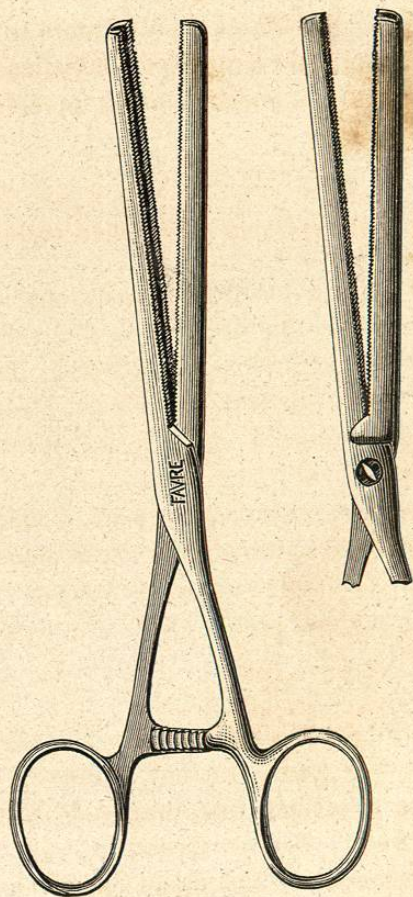


Fig. 53. — Pince entérotome de l'auteur.

plicable dans les anus étroits ; dans un cas il m'a donné un insuccès mortel, une hémorrhagie eut lieu malgré la suture, un hématome du mésentère se développa, un point de suture ayant coupé, l'infection de l'hématome eut lieu et le malade mourut de septicémie sans péritonite.

2° Oblitération de l'orifice cutané.

Quand l'orifice est étroit on peut, après section de l'éperon, essayer de détruire la muqueuse par des cautérisations au fer rouge, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc ; mais cette méthode échoue souvent. On est alors obligé de recourir aux opérations anaplastiques.

Il est indispensable, pour réussir, d'oblitérer séparément l'orifice intestinal et la paroi abdominale. Ce principe a été pour la première fois mis en lumière par Malgaigne, qui réalisa ainsi un progrès considérable.

Procédé de Malgaigne. — Malgaigne sépare l'intestin de la paroi sur une hauteur d'un demi-centimètre et exécute une rangée de sutures séro-séreuses. Suture distincte de la paroi (fig. 55).

Le décollement de Malgaigne est trop restreint, il faut le porter beaucoup plus loin. Ce procédé n'est

pas toujours satisfaisant, car l'intestin éversé en dehors,

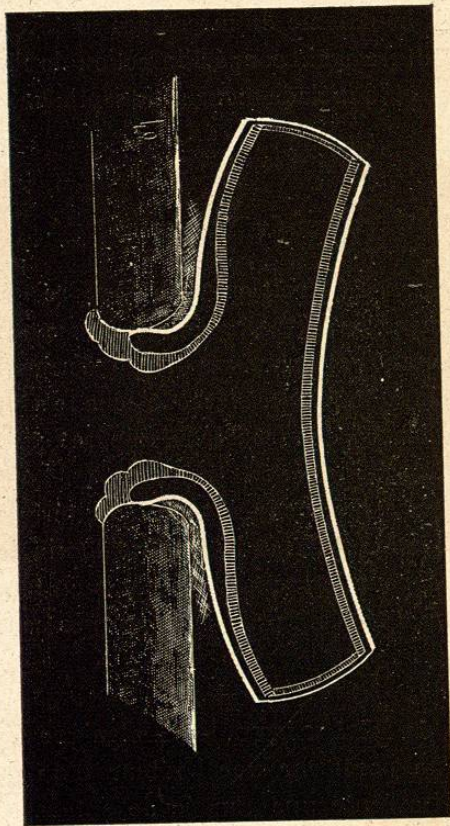


Fig. 54. — Anus contre nature schématique. Cette figure montre le renversement en dehors et l'épaississement de la musculature, conditions qui expliquent les difficultés que l'on rencontre pour exécuter correctement le procédé de Malgaigne.

épaissi, rigide, friable (fig. 54), ne se laisse pas toujours facilement retourner en dedans; il en résulte

que les sutures trop tendues coupent et que l'opération échoue.

Il suffit pour s'en rendre compte de se reporter à la figure 54, sur laquelle on constate le renversement en dehors et l'épaississement de la muscu-

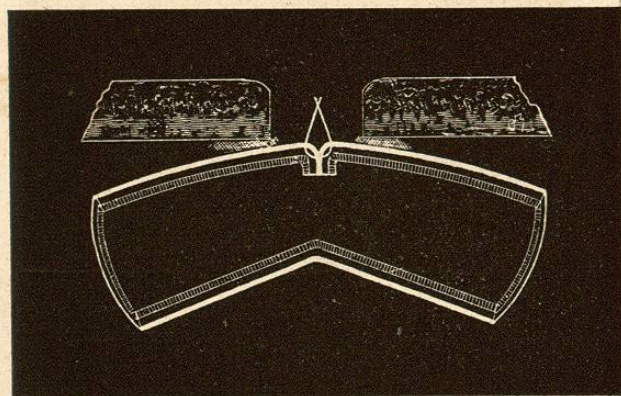


Fig. 55. — Réparation de l'anus contre nature par le procédé de Malgaigne (suture séro-séreuse).

leuse. Il est impossible dans ces conditions d'exécuter correctement le procédé de Malgaigne, à moins de réséquer la paroi sur une étendue considérable, mais alors on rétrécirait l'intestin d'une manière dangereuse.

Procédé de Denonvilliers. — Cet auteur décolle la muqueuse seulement, la rebrousse en dedans et la suture dans cette position (fig. 56).

Cette tunique est trop friable, elle se déchire presque toujours et la suture cède.

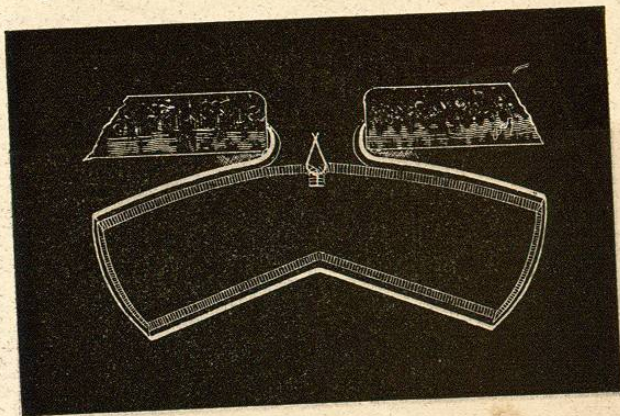


Fig. 56. — Réparation de l'anus contre nature par le procédé de Denonvilliers (Suture muco-muqueuse par inflexion).

Ce procédé est à rejeter complètement, il ne peut donner que des succès exceptionnels.

Suture par abrasion. Procédé de l'auteur¹.

1° Isolation de l'intestin. — Par une incision circulaire isoler l'intestin sur une hauteur de 2 centimètres environ.

2° Dissection de la muqueuse. — Avec une pince et des ciseaux on décolle la muqueuse de la muscu-

1. Chaput, *Nouvelles méthodes de traitement de l'anus contre nature*. (Archives générales de médecine, 1890.)

leuse sur une hauteur d'un centimètre. On en excise les portions exubérantes et on l'invagine en dedans.

3° Suture de la muqueuse. — On suture la muqueuse invaginée par des fils non perforants.

4° Suture par abrasion. — On fixe alors face interne

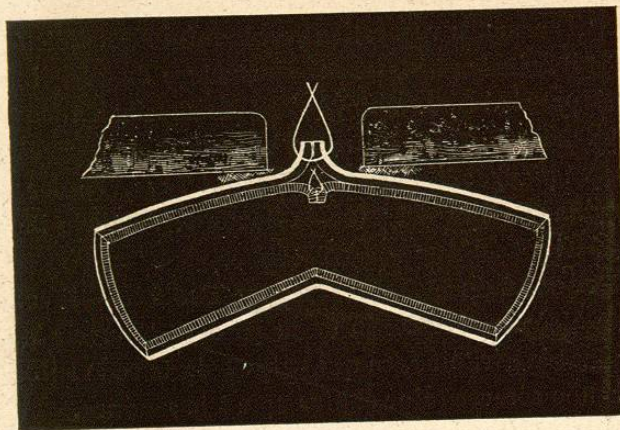


Fig. 57. — Réparation de l'anus contre nature par le procédé de l'abrasion (Chaput).

Suture muco-muqueuse et suture par abrasion.

contre face interne les musculueuses avivées par des sutures à points séparés (fig. 57).

5° Drain. — Il est bon de ne pas faire la suture intestinale hermétique; on laissera une fistule qui servira de soupape de sûreté et qui, grâce à un drain, évitera l'infection et la désunion de la plaie pariétale.

Cette fistulette se fermera d'elle-même en quelques jours.

Les avantages de cette méthode consistent :

1° A supprimer le bourrelet muqueux qui est des plus gênants et qui rend difficile la suture dans le procédé de Malgaigne ;

2° Il permet la réparation avec le minimum d'étoffe ;

3° Il évite le plus souvent l'ouverture du péritoine.

Ce procédé a été employé vingt et une fois ; il a donné deux morts indépendantes de l'opération, un insuccès. (Dayot père) et 18 guérisons (Chaput 7 cas, Tuffier 5, Polaillon 3, Ricard 1, Hue de Rouen 1, Villar de Bordeaux 1.)

Procédé de Polano-Czerny-Trélat. — Il consiste à séparer l'intestin de la paroi et à ouvrir largement le péritoine, ce qui permet de faire la suture sur une séreuse saine et plus apte à la soudure.

Cette méthode exige beaucoup d'étoffe ; elle n'est pas applicable aux grands orifices, car elle rétrécirait considérablement l'intestin.

B. ENTÉRECTOMIE SECONDAIRE.

Les premières observations d'entérectomie ont été des cas mortels (Roux, 1828 ; Hüter 1876), ou des échecs (Kinloch 1863).

La méthode prit tout à coup un essor considérable

sous l'influence du mémoire de Rydygier, qui rapportait 18 cas avec une mortalité de 33 p. 100.

Les chiffres d'entérectomie augmentent peu à peu dans les mémoires de Julliard, Bergmann, Bouilly, Barette, Pollosson, Heimann, Reichel, Makins, Hertzberg, Hœnel ; enfin Gœtz rapporte 77 observations avec une mortalité de 32 p. 100, 7 p. 100 de fistules, 59 p. 100 de guérisons rapides et radicales. En face de cette mortalité considérable, nous voyons que l'entérotomie avec anaplastie a donné d'après Gœtz sur 44 cas, 35 guérisons (76 p. 100), 8 résultats nuls (20 p. 100), 1 mort (2 p. 100).

Ces chiffres suffisent pour condamner absolument l'entérectomie appliquée aux anus contre nature sans complication.

Causes d'échec de l'entérectomie.

Elles tiennent en un mot ; ce sont des fautes de technique. On a employé constamment la suture circulaire dont nous avons vu les difficultés (région mésentérique) et les dangers (rétrécissement de l'intestin). Ajoutons que l'opération est longue, à cause des adhérences très vasculaires de l'anus avec la paroi. En outre, le bout supérieur est épaissi, friable, tandis que le bout inférieur est souvent rétréci et aminci ; ce sont autant d'obstacles à une suture correcte.

C. ENTÉROTOMIE INTRA-PÉRITONÉALE COMBINÉE A L'OBLITÉRATION DES DEUX ORIFICES. — PROCÉDÉ DE L'AUTEUR.

On peut reprocher à l'entérotomie ses nombreuses contre-indications et la longueur du traitement qui nécessite souvent plusieurs séances opératoires; d'autre part l'entérectomie secondaire présente une gravité considérable dont j'ai indiqué les causes.

Ces raisons justifieront, je l'espère, la création d'un nouveau procédé personnel que j'expose ici.

Technique de l'entérotomie intra-péritonéale combinée à oblitération des deux orifices.

a. Entérotomie intra-péritonéale.

1^{er} temps. Incision de la paroi. — Faire à deux travers de doigt au-dessus de l'anus contre nature une incision parallèle à l'arcade crurale. Reconnaître les deux bouts adhérents à la paroi. Au besoin si l'on manque d'espace, ajouter une seconde incision perpendiculaire à la première.

2^o Entérotomie intra-péritonéale. — Cette opération consiste à faire une fente longitudinale de 4 à 5 centimètres sur les deux bouts, à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'anus contre nature; et à exécuter la suture comme dans l'entéro-anastomose¹.

1. Voir les détails opératoires à l'ENTÉRO-ANASTOMOSE.

3^o Suture de la plaie abdominale.

b. Oblitération des deux orifices (suture par abrasion). — Disséquer les deux bouts sur une hauteur de 2 centimètres; décoller la muqueuse aux ciseaux, faire une suture muco-muqueuse et une suture par abrasion sur les musculueuses avivées.

J'ai employé cette méthode dans un seul cas (observation de Reclus et Chaput).

II. — **Traitement de l'anus contre nature compliqué.**

Il est classique de conseiller l'entérectomie secondaire dans les quatre conditions suivantes :

- 1^o Échec répété des méthodes anciennes;
- 2^o Anus contre nature siégeant très haut, d'où affaiblissement du malade;
- 3^o Lorsque l'entérotome est mal supporté (vomissements, ballonnement, fièvre);
- 4^o Rétrécissement ou oblitération du bout inférieur.

Étant donnés les difficultés et les dangers de l'entérectomie je préfère l'entérotomie intra-péritonéale dans les trois premiers cas. Lorsqu'il y a simple rétrécissement du bout inférieur, je conseille encore cette opération.

Mais lorsque le bout inférieur est oblitéré, il est indispensable avant de faire l'entérotomie intra-péritonéale, de s'assurer que ce bout n'est pas trop aminci,

ce qui rendrait l'opération très dangereuse. S'il en était ainsi, on imiterait la conduite de Gaillard qui ouvre d'un coup de ciseaux le bout inférieur et le fixe à la peau, à côté de l'autre. A l'aide d'injections alimentaires on peut rendre au bout inférieur son calibre et son épaisseur et exécuter ensuite sans inconvénients l'entérotomie intra-péritonéale.

5° Quand l'anus contre nature siège à l'ombilic, sur le côlon transverse avec rétrécissement du bout inférieur. — L'entérectomie est impossible à cause de l'inégalité de calibre et de la brièveté du mésentère qui empêche le contact immédiat des deux bouts. L'entérotomie intra-péritonéale est également impossible. On emploiera l'entéro-colostomie iliaque.

6° Quand le bout inférieur est imperméable par le fait d'un obstacle matériel tel que rétrécissement, tumeur de l'intestin ou tumeur extérieure à cet organe, il est indiqué de supprimer l'obstacle ; si la chose est impossible, établir une entéro-colostomie iliaque (à la condition toutefois que l'obstacle ne siège pas plus haut que l'S iliaque).

7° En cas d'invagination irréductible, il faudrait appliquer une pince à crémaillère à la base de la tumeur, la réséquer, et fixer ensuite le cylindre intérieur à la peau par une série de sutures après avoir supprimé les derniers vestiges du cylindre extérieur.

III. — Traitement des fistules stercorales simples.

Les fistules stercorales à trajet étroit et non tapissée de muqueuse (*fistules tubulaires*) ont la plus grande tendance à guérir spontanément ; il suffit de les panser proprement, d'y faire des injections boriquées pour en enlever les matières et d'y mettre des mèches de gaze iodoformée. On les comprimera par une boulette d'ouate fixée par une longue bande de diachylon. Le malade prendra un lavement tous les jours et on lui recommandera de boire peu, de s'abstenir de potages, de légumes, de fruits. Toute fistule tubulaire qui résiste à ce traitement est le siège d'une complication qu'on devra rechercher et trouver.

Pour les fistules tapissées de muqueuse (*fistules labiées*), au lieu d'opérations réglées, je conseille l'ablation de la muqueuse aux ciseaux, au bistouri ou à la curette, ou bien les caustiques (cautérisation au fer rouge, au chlorure de zinc à 10 p. 100). Une fois la muqueuse détruite, la fistule guérira avec les précautions indiquées plus haut. On ira, en cas d'échec, à la recherche de l'orifice intestinal qu'on isolera et qu'on suturera par un double plan séro-séreux.

IV. — Traitement des fistules stercorales compliquées.

1° Les larges fistules avec éperon seront considérées comme de vrais anus contre nature et traitées comme tels.

2° Les fistules qui s'accompagnent de rétrécissement ou d'oblitération du bout inférieur comportent les mêmes indications que les anus contre nature qui présentent ces complications.

3° Les fistules qui siègent sur un intestin tuberculeux ou cancéreux indiquent soit la résection de l'organe quand elle est possible, soit en cas contraire l'entéro-anastomose (Comte, Richmond, Boiffin).

4° Les fistules à court trajet sont très rebelles; il faut ouvrir largement le péritoine et mettre deux étages de Lembert sur l'orifice.

5° Les fistules pyo-stercorales ont été traitées avec succès par Verneuil à l'aide de débridements au thermocautère, transformant une cavité anfractueuse en plaie plate; il ne restera ensuite qu'une fistule simple ou compliquée dont nous connaissons le traitement. Horteloup, Trélat, Julliard ont dans des cas semblables ouvert le péritoine et suturé directement la fistule.

6° Fistules ouvertes dans le vagin. — Lors-

que le bout inférieur fonctionne, on les traitera comme les fistules vésico-vaginales, par la méthode américaine.

Si le bout inférieur ne fonctionne pas et s'il existe un éperon bien net, on appliquera l'entérotome.

S'il n'existe pas d'éperon, aux procédés de Casamayor¹ et de Verneuil² on préférera le suivant.

Entéro-anostomose recto-intestinale par le procédé de la pince. Procédé de l'auteur.

Avec une sonde d'homme introduite dans la fistule, on déprime l'intestin en arrière de façon à faire une saillie dans le rectum.

On saisit cette saillie à l'aide d'une pince à longs mors introduite par le rectum, qui fera office d'entérotome en mortifiant simultanément les parois intestinales et rectales (fig. 58).

On peut faire la même manœuvre en sens inverse, refouler la paroi rectale du côté de l'intestin, et introduire la pince par le vagin dans la fistule où elle sai-

1. Casamayor établit une communication entre la fistule et le rectum à l'aide d'une pince spéciale. La construction de cet instrument est très difficile.

2. Verneuil conseille de perforer la cloison iléo-rectale, puis la cloison recto-vaginale avec un trocart courbe qui sert à passer un tube de caoutchouc dont les deux chefs sortent par le vagin; on serre le caoutchouc qui coupe les tissus et établit une communication entre l'intestin et le rectum.

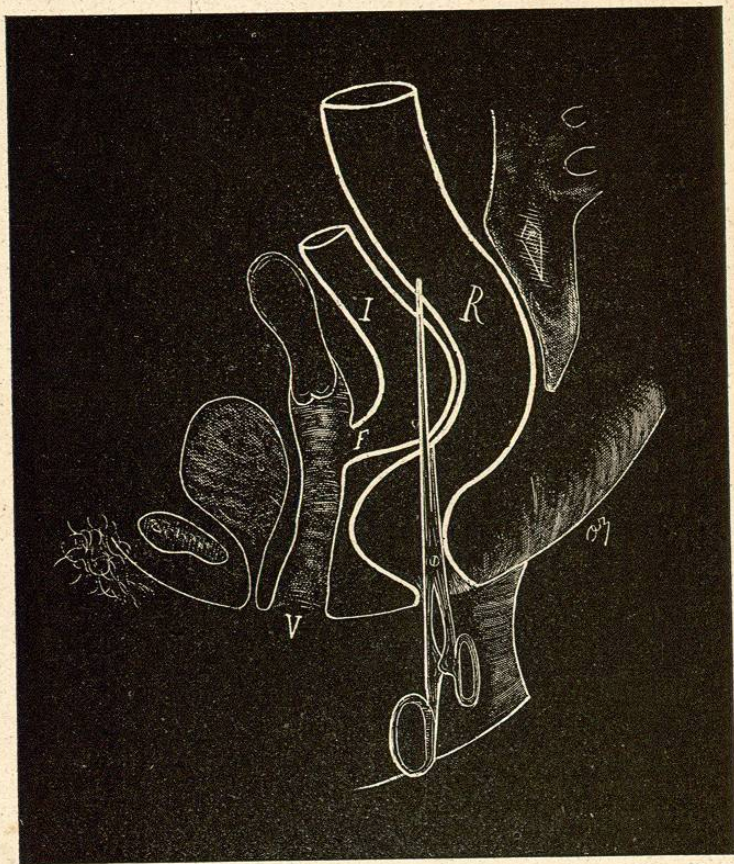


Fig. 58. — Entéro-anastomose recto-intestinale par le procédé de la pince (Chaput).

R, rectum ; — I, intestin ; — F, fistule ; — V, vagin.

sira l'ampoule recto-intestinale. A la chute de la pince la communication sera établie entre l'iléon et le rectum ; on pourra dès lors sans inconvénients fermer la fistule vaginale par le procédé américain.

7° Fistules intestino-utérines. — Ces fistules guérissent spontanément quand elles ne sont pas compliquées d'abcès pelviens, de tuberculose ou de cancer, à la condition toutefois que le bout inférieur fonctionne. On facilitera la guérison par la dilatation et le tamponnement iodoformé de l'utérus.

Si le cours des matières ne se rétablit pas, la seule thérapeutique rationnelle consisterait à anastomoser le bout supérieur au cæcum.

Roux fit une laparotomie dans un cas de ce genre (anus iléo-vaginal) et voulut suturer ensemble les deux bouts après décollement ; une faute opératoire enleva son malade.

8° Fistules vésico-intestinales. — Elles peuvent être traitées par la sonde à demeure. Chez la femme on a pu dilater l'urèthre et cautériser la fistule.

On les a encore attaquées par la taille hypogastrique suivie de suture. Ce procédé ressemble aux procédés anciens d'occlusion des anus contre nature, dans lesquels on suturait la peau sans toucher à l'intestin ; je ne la crois pas destinée à un grand avenir. On a encore conseillé la dérivation des matières (colotomie,