

réitérer l'application, mais on aura pour soi toutes les chances de réussite en agissant de bonne heure. Enfin, si après un délai variable selon les circonstances, mais toujours assez court l'électricité reste sans effet, l'intervention chirurgicale devra être requise avec d'autant plus d'espoir qu'il y aura eu moins de temps perdu en vaines tentatives » (*Progrès médic.*, p. 129, 1885).

KUSSMAUL a employé avec succès le lavage de l'estomac; dans trois observations relatées par COHN, quelques lavages ont suffi pour rétablir le cours des matières.

Ces différents procédés conviennent surtout dans les obstructions chroniques; en présence de symptômes d'occlusion aiguë, ils font perdre souvent un temps des plus précieux. Nous allons établir en effet que tout retard apporté dans l'intervention chirurgicale diminue les chances de guérison du malade.

b. *Traitement chirurgical.* — Deux opérations, l'entérotomie et la laparotomie, ont été alternativement employées aux diverses époques pour remédier aux accidents causés par l'obstruction intestinale.

Il y a vingt ans environ, grâce à l'influence de NÉLATON et aux travaux de ses élèves, les chirurgiens avaient complètement abandonné la laparotomie, considérant l'entérotomie comme la seule méthode de traitement applicable à l'occlusion intestinale. Cependant cette opération fournissait un bien petit nombre de succès; dans les cas heureux, la guérison n'était obtenue qu'au prix d'une infirmité grave, destinée à persister le plus souvent toute la vie. Aussi, depuis que l'ovariotomie est venue nous démontrer que l'ouverture du péritoine, pratiquée en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique, constitue une opération bénigne susceptible de réussir même dans les hôpitaux, la laparotomie tend de plus en plus à se substituer à l'entérotomie. Les chirurgiens d'outre-Manche vont jusqu'à conseiller d'ouvrir sans crainte la paroi abdominale, toutes les fois qu'il devient nécessaire d'explorer à un titre quelconque les viscères qui y sont contenus. Nous ne sommes pas éloignés de cet avis et en tout cas nous croyons avec la majorité des auteurs que, dans l'état actuel de la science, la laparotomie doit remplacer l'entérotomie dans la plupart des occlusions intestinales.

Si en effet la cause de l'obstruction est susceptible d'être reconnue avant l'opération, l'intervention devient des plus simples; si au contraire le diagnostic est incertain, avec une incision suffisante et une exploration méthodique, il sera presque toujours possible de retrouver l'obstacle. Lorsque ce dernier peut être levé, la laparotomie y pourvoira et dans le cas contraire « elle laissera l'opéré dans des conditions qui permettront de pratiquer l'anus artificiel avec autant de chances de succès qu'auparavant » (PEYROT).

Les résultats obtenus dans ces dernières années sont du reste des plus encourageants; dans un récent mémoire (août 1884), SCHRAMM a réuni cent quatre-vingt-dix (190) cas de laparotomie pratiquée en vue de remédier à une occlusion intestinale. Examinées en bloc sans tenir compte de la cause de l'occlusion, ces opérations ont donné soixante-huit (68) résultats heureux et cent vingt-deux (122) morts, soit une mortalité de 64,2 p. 100; mais depuis une douzaine d'années, sous l'influence de la méthode antiseptique, l'abaissement du chiffre de la mortalité a été notable. Ces cent quatre-vingt-dix (190) opérations

se divisent en deux groupes bien distincts. Avant 1873, nous trouvons soixante-dix-huit opérés et cinquante-sept morts; mortalité 73 p. 100. Dans la deuxième série, c'est-à-dire sur les cent douze (112) cas opérés depuis 1873, il n'y a eu que soixante-cinq (65) décès, mortalité 58 p. 100; sous l'influence des pansements antiseptiques le chiffre des décès a donc baissé de 15 p. 100.

La mortalité diminuera encore, à mesure que les chirurgiens se familiariseront davantage avec ce mode de traitement. En effet, dans beaucoup de circonstances un temps précieux se trouve perdu en médications stériles; lorsqu'on se résout à intervenir, le travail destructeur a déjà perforé l'intestin et l'existence du malade est gravement compromise. SCHRAMM, dans son travail précité, a réuni, sous forme de tableau, les observations dans lesquelles était signalé le temps écoulé depuis l'apparition des accidents jusqu'au moment de l'opération. Bien que ces chiffres soient peu élevés, ils permettent cependant de voir que la mortalité croît rapidement avec le nombre de jours.

JOUR DE L'OPÉRATION.	NOMBRE DES CAS.	GUÉRIS.	MORTS.
1	3	2	1
2	6	4	2
3	8	3	5
4	15	4	11
5	13	3	10
8	11	2	9
11	4	0	4
15	4	1	3

La laparotomie, comme nous l'avons déjà fait remarquer, met sous les yeux du chirurgien la cause même de l'étranglement et lui permet de se rendre un compte exact de l'état de l'intestin. Forts de ces notions plus exactes, les opérateurs n'ont pas craint de disséquer une portion d'anse intestinale invaginée et menacée de gangrène ou portant une production néoplasique qui ne pouvait être enlevée sans l'intestin correspondant. Cette nouvelle opération porte le nom d'*entérectomie*, elle nécessite naturellement l'*entérorraphie* ou suture de l'intestin. De même, pour pratiquer l'extraction des corps étrangers de l'intestin, on a incisé les parois de ce conduit qui ont ensuite été réunies par la suture.

Les limites de cet ouvrage ne nous permettant pas d'entrer dans des considérations plus étendues sur ce sujet, nous résumerons sous forme de propositions la conduite que doit tenir le chirurgien en présence d'une occlusion intestinale; nous nous appuierons pour cela sur les travaux de KOCHER, BOUILLY, MORGAN, PEYROT, E. BÆCKEL, LAWSON TAIT, etc.

1° Dans la majorité des occlusions intestinales, lorsque le traitement médical est resté impuissant, il faut d'emblée recourir à la laparotomie.

2° Elle s'impose surtout dans les cas où les symptômes prennent une marche aiguë (invagination, volvulus, étranglement interne), car elle s'adresse directement à l'obstacle.

3° De l'avis de la majorité des chirurgiens, la laparotomie prend alors tous les caractères d'une opération d'urgence; elle doit être pratiquée aussi rapidement que possible et l'entérotomie iliaque ou lombaire ne saurait lui être préférée (BOULLY).

L'existence d'une péritonite ou le sphacèle d'une portion de l'intestin ne constituent pas une contre-indication absolue (JULLIARD, TERRIER, BUCHANAN, KOCHER).

4° L'ouverture de l'abdomen reste encore la méthode de choix dans les invaginations chroniques et les tumeurs de l'abdomen. Combinée avec l'entérectomie et l'entérorraphie, elle semble appelée à rendre les plus grands services dans les rétrécissements d'origine cicatricielle ou néoplasique, alors que les lésions ne sont pas trop étendues. Nous rappellerons toutefois que KOCHER et KÖBERLÉ ont pu sans inconvénient enlever, l'un 42 centimètres, l'autre 2 mètres d'intestin.

5° En tant que méthode de traitement de l'occlusion intestinale, l'entérotomie tend à disparaître de plus en plus de la science. Elle peut encore rendre des services dans certains cas de néoplasmes *intestinaux* dont l'ablation est impossible et dans les rares circonstances où la laparotomie aura été impuissante.

Bien qu'il ne nous appartienne pas de décrire ici le manuel de ces différentes opérations, nous devons cependant signaler quelques points particuliers relatifs à la laparotomie.

La plupart des chirurgiens conseillent aujourd'hui de faire l'incision au niveau de la ligne blanche, ce qui facilite les recherches et réduit les chances d'insuccès à leur minimum. D'après MORGAN, il doit être fait exception à cette règle :

- 1° En cas de réduction en masse d'une hernie;
- 2° En présence d'une obstruction dépendant d'un corps étranger;
- 3° Lorsqu'il existe une tumeur intra-abdominale.

Dans ces différentes circonstances l'incision sera pratiquée au niveau du point où la palpation fait reconnaître l'agent de l'étranglement.

§ 2. — Anus contre nature

Bibliographie. — SCHMALKALDEN, *Nova method. intestina continui solutioni facta uniendi*, Wittebergue, 1798, in-4°. — REYBARD, *Mém. sur*, etc., Lyon et Paris, 1827. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, etc., Paris, 1839, t. IV. — VELPEAU, *Journ. hebdomadaire des progrès des sciences méd.*, Paris, 1836. — REYBARD, *Mém. sur*, etc., *Gaz. méd. de Paris*, 1838. — JOBERT (de Lamballe), *Chirurg. plast.*, Paris, 1849. — CHASSAIGNAC, *Arch. gén. de méd.*, 1855. — LEGENDRE, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 227, 1863. — LAUGIER (S.), *Anus contre nature*, in *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, 1865. — GUYON, *Dict. des sciences méd.*, t. V, 1866 (Bibliogr.). — CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, p. 345. — PATRY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, p. 527. — THOMAS (de Tours), *eod. loc.*, 1869, p. 85. — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870, p. 289. — CAZIN, *eod. loc.*, 1875, p. 429. — POLAILLON, *Acad. de méd.*, 1881. — JULLIARD, *Résection de l'intestin pour anus contre-nature*, in *Revue de la Suisse*

romande, 1882 et *Arch. gén. de méd.*, 1883, t. II, p. 362. — BERGMANN, *Deutsche med. Wochens.*, 1883. — DESPRÉS, *Soc. de chir.*, 1885. — Thèses de Paris. — 1819, LEBLANC, LIOTARD. — 1822, MILLET. — 1824, PARIS. — 1827, BAUDELLOCQUE (Concours). — 1836, CHOMETTE. — 1857, FOUCHER (Concours). — 1882, IVANICHEVITCH — 1883, POLLOSSON (Agrég.). — Thèse de Nancy. — 1885, GOUBAUX. — *Entérectomie.* — GENDRIN, *Journ. gén. de méd.*, t. III, 1828. — SCHEDE, BILLROTH, TIERSCH, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXIV. — BOULLY, *Revue de chir.*, 1881. — RIDIGIER, *Berl. klin. Wochens.*, 1881. — MADELUNG, *Arch. f. klin. Chir.*, 1881. — JULLIARD, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1882. — BOULLY et ASSAKI, *Revue de chir.*, mai 1883.

Définition. — On désigne sous le nom d'anus artificiel, anormal ou contre nature, toute solution de continuité des parois de l'abdomen qui établit une communication entre le canal intestinal et l'extérieur.

Si l'orifice de communication est très étroit, il existe une *fistule stercorale*.

Division. — L'anus contre nature est congénital ou accidentel, la première variété sera étudiée avec les vices de conformation de l'anus et du rectum; nous nous occuperons exclusivement de l'anus contre nature accidentel.

Étiologie. — Cette affection reconnaît pour origine : 1° les traumatismes accidentels ou chirurgicaux qui intéressent en même temps la paroi abdominale et le tube intestinal; 2° les lésions pathologiques de tout genre qui déterminent la gangrène de l'intestin et l'ulcération des téguments. Parmi ces causes l'étranglement herniaire tient le premier rang, puis viennent les corps étrangers du tube digestif, les abcès et phlegmons des parois de l'abdomen.

Suivant les circonstances et le mécanisme qui a présidé à sa formation, l'anus contre nature se divise en trois groupes distincts : 1° la communication entre la cavité intestinale et l'extérieur est directe, la muqueuse du tube digestif se trouve en continuité avec le revêtement de l'orifice externe; 2° l'orifice extérieur et l'orifice intestinal s'ouvrent séparément dans une cavité pathologique (abcès, kyste) interposée entre eux; 3° l'orifice externe et l'orifice intestinal s'ouvrent dans une cavité naturelle (vessie).

Pathogénie. — Pour que l'anus contre nature existe, il ne suffit pas qu'il y ait une solution de continuité sur l'intestin et sur les parois abdominales, il faut encore que des adhérences solides fixent le canal ouvert aux parois de l'abdomen ou de la cavité avec laquelle il communique et rendent permanente la voie anormale suivie par les matières intestinales.

Une plaie par instrument piquant, tranchant ou contondant intéressant à la fois les parois abdominales et l'intestin ne donne pas lieu d'emblée et constamment à un anus contre nature, mais elle crée une série de conditions favorables à la production de cette infirmité. Les expériences et observations de LEGENDRE ont montré qu'en semblable occurrence les adhérences se formaient avec une grande rapidité; ainsi que l'avait judicieusement fait remarquer DUPUYTREN, quelques heures suffisent à leur apparition, en revanche plusieurs jours sont nécessaires pour qu'elles acquièrent de la solidité. Le travail pathologique commence toujours par les surfaces séreuses de l'intestin et de

l'abdomen, et s'étend peu à peu aux autres tissus divisés qu'il englobe et agglutine en une masse unique.

Lorsqu'à l'anus anormal succède une hernie étranglée, cas de beaucoup le plus fréquent, la poussée inflammatoire qui détermine l'ulcération de l'intestin provoque au préalable la formation d'adhérences entre les surfaces séreuses

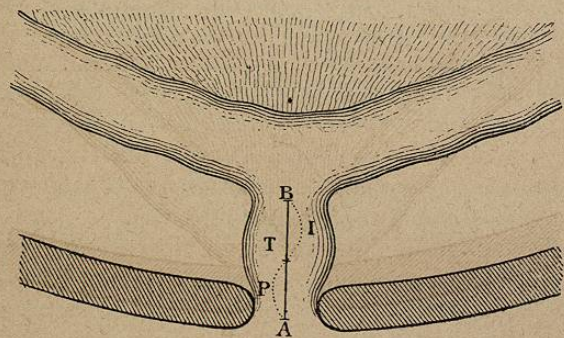


Fig. 48. — Anus contre nature, figure schématique.

La figure représente la coupe des parois abdominales avec une perforation, — A, orifice cutané, — B, orifice intestinal, — B T A, trajet intermédiaire, — P, portion intra-pariétale, — I, portion intra-péritonéale. Infundibulum.

de ce canal et celles du sac, adhérences principalement localisées au collet; lorsque le sac herniaire contient du liquide, ces adhérences manquent parfois mais elles ne tardent pas à se développer après l'ulcération du tube intestinal.

Siège. — L'anus contre nature consécutif aux traumatismes peut se rencontrer sur tous les points de la paroi abdominale; d'après SABATIER, le peu

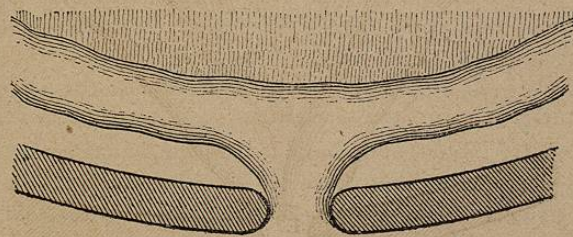


Fig. 49. — Anus contre nature sans éperon, les deux portions de l'intestin sont sur le prolongement l'une de l'autre.

de mobilité du gros intestin rendrait cette infirmité plus fréquente sur le trajet de ce viscère. L'anus anormal d'origine pathologique siège dans les mêmes régions que les hernies, c'est en effet à l'aîne, au scrotum, à l'ombilic qu'on l'observe communément; enfin lorsque le chirurgien se décide à pratiquer un anus artificiel, il opère de préférence en certaines régions (fosse iliaque et

région lombaire gauche); les indications de la maladie sont susceptibles cependant de faire varier le siège de l'incision.

Anatomie pathologique. — L'anus contre nature, quelle que soit son origine, offre à étudier un orifice cutané (A), une ouverture intestinale (B) et un trajet (TA) (fig. 48).

a. *Orifice cutané.* — Habituellement unique, l'orifice cutané se montre assez

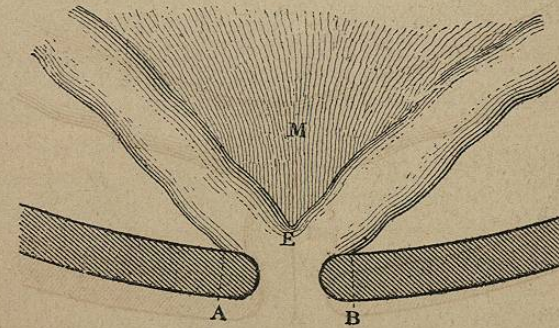


Fig. 50. — Anus contre nature, formation de l'éperon, premier degré.

irrégulier; il est arrondi, ovalaire, ou se réduit à une simple fente, son diamètre varie depuis quelques lignes jusqu'à un pouce et plus (DUPUYTREN); à ce niveau la peau froncée sur elle-même, déprimée, constitue un infundibulum; quelquefois elle est amincie, irritée, rougeâtre, même ulcérée par le contact des matières fécales.

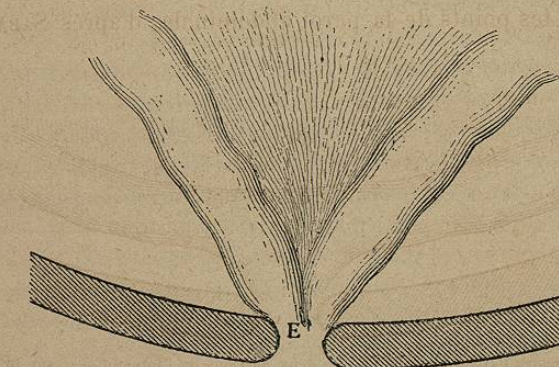


Fig. 51. — Anus contre nature, formation de l'éperon, deuxième degré.

b. *Orifice intestinal.* — L'orifice intestinal, parfois unique, le plus souvent multiple, présente une forme et un aspect différents suivant l'étendue de la perte de substance qu'a subie l'intestin; si cette dernière peu considérable intéresse seulement une partie du canal, l'intestin reste parallèle aux parois de l'abdomen: le bout inférieur et le bout supérieur sont sur le prolongement l'un

de l'autre, cette variété est appelée par nombre d'auteurs : anus contre nature sans éperon (fig. 49).

Si au contraire la perte de substance a été plus grande, si l'intestin est détruit sur une partie de son étendue, les bords de l'orifice (A, B, fig. 50) se soudent à une certaine distance de l'ouverture des téguments, en même temps la partie postérieure (E) s'infléchit légèrement, de sorte que les deux portions du tube intestinal, au lieu d'être sur la même ligne comme précédemment, se réunissent en formant un angle ouvert en arrière : entre les deux côtés se voit le mésentère (M) (fig. 51); à mesure que la perte de substance augmentera les deux

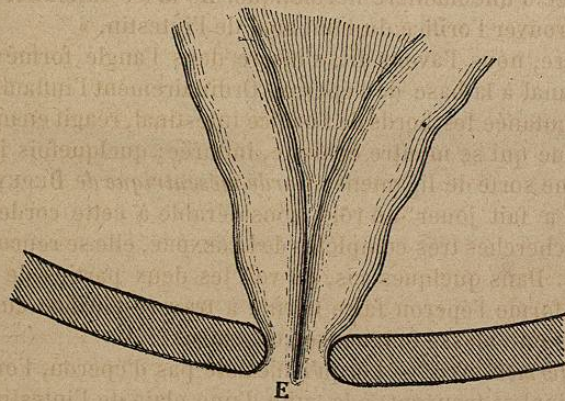


Fig. 52. — Anus contre nature, formation de l'éperon, troisième degré.

parties de l'intestin tendront à se rapprocher, l'angle (M) deviendra de plus en plus aigu (fig. 51). Enfin si le canal a été totalement sectionné, les deux parties de l'intestin se trouvent parallèles, comme les canons d'un fusil double, leurs bords libres se soudent isolément et la juxtaposition de leurs faces mésentériques forme une sorte de valvule qui a reçu le nom d'éperon (E) (fig. 52) (anus contre nature avec éperon). DUPUYTREN a décrit magistralement le mode de développement et le rôle que joue cet éperon. « Formée par la partie d'intestin que la gangrène ou les plaies ont ménagées du côté du mésentère, cette saillie s'avance plus ou moins vers la peau, suivant que l'intestin a éprouvé une perte de substance plus ou moins grande et qu'il a subi un changement plus ou moins marqué dans sa direction; elle est presque nulle et cachée dans la profondeur de l'entonnoir lorsque l'intestin n'a été qu'entamé par une plaie ou par une escarre et lorsqu'il côtoie la face postérieure de la paroi de l'abdomen dans la direction de la courbe qui lui est propre; elle est très grande et elle s'avance jusqu'au niveau de la peau lorsque l'intestin a été détruit dans toute sa circonférence, et lorsque, par suite de cette perte de substance, ses deux bouts se rencontrent sous un angle aigu, et, à plus forte raison, lorsqu'ils sont parallèles. Dans le premier cas il existe en travers des deux orifices de l'intestin une gouttière cylindrique plus ou moins profonde qui peut encore diriger les matières du bout supérieur vers l'inférieur, c'est l'espèce d'anus contre nature

qui est la plus aisée à guérir. Dans le second cas, il n'existe pas vestige de cette gouttière, et l'éperon dont nous parlons, placé entre les deux orifices de l'intestin, met entre eux une barrière que les matières ne sauraient franchir ou contourner : c'est l'espèce d'anus contre nature la plus difficile à guérir. »

» Cette saillie ou cet éperon, quoique placée entre les deux orifices de l'intestin, ne partage pas en deux parties égales le fond de l'entonnoir, ou, s'il en est ainsi dans le principe, ce partage devient fort inégal par la suite. En effet, détourné par le contact des matières qui affluent par le bout stomacal de l'intestin, cet éperon charnu et mobile se porte bientôt vers l'orifice du bout anal : il le rétrécit et il fait, par rapport à lui, l'office d'une valvule qui en ferme quelquefois l'entrée d'une manière hermétique. De là les difficultés qu'on éprouve si souvent à trouver l'orifice du bout anal de l'intestin. »

Le mésentère, nous l'avons dit, s'insère dans l'angle formé par les deux portions du canal à la base de l'éperon. Ordinairement l'inflammation qui fixe à l'ouverture cutanée les bords de l'orifice intestinal, réagit en même temps sur cette membrane qui se montre épaissie, indurée; quelquefois il se rétracte en constituant une sorte de ligament : *Corde mésentérique de DUPUYTREN*.

Cet auteur a fait jouer un rôle considérable à cette corde mésentérique; d'après les recherches très complètes de LEGENDRE, elle se rencontrerait exceptionnellement. Dans quelques cas, on voit les deux parties de l'intestin dont l'adossement forme l'éperon faire hernie à travers l'orifice cutané et constituer au dehors une masse fongueuse rougeâtre.

c. *Trajet intermédiaire*. — Lorsqu'il n'existe pas d'éperon, l'orifice cutané et l'orifice intestinal se trouvent, à la suite d'une plaie de l'intestin par exemple, confondus en un seul. Dans ces conditions, si l'on introduit le doigt par l'ouverture anormale, il arrive immédiatement dans le canal intestinal et on sent très distinctement les deux parties de ce conduit; le trajet est alors limité à l'épaisseur des parois de l'abdomen; toutefois ces faits paraissent rares, les deux orifices sont d'ordinaire situés à une certaine distance l'un de l'autre et entre eux existe un espace (t) trajet (fig. 48); ce trajet se compose de deux parties, l'une comprise entre l'épaisseur des parois de l'abdomen (*portion intra-pariétale*) (p), l'autre continuant la précédente jusqu'au péritoine (*portion intra-péritonéale*) (I) a été appelée par SCARPA entonnoir membraneux ou *infundibulum* (fig. 48). SCARPA pensait que l'infundibulum se rencontrait exclusivement dans les anus contre nature consécutifs aux étranglements herniaires, aussi affirmait-il que le trajet était tapissé par le péritoine qui constituait primitivement le sac. D'après GOSSELIN on peut avoir comme tissu prenant part à la constitution de l'entonnoir, le péritoine (débris du sac) puis un tissu fibreux ou séro-fibreux résultant des fausses membranes devenues cicatricielles, et même la paroi intestinale allongée.

Lorsqu'il n'y a pas d'infundibulum, par quoi se trouve tapissé le trajet intrapariétal? MALGAIGNE a prétendu que la muqueuse intestinale s'étendait jusqu'à la peau, et sa présence dans le canal expliquerait la faible tendance de celui-ci à l'oblitération. Il n'en est pas toujours ainsi, les parois du trajet sont parfois recouvertes de granulations ou d'une membrane pyogénique.

Symptômes. — Le symptôme pathognomonique de l'anus contre nature con-