

siste dans l'issue par l'ouverture anormale de matières fécales et de gaz; ces matières verdâtres ou jaunâtres s'échappent à tout instant, mais non d'une façon permanente; l'écoulement se montre plus abondant après le repas ou l'ingestion de boissons; il est important de noter le temps qui sépare l'absorption des aliments et le moment de l'émission des matières, ces observations éclaireront le chirurgien sur le siège exact de la perforation. Comme l'a fait remarquer DUPUYTREN, le cours des matières est toujours plus rapide qu'à l'état normal, ce qui tiendrait d'après lui à l'hypertrophie des tuniques musculaires du tube digestif au-dessus de la perforation. LALLEMAND (1814) a démontré que la rapidité avec laquelle les matières alimentaires traversaient le conduit dépendait encore de leur nature; les végétaux seraient rejetés plus tôt que les viandes, surtout que les viandes rôties.

Les phénomènes qui se passent du côté du bout inférieur de l'intestin diffèrent absolument suivant la variété à laquelle appartient l'anus contre nature.

S'il n'existe pas d'éperon (1^{re} variété, fig. 49), les deux portions du tube digestif se trouvant en continuation, le malade ira encore de temps à autre à la garde-robe et même aura des selles assez abondantes; si, au contraire, il y a un éperon, plus cette valvule sera développée, mieux elle obturera l'orifice du bout inférieur et, partant, moins ce dernier recevra de matières fécales: les selles deviendront alors rares et pourront manquer complètement.

La santé générale des malades dépend de la hauteur à laquelle est situé l'anus contre nature et de la quantité des matières qui passent par le bout inférieur. Dans les cas où l'orifice anormal se trouve placé en un point très élevé, si le bout inférieur est imperméable, les aliments ne sont digérés qu'en partie, aussi les patients maigrissent-ils rapidement; lorsqu'au contraire l'orifice occupe une partie déclive ou lorsque le bout inférieur reste perméable, les malades ne tardent pas à reprendre leur embonpoint.

Complications. — Autour de l'orifice de l'anus artificiel la peau se montre rouge, enflammée par le contact incessant des matières; fréquemment on y voit de petites excoriations qui peuvent devenir le point de départ d'érysipèle.

De temps à autre les sujets porteurs de semblable infirmité sont pris brusquement de coliques très violentes avec vomissements bilieux et fécaloïdes: ces accidents coïncident avec un arrêt momentané des matières fécales et ont été désignés sous le nom d'*engorgement de l'entonnoir membraneux*. Ces coliques surviennent quelquefois à l'occasion d'un repas trop copieux, ou bien sont dues à un obstacle passager qui empêche l'issue des fèces ou leur pénétration dans le bout inférieur. Habituellement, après deux ou trois heures, une évacuation abondante par l'anus artificiel ou sous forme de selles met fin aux tortures qu'endure le patient.

Dans un petit nombre de circonstances on a vu l'engorgement déterminer la rupture d'adhérences et provoquer ainsi la formation d'une péritonite suraiguë rapide et mortelle.

A l'orifice extérieur de l'anus contre nature, se voit bien souvent un bourrelet rouge, mollasse, fongueux, saignant au moindre contact. Ce bourrelet résulte d'un prolapsus de la muqueuse ou de l'invagination de tout l'intestin

par l'orifice extérieur; dans cette dernière variété la tumeur acquiert toujours un volume plus considérable. « Ce renversement a lieu dans le plus grand nombre des cas aux dépens du bout supérieur de l'intestin. Dans d'autres cas il est produit aux dépens du bout inférieur, quelquefois aux dépens de tous les deux en même temps. Il affecte constamment une direction curviligne qu'il doit à la forme et à la résistance du mésentère. »

« Sa longueur varie depuis un jusqu'à quinze ou un plus grand nombre de pouces, et on sent tout ce qu'il doit ajouter à une maladie si désagréable et si douloureuse même dans son état de simplicité » (DUPUYTREN).

En maintes occurrences ces tumeurs se réduisent spontanément ou sous l'influence d'un simple taxis; parfois cependant on les a vues contracter des adhérences et devenir irréductibles.

Terminaisons. — Abandonné à lui-même, l'anus contre nature se comporte différemment suivant les circonstances. Si l'orifice anormal laisse passer la totalité des matières intestinales, le malade succombe après un temps plus ou moins long, dans le dépérissement et le marasme; si, au contraire, le cours naturel des matières se rétablit, l'état du patient s'améliore, l'écoulement par l'orifice extérieur devient de moins en moins abondant, cette ouverture se resserre et l'anus contre nature se change en fistule stercorale.

Le mécanisme de la guérison a été bien étudié par SCARPA et DUPUYTREN. Avant SCARPA, les chirurgiens croyaient que les deux orifices de l'intestin se rapprochant l'un de l'autre, à mesure que l'ouverture extérieure se resserrait, finissaient par s'aboucher et se réunir, SCARPA a démontré que le rétrécissement de l'orifice extérieur est toujours précédé du retrait progressif de l'intestin dans la cavité abdominale, retrait qui détermine la formation ou l'augmentation de l'entonnoir membraneux.

Mais quelles sont les conditions qui favorisent le retrait de l'intestin? SCARPA attribuait cette rétraction aux contractions péristaltiques de l'intestin et à la pression exercée sur le sac par les matières alimentaires chassées par le bout supérieur; DUPUYTREN, tout en reconnaissant la justesse de ces observations, démontra qu'à ces causes il fallait ajouter la rétraction du mésentère qui, allongé anormalement au moment de la formation des adhérences, revient sur lui-même en attirant l'intestin en arrière.

Diagnostic. — L'écoulement continu de matières fécales et de gaz par une plaie située sur la paroi abdominale constituant un signe certain de l'existence d'un anus contre nature, reconnaître semblable infirmité est chose facile; mais une partie seulement du problème se trouve résolue, on doit ensuite rechercher à quelle hauteur se trouve la lésion, en déterminer la variété anatomique, enfin établir l'état des deux bouts de l'intestin.

La rapidité avec laquelle les aliments divers traversent le tube digestif, l'examen des matières rendues, les transformations qu'elles ont subies sont autant de signes qui permettront au chirurgien de préciser la hauteur à laquelle siège l'anus contre nature.

Pour reconnaître la variété anatomique de l'anus contre nature, établir l'état et la position respective des deux bouts de l'intestin, il faut, dans la majorité des cas, recourir à l'exploration directe avec le doigt ou les instruments.

Comme le fait remarquer GOSSELIN, il y a intérêt à ne pas pratiquer de suite ces différentes manœuvres.

Pendant les premiers temps qui suivent l'établissement de l'anus contre nature, on s'exposerait à rompre des adhérences déjà solides; du reste rien ne presse, car, ainsi que nous le verrons, on n'a pas à entreprendre de traitement actif avant d'avoir suffisamment observé les tendances de la maladie.

Le doigt étant introduit dans l'orifice, le chirurgien apprécie l'étendue de l'infundibulum, constate la présence ou l'absence de l'éperon et recherche les deux bouts de l'intestin. Le bout supérieur soudé à la paroi addominale se reconnaît aisément, mais le bout inférieur parfois rétréci, déjeté latéralement ou masqué par l'éperon, est souvent fort difficile à découvrir. DUPUYTREN conserva pendant dix ans un malade dans son service, sans parvenir à trouver le bout inférieur.

Il faut que le doigt pénètre dans l'anus anormal sans efforts; si l'orifice paraissait trop étroit, il vaudrait mieux pratiquer l'exploration à l'aide de sondes en gomme; comme les renseignements fournis par ces instruments sont assez incomplets, si l'on juge l'exploration digitale nécessaire, on dilatera au préalable le trajet à l'aide d'éponge préparée.

Lorsque l'anus contre nature est placé sur le parcours du gros intestin, des lavements avec du lait, des liquides colorés constituent un adjuvant fort utile pour établir la situation du bout inférieur.

Pronostic. — L'anus contre nature est une affection des plus graves; plusieurs des sujets qui en sont porteurs succombent rapidement dans l'affaiblissement et le marasme, ceux qui survivent conservent une infirmité dégoûtante qui leur fait souvent désirer la mort.

D'une manière générale la guérison spontanée paraît rare en semblable occurrence, la majorité des cas observés se rapportent à des faits d'anus artificiels consécutifs à la hernie étranglée; toutefois la cicatrisation spontanée d'anus contre nature d'origine traumatique n'est pas impossible, ainsi que le prétendait SCARPA.

Traitement. — La thérapeutique de l'anus contre nature varie suivant que la maladie est récente ou ancienne.

La maladie est récente. Traitement médical. — Pendant les deux ou trois premiers mois qui suivent le début de l'ulcération, le chirurgien doit se borner à soutenir les forces du malade et à favoriser la cicatrisation par la position et la compression.

Il faudra donc donner au patient une nourriture aussi substantielle que possible; si l'orifice par où s'échappent les matières est situé trop près de l'estomac, l'alimentation, quelques soins que l'on prenne, sera fatalement insuffisante; l'injection de matières alimentaires dans le bout inférieur, l'administration de lavements nutritifs rendront alors les plus grands services. Dans ces dernières années, les injections et lavements de peptone ont été employés en Allemagne avec grand succès.

La moindre tendance à la constipation sera combattue par un purgatif léger; maintes fois on a vu après semblable intervention les matières reprendre leur cours et la plaie marcher rapidement vers la cicatrisation.

DUPUYTREN insistait sur la nécessité de condamner les malades à la position horizontale. Le décubitus dorsal favorise en effet la rétraction du mésentère et s'oppose à l'invagination de l'intestin, de même qu'au prolapsus de la muqueuse.

Pendant toute la durée du traitement le chirurgien veillera à ce que les bords de la solution de continuité soient nettoyés d'une façon convenable; une compression légère et quelques cautérisations des bords de la plaie avec le nitrate d'argent activeront encore la guérison.

2° La maladie est ancienne. Traitement chirurgical. — L'intervention chirurgicale dans l'anus contre nature diffère suivant la variété à laquelle appartient cette affection; s'il n'existe pas d'éperon, le traitement chirurgical consiste à fermer l'orifice extérieur. La présence d'un éperon complique sin-

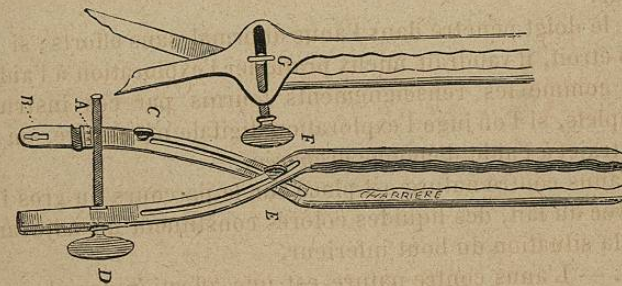


Fig. 53. — Entérotome de DUPUYTREN.

gulièrement la situation; cette difficulté paraissait insurmontable aux anciens qui abandonnaient la maladie à elle-même. Vers la fin du siècle dernier, plusieurs chirurgiens songèrent à refouler et à détruire l'éperon. DESAULT introduisait dans les deux bouts du canal des mèches longues et volumineuses, retenues au dehors à l'aide d'un fil fixé à leur partie médiane; ces mèches dont on augmentait graduellement le volume avaient l'avantage, d'après cet auteur, d'effacer l'éperon, de dilater le bout inférieur, et si la muqueuse s'était renversée de la maintenir en place, DUPUYTREN, afin d'arriver au même résultat, imagina un croissant d'ivoire monté sur une tige; la concavité du croissant était appliquée sur l'éperon pour le refouler. Malgré quelques succès, ces tentatives, qui n'étaient pas toujours innocentes, furent abandonnées.

SCHMALKADEN, chirurgien allemand, paraît être le premier qui ait tenté la destruction du sac (1798). Le procédé de cet auteur consistait à perforer l'éperon près de sa base avec une sonde cannelée, à introduire dans la cannelure un bistouri boutonné, puis à sectionner l'obstacle d'arrière en avant. Un peu plus tard (1813), PHYSICK (de Philadelphie) modifie le procédé, et conseille après avoir perforé la base de l'éperon de le sectionner à l'aide d'un fil graduellement serré.

DUPUYTREN, sans connaître ces essais, résolut d'un seul coup le problème en imaginant l'entérotome qui porte son nom (1815). L'entérotome de Dupuytren (fig. 53) se compose de deux branches latérales et d'une vis de pression D. L'une des branches (branche mâle E) pénètre dans une rainure creusée sur la

branche du côté opposé (branche femelle F), le bord de ces branches est ondulé.

De nombreuses modifications ont été apportées à l'instrument de DUPUYTREN par divers chirurgiens (fig. 54); tous ces entérotomes sont construits d'après

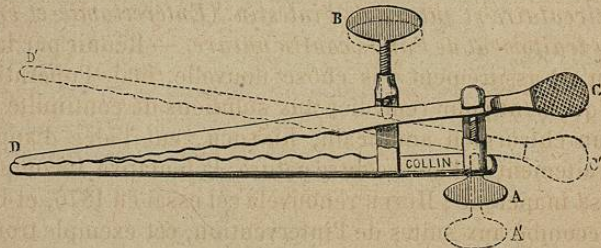


Fig. 54. — Entérotome de RICHET.

le même principe. Au lieu de l'entérotome, KÆBERLÉ pour détruire l'éperon s'est servi des pinces à forcipressure qui portent son nom, et tout récemment DESPRÈS a employé la pince à phimosis de RICORD.

Pour détruire un éperon avec l'entérotome, l'opérateur introduit chacune des branches isolément dans un des bouts de l'intestin, puis après les avoir articulées il serre à l'aide de la vis (fig. 55). « On ne doit pas craindre de porter dès le premier jour la pression assez loin pour éteindre la vie dans les

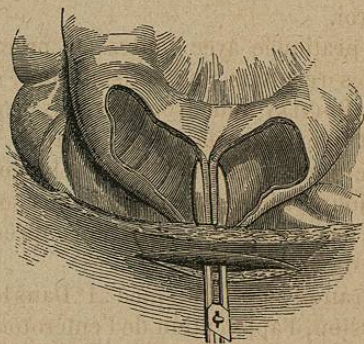


Fig. 55. — Entérotome appliqué.

tuniques qu'il embrasse » (DUPUYTREN). Parfois une vive douleur se produit immédiatement, mais elle ne dure pas et du huitième au dixième jour on peut retirer la pince devenue mobile.

Dès que l'éperon est détruit, les matières reprennent progressivement leur cours normal, l'ouverture cutanée se rétrécit de plus en plus et fréquemment la guérison survient naturellement en trois ou quatre mois; dans le cas contraire, il faut recourir plus tard à l'autoplastie.

Différents procédés opératoires ont été préconisés pour obturer ces ouvertures anormales, les principaux sont ceux de JOBERT (de Lamballe), VELPEAU, MALGAIGNE, DENONVILLIERS. Nous ne saurions en donner ici la description.

Jusque dans ces dernières années l'entérotomie avec ou sans autoplastie ultérieure constituait la seule méthode applicable au traitement de l'anus contre nature; la méthode antiseptique, légitimant les tentatives les plus hardies, a permis aux chirurgiens d'enrichir la science d'un procédé nouveau dont il nous reste à nous occuper.

Réséction circulaire et suture de l'intestin. (Entérectomie et entérorraphie appliquées au traitement de l'anus contre nature. — Réunir par la suture l'intestin divisé n'est assurément pas chose nouvelle, mais l'opération avait été pratiquée uniquement pour remédier aux solutions de continuité récentes.

En 1863, un chirurgien américain, KINLOCH, eut l'idée d'appliquer cette méthode au traitement de l'anus contre nature; la tentative, incomplète dans ses résultats, passa inaperçue; HÜTER renouvela cet essai en 1876, et bien que son malade ait succombé aux suites de l'intervention, cet exemple trouva de nombreux imitateurs; car en juillet 1883 BOUILLY, dans son mémoire auquel nous ferons de nombreux emprunts, pouvait réunir vingt-neuf observations de ce genre. Parmi les chirurgiens qui ont le plus contribué à vulgariser cette opération, il convient de citer: RIDYGIER, MADELUNG, JAFFÉ, SCHEDE, DITTEL, JULIARD et BOUILLY.

L'opération comprend plusieurs temps: 1° fendre la paroi abdominale par une incision appropriée qui comprend dans son étendue l'orifice anormal; 2° rechercher et isoler successivement les parties adhérentes des bouts supérieur et inférieur; 3° réséquer ou plutôt aviver ces deux bouts; 4° les réunir à l'aide de la suture de Lembert; 5° faire rentrer l'intestin dans la cavité abdominale et suturer la paroi.

L'entérectomie ainsi pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique a fourni des résultats fort satisfaisants; en effet, sur les vingt-neuf (29) cas réunis par BOUILLY nous trouvons: dix-sept (17) succès, onze (11) morts, un insuccès, soit une mortalité de 37,7 p. 100.

Les suites de l'intervention paraissent simples, le cours des matières se rétablit vers le troisième jour, et le neuvième les selles sont normales. Plusieurs malades suivis pendant des semaines et des mois après l'opération n'ont présenté aucun symptôme de rétrécissement.

D'après BOUILLY, l'opération serait indiquée: 1° Dans les cas où des tentatives antérieures, la compression, l'application de l'entérotomie, les sutures, l'autoplastie, ont été suivies d'insuccès; 2° Quand l'examen méthodiquement pratiqué fait reconnaître la difficulté de se rendre un compte exact de l'état des parties; mieux vaut alors une intervention large et franche qu'une tentative incomplète et avortée, faisant courir à l'opéré les mêmes dangers sans lui offrir les mêmes chances de succès; 3° Quand on aura reconnu une disposition anormale des bouts intestinaux, leur superposition, leur croisement, leur éloignement l'un de l'autre, ou une différence notable de calibre entre le bout supérieur et le bout inférieur ou plusieurs perforations sur le même point; 4° Quand il existe un renversement irréductible de l'un des bouts de l'intestin et à plus forte raison des deux; 5° Quand il y a complication d'un prolapsus étendu de la muqueuse avec ou sans invagination de la portion intestinale sus-jacente; 6° Quand on reconnaîtra un anus contre nature sans éperon, constitué par une

de ces larges pertes de substance qu'une suture des bords de l'orifice est impuissante à combler.

§ 3. — Fistules pyo-stercorales

Bibliographie. — WITHMORE, *The Lancet*, t. 1^{er}, n^o 278, p. 175, 1828. — BARTHOLOW (ROBERTS), *Americ. Journ. of the Med. Sciences*, 1866, p. 351, 354, etc. — CAMPBELL (A. JOHN), *Brit. Med. Journ.*, 1870. — THOMPSON, *The Lancet*, 1873. — CHANDELUX, *Lyon méd.*, 1873. — PAULET, VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1874. — JULLIARD, *Revue de la Suisse romande*, 1881. — GUYOT, *Paris médical*, 1885. — BOUILLY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885.

Thèses de Paris. — 1873, COURBON. — 1876, VAGUIER. — 1879, WEDRYCHOWSKI, BLIN. — 1882, DELAIR, RIVIÈRE. — 1884, GUYOT.

Indépendamment des fistules stercorales proprement dites qui, dans la plupart des circonstances, ne sont qu'une phase intermédiaire dans la guérison de l'anus contre nature, on rencontre parfois sur les parois de l'abdomen des fistules dont le point de départ est un abcès phlegmoneux de cette cavité ouvert à la fois dans l'intestin et à l'extérieur.

Par l'ouverture intestinale les matières pénètrent dans la cavité de l'abcès, en sorte que l'orifice cutané répand au dehors un mélange de pus et de matières fécales. Ces sortes de fistules, signalées par VERNEUIL, ont été de la part de BLIN l'objet d'une étude fort consciencieuse.

Étiologie. — Les abcès qui se compliquent de fistules pyo-stercorales sont : les abcès périnéphrétiques, les pérityphlites suppurées, les abcès de la fosse iliaque, enfin les collections purulentes consécutives à l'issue de matières et de corps étrangers hors du tube digestif (vers intestinaux, noyaux de cerises, arêtes de poisson, etc.). Sur soixante-douze (72) cas réunis par BLIN, nous trouvons que ces fistules étaient consécutives cinq (5) fois à un abcès périnéphrétique, dix-huit (18) fois à des pérityphlites, trente et une (31) fois aux abcès de la fosse iliaque, dix-huit (18) fois à l'issue de vers intestinaux.

Anatomie pathologique. — L'ouverture cutanée, déprimée, enfoncée au milieu des téguments, se rencontre par ordre de fréquence dans les fosses iliaques, au pli de l'aîne, à la région lombaire.

Habituellement il existe un seul orifice, quelquefois deux, rarement plusieurs; cette ouverture, de diamètre toujours très petit, reçoit avec peine la sonde de trousse ordinaire.

On parvient ainsi dans un trajet fistuleux dont la longueur varie entre 3 et 12 centimètres, et qui présente souvent de nombreuses ramifications; une membrane molle, granuleuse, vasculaire recouvre toute son étendue.

La cavité intermédiaire entre les deux orifices forme une sorte de réservoir de capacité très variable; elle a communément le volume d'un œuf d'oie, mais peut acquérir celui d'une tête de fœtus. La face interne de ces cavités ne diffère en rien de celle des autres abcès, on la trouve tapissée par une membrane pyogénique qui se continue d'un côté avec la muqueuse intestinale, de l'autre

avec la membrane accidentelle qui recouvre le trajet fistuleux. La face externe est reliée aux organes voisins par des adhérences solides.

Neuf fois sur dix la perforation intestinale occupe le gros intestin. Dans un tiers des cas environ l'orifice de communication serait double; de même que pour l'orifice cutané, la forme et les dimensions de l'ouverture intestinale varient, exceptionnellement on la voit dépasser le diamètre d'une pièce de cinq francs.

Symptômes. — L'écoulement de pus mélangé de matières intestinales et de gaz caractérise la fistule stercoro-purulente. Il existe encore d'autres signes importants; la cavité de l'abcès se trouve en communication avec l'intestin par son orifice postérieur, qui non seulement laisse les matières passer dans la cavité, mais permet au pus de pénétrer dans l'intestin; pour ce motif les selles contiennent constamment une petite quantité de pus. L'examen direct fait en outre reconnaître les différentes complications anatomiques précédemment signalées.

Marche. Complications. — Abandonnée aux seuls efforts de la nature, cette infirmité a une très minime tendance à guérir. La présence de cette cavité intermédiaire constitue en effet un obstacle absolu à la cicatrisation des orifices; or pour que la cavité disparaisse il faudrait un processus réparateur qui permit à ses deux parois de se recouvrir de bourgeons charnus et les fit adhérer l'une à l'autre, malheureusement le mauvais état des malades s'oppose d'habitude à toute réparation; aussi, si l'on intervient pas, voit-on les patients s'affaiblir peu à peu et succomber dans le marasme. L'érythème, les excoriations, l'érysipèle compliquent plus fréquemment la fistule pyo-stercorale que l'anus contre nature, ce qu'il faudrait attribuer au pouvoir irritant du liquide qui s'écoule par la fistule. Dans quelques cas la rétention du pus entraîne des accidents d'infection purulente ou putride.

Pronostic. — L'intervention chirurgicale améliore notablement le pronostic de cette triste infirmité; en effet, sur soixante-douze (72) cas qu'il a réunis dans sa thèse, BLIN trouve quarante-neuf (49) guérisons; l'affection est donc curable, et le pronostic se trouve absolument subordonné à l'étendue de la lésion intermédiaire et à l'état général du malade.

Traitement. — Une discussion récente, à propos d'un cas de fistule intestinale traitée par BOUILLY qui avait cru utile, après avoir gratté le trajet intermédiaire, de faire la suture latérale de l'intestin, permet d'affirmer que la doctrine qui tend actuellement à s'établir, en semblable circonstance, consiste à faire l'opération en deux fois. VERNEUIL conseille de détruire le trajet fistuleux dans un premier temps, sans toucher à l'intestin. « Je me contenterais de le modifier pour assurer une granulation énergique, plus tard on ferait la suture sans presque toucher à l'intestin et en s'adressant uniquement au trajet. » DUPLAY insiste sur les résultats heureux que donne l'intervention limitée au trajet et sur la nécessité de ne pas toucher à l'intestin. Cependant, si les perforations intestinales étaient multiples, la seule opération possible serait la résection de l'intestin suivie de suture, moyen qui a déjà été employé par JULLIARD (de Genève).