

ARTICLE IX.

ANUS CONTRE NATURE.

L'anüs contre nature est une de ces maladies qu'on semble regarder aujourd'hui comme n'exigeant plus aucune recherche. Le mécanisme de sa formation, ses guérisons spontanées, sa thérapeutique, ont été si bien éclairés par les travaux modernes, et principalement par ceux de *Dupuytren*, que, sous ce point de vue, la science paraît véritablement ne plus avoir de progrès à faire. Là, cependant, comme dans toutes les grandes questions de pathologie, on ne voit le perfectionnement arriver que par saccade. C'était sans doute faire un pas en avant que d'établir, d'une manière précise, l'influence du resserrement infundibuliforme du péritoine sur la marche des matières stercorales au voisinage de la fistule. On en fit un autre en montrant que siles débris alimentaires s'échappent par l'ouverture accidentelle, plutôt que de passer du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin, c'était à la cloison, à l'espèce de promontoire, d'éperon mésentérique, placé entre eux, qu'il faut s'en prendre. C'en était un troisième enfin, et sans contredit le plus important de tous, que de parvenir à faire disparaître cet éperon, puisqu'à cela était attachée la guérison de la maladie. Aussi l'obtention de ce dernier résultat a-t-elle en quelque sorte fait oublier tout le reste. Comme fatigués par tant d'efforts heureux, les esprits sont dès lors retombés dans une inertie presque complète.

Sous ce rapport, comme sous une foule d'autres, la chirurgie est pourtant loin encore de sa perfection. L'adhérence de l'intestin à la racine du sac est souvent moins intime que ne le prétend *Scarpa*. L'entonnoir membraneux

manque fréquemment. L'inflammation adhésive ne s'établit pas toujours au pourtour de l'entérotome, quelque bien appliqué qu'il soit. Quelquefois il est à peu près impossible de ne pas comprendre entre les mors de l'instrument une portion de quelque organe important en même temps que la cloison anormale. Enfin beaucoup d'anüs accidentels et de fistules stercorales persistent indéfiniment malgré la destruction ou l'absence de tout éperon. A l'appui de ces assertions je pourrais invoquer bon nombre d'observations; je m'en tiendrai provisoirement aux suivantes.

OBS. I. *Anüs contre nature. — Pas d'entonnoir membraneux. — Adhérence imparfaite de l'intestin au collet du sac* (1). *Georget Julien*, cultivateur, âgé de trente-neuf ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 28 octobre 1854.

A l'âge de trente-trois ans, et sans cause connue, il lui vint une petite tumeur dans la région inguinale droite; il n'y fit aucune attention, n'en souffrant pas. Mais il y a six mois, en gravissant un petit tertre, il se sentit violemment tiraillé dans cette partie, et crut remarquer que sa tumeur avait doublé de volume. Rien ne put la faire rentrer, quoique auparavant elle rentrât d'elle-même quand il était couché. Cette tumeur augmenta encore le lendemain. Un médecin, appelé, ne put la réduire. Les vomissements survenus dans la nuit, les coliques et autres symptômes d'étranglement herniaire, s'étant manifestés, décidèrent *M. Gendrin* à pratiquer l'opération, quarante-huit heures après l'accident. On trouva des adhérences et un point gangréné. Depuis lors, les matières n'ont jamais cessé de passer par la plaie, et les garderobes ne se sont point rétablies. Je l'examinai, à la visite du 29, et reconnus à l'angle externe du pubis droit, un bourrelet

(1) Observation recueillie par *M. Loreau*.

rouge, formé par l'intestin renversé; bourrelet qu'on parvint aisément à refouler dans l'abdomen. Au dessous de la tumeur précitée, on découvrit une fistule qui permit d'introduire un stylet jusque dans l'intestin perforé. Le malade assure que souvent il sort des vents par là. Le 30 et le 31, fièvre presque toute la journée. Le malade a de l'inquiétude et voudrait être opéré sur le champ. Le 2 novembre, il s'est déclaré un érysipèle très intense autour de la plaie. Cet érysipèle qui occupe les régions pubienne et iliaque, s'étend à tout le scrotum et à la verge. Le 4, l'érysipèle s'étend jusqu'aux lombes. Le 6, on constate l'escharification du prépuce à sa partie inférieure, à deux pouces du frein. Le 7, la rougeur avec tuméfaction de la moitié inférieure du nez, s'étend aux deux côtés de la face et aux oreilles. L'extrémité inférieure de la jambe droite, et tout le pied du même côté, offrent des points rouges sensiblement élevés, évidemment érysipélateux.

Le voile du palais et tout le fond de la gorge sont d'un rouge vif, offrant quelques points blancs et crayeux, ressemblant à la sécrétion des amygdales plutôt qu'à une fausse membrane. La déglutition est très peu gênée; trépidement de la langue; dents et gencives couvertes d'un enduit un peu noirâtre. (Une bouteille d'eau de Seltz avec tisane de chiendent. Eau de sureau sur les parties érysipélateuses.) Le 8 novembre, l'enduit de la langue est augmenté. Des phlyctènes purulentes se forment sur les ailes du nez. Menacé d'érysipèle à la jambe gauche. Douleur très aiguë dans le jarret. Pouls comme hier. Arrière-bouche toujours très douloureuse. Le 9 novembre, mort.

Autopsie. Eschares nombreuses, disséminées sur presque tous les points successivement envahis par l'érysipèle. Rien de notable, d'ailleurs, dans le crâne, la poitrine et le ventre, à l'exception de l'anus contre nature.

En procédant de l'abdomen vers la plaie, on trouve : 1° que la portion supérieure de l'iléon s'arrête à la portion

interne et inférieure de l'anneau inguinal, où elle est faiblement unie, de manière à se continuer avec les ulcérations fistuleuses observées pendant la vie; 2° que le bout inférieur du même intestin, remontant de l'excavation pelvienne dans la fosse iliaque, se contourne en dehors de l'autre pour entrer dans le canal herniaire, et se plonger jusque dans l'aine, où il formait l'orifice réel de l'anus contre nature; 3° qu'en soulevant ces deux portions par derrière, on les décolle si facilement du collet du sac, que le moindre effort eût suffi pour amener un épanchement dans le péritoine; 4° qu'il eût été impossible pendant la vie, d'étrangler l'éperon, au moyen de l'entérotome, sans amener cet épanchement; 5° qu'il n'y a pas la moindre apparence d'infundibulum, et que le sac adhère d'une manière intime au trajet inguinal; 6° que les deux portions de l'intestin étaient adossées par le côté, et non par le bord mésentérique; 7° que d'espace en espace, cet adossement était simplement contigu, au point de pouvoir être détruit sans la moindre rupture.

Ainsi, dans ce cas, l'absence totale d'infundibulum, d'entonnoir membraneux, eût mis un obstacle invincible à la guérison spontanée; la faiblesse et le peu d'étendue des adhérences eût rendu à peu près inévitable un épanchement mortel dans le ventre, si la moindre opération avait été tentée. En supposant qu'on fût parvenu à détruire la cloison intestinale, les matières n'en auraient sans doute pas moins continué de passer par la plaie, puisque même alors la contorsion de l'intestin en aurait rendu l'arrivée presque impossible du bout supérieur dans le bout inférieur.

Voici un fait d'un autre genre, quoiqu'il ne soit pas sans analogie avec le précédent.

OBS. II. — *Hernie crurale étranglée. — Gangrène. — Opération. — Anus contre nature. — Emploi de l'entérotome. — Mort. — Épanchement abdominal.* (1). La nommée

(1) Observation recueillie par M. Tiger.

Martigny (Louise-Charlotte), âgée de cinquante-six ans, journalière, avait une hernie crurale gauche depuis dix-huit ans. Cette hernie, grosse comme une noix, rentrait et sortait aisément. La malade ne portait pas de bandage, et n'avait jamais eu aucun accident de ce côté. Le 17 avril 1855, à la suite de vomissements, une tumeur douloureuse apparut dans l'aîne gauche. Quelques jours après, un chirurgien fit de vains efforts pour la réduire. Des symptômes d'inflammation se déclarèrent, et furent calmés par dix sangsues et un bain. Les vomissements avaient cessé, les selles n'avaient pas été interrompues. La malade entre le 26 du même mois à l'hôpital de la Charité. Le pli de l'aîne gauche présente une tumeur rouge, inégale, qui dépasse le volume d'un œuf. Le gonflement et la tension s'étendent depuis le pli de l'aîne jusqu'à deux pouces au dessus; il y a quelque chose d'œdémateux; la tumeur est mobile à sa base; son pédicule remonte vers le canal crural; elle est située en dedans et au devant des vaisseaux cruraux. Il y a des douleurs abdominales, qui ne sont pas permanentes, et de fortes douleurs dans la tumeur. Il y a dans les vomissements des matières stercorales moulées, cylindriques, en petite quantité, et d'autres délayées, qui leur communiquent leur teinte. Le 27, à la visite, deux selles ont eu lieu. La pression du ventre est très douloureuse. Les efforts répétés du taxis ont été inutiles. L'opération est pratiquée sur le champ. Il est à remarquer que le bistouri, avant de pénétrer jusqu'au sac, fut obligé de traverser une masse, soit graisseuse, soit de ganglions lymphatiques. Il se dégage ensuite des gaz avec odeur gangréneuse. Il y a aussi du pus bien caractérisé, et gangrène d'une portion considérable de l'intestin. On excisa les parties mortifiées, et deux incisions furent faites au siège de l'étranglement.

Le 30, aucuns symptômes généraux. L'appareil est imbibé de matières. Les bords de la plaie sont rouges, et enflammés. Les matières fécales baignent la plaie, et sont

mêlées à la suppuration. Il y a au fond de la plaie une masse qui se laisse déprimer, et qui est, ou un ganglion lymphatique, ou un abcès qui se développe.

Le 2 mai, les coliques ne reviennent pas. Il y a du sommeil. Les matières fécales sortent en moins grande quantité par la plaie. (quart de portion.)

Le 6 mai, douleur presque nulle, excepté lorsque les matières sortent. Les bords et le milieu de la plaie sont d'un rouge vif. Les bourgeons charnus se développent, et l'ouverture se rétrécit.

Le 10, pour forcer les matières à passer dans le bout inférieur de l'intestin, une compression est établie avec des boulettes de charpie.

Le 11, un peu de fièvre; langue naturelle. La peau qui environne la plaie est enflammée, et il y a menace d'érysipèle. Incision comprenant tout le trajet qui passait sous la masse de végétations, et qui est continuée jusque vers la branche descendante du pubis, où s'était formé un foyer dans lequel s'engageaient les matières fécales.

Le 14, le doigt, porté dans l'ouverture de l'anneau, sent l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin. L'entérotome de *Dupuytren* est introduit et serré sur l'éperon.

Le 18, la malade n'a ressenti que de faibles coliques, par intervalles. Les matières passent toujours par la plaie et imbibent l'appareil. La pince est un peu resserrée.

Le 19, les coliques sont plus violentes; il y a de la douleur à la pression, dans la région hypogastrique. Nausées, vomissements. Langue pâle, face un peu grippée.

Le 20, les symptômes augmentent; il y a de l'affaïssement, de l'amaigrissement. Le ventre est très sensible.

Le 21, enlèvement de la pince, qui contient, entre ses mors, une portion d'intestin gangréné. Le ventre est très ballonné; la face très grippée; les autres symptômes augmentés.

Le 22, la mort a eu lieu dans l'après-midi.

Autopsie. Il y a une partie d'épiploon adhérent au devant de l'intestin étranglé, et qui enferme la cavité à gauche. En renversant cet épiploon, on retrouve les deux bouts de l'intestin, dont les lèvres sont décollées. En dedans, l'éperon est détruit dans l'étendue de deux pouces et demi; mais il n'y a d'adhérence que sur un des côtés de la fente. L'autre bord est comme taillé à pic. Une certaine quantité d'humidités stercorales s'est manifestement échappée par là. Le pus du voisinage en est teint, et tout le péritoine est rempli de matières séro-purulentes. La cloison entéromésentérique se prolongeait jusque dans l'aîne. Les restes du sac n'avaient aucune tendance à se déplacer, à se laisser entraîner du côté du ventre. Rien ne permet de supposer qu'il eût pu s'établir là un entonnoir membraneux.

Ici l'adhérence que l'entérotome fait habituellement naître autour de la plaque de tissus qu'elle étrangle, ne s'était que très incomplètement effectuée, encore faut-il ajouter qu'en avant, seule région où elle existât, cette adhérence eût été insuffisante pour retenir les matières, sans l'expansion épiploïque qui la recouvrait dans ce sens. Du reste, comme du premier au quatrième jour il n'est survenu aucun accident, on peut affirmer, il me semble, que la péritonite a été la suite, chez cette malade, de la mortification de l'éperon et non de l'étranglement herniaire. L'opération de l'anus contre nature par la méthode de Dupuytren n'est donc pas aussi sûre qu'on le croit généralement, et les adhérences préalables du péritoine qu'elle doit produire sont donc d'abord très faibles, et peuvent ne point encore exister au septième ou au huitième jour.

Obs. III.—*Anus ombilical.* — *Adhérences et altérations complexes de l'intestin.* — Une femme, âgée de quarante-cinq ans environ, très grasse, que j'opérai en 1833, avec M. le docteur Bonis, d'une énorme exomphale étranglée et gangrénée, vint mourir deux mois plus tard avec un anus contre nature, dans ma division à l'hôpital de la Pitié.

Les particularités relatives à l'opération furent communiquées dans le temps à l'académie royale de médecine. Je ne veux vous rappeler en ce moment que ce qui se rapporte à l'état des parties dans le ventre.

C'est l'intestin grêle qui avait franchi l'ombilic. Le bord convexe de son bout supérieur était seul resté en partie adhérent derrière l'anneau. L'autre bout en était éloigné de plus d'un pouce; cependant aucun épanchement ne se faisait dans l'abdomen; l'épiploon d'un côté, une anse inactive d'intestin de l'autre, une fausse membrane en troisième lieu, s'étaient agglutinés tout autour, comme pour compléter le canal ou l'entonnoir jusqu'à l'ombilic. Aussi les matières, qui n'avaient jamais absolument cessé de passer dans le cæcum, devaient-elles, avant de sortir par la plaie ou de rentrer dans le bout inférieur de l'intestin perforé, tomber ou glisser sur cette espèce de plan accidentel. Le sinus ou le cul-de-sac correspondant au côté mésentérique ou à la face profonde de cette agglomération d'organe, était d'ailleurs rempli par une portion de l'intestin grêle, fortement coudée et soudée d'une manière solide aux points sur lesquels l'entérotome eût été appliqué, si on avait jugé à propos de tenter l'opération.

On voit par là, que non seulement il eût été difficile d'atteindre l'éperon, mais en outre qu'en saisissant cette cloison, on eût inévitablement étranglé une nouvelle anse du tube alimentaire et fait périr la malade.

Au surplus, j'ai surtout pour but ici d'appeler votre attention sur les anus contre nature dépourvus d'éperon. Je n'ai dit un mot de quelques autres particularités relatives à cette maladie que pour montrer qu'elle est digne encore de recherches suivies, malgré les beaux travaux de Dupuytren.

Les anus contre nature et les fistules intestinales dépourvus d'éperon s'établissent de trois manières assez distinctes :

1° Si, après la réduction d'une hernie préalablement

opérée ou non, une ouverture se forme sur la convexité de l'anse intestinale, il se peut que les matières fussent du côté de la peau, et qu'un anus contre nature en soit la suite.

2° Un ulcère, débutant par la membrane muqueuse peut amener une adhérence de l'intestin à la partie correspondante de l'abdomen. Continuant ses progrès en profondeur, ayant traversé toutes les tuniques, cet ulcère causera un abcès stercoral et pourra se terminer par une fistule.

Dans ces deux cas, l'intestin n'étant point déplacé, peut n'être ni coudé ni rétréci. Dès lors l'anus contre nature ou la fistule intestinale doit être le plus souvent sans éperon.

3° Souvent, après la destruction de l'éperon par la méthode de Dupuytren, l'anus contre nature persiste sous la forme d'une fistule que rien ne peut fermer.

1° *Anus sans éperon, par suite de hernie ou de plaie.* Le premier genre d'anus sans éperon comprend plusieurs espèces. Ainsi, tantôt il a pour point de départ une plaque gangréneuse d'une anse d'intestin repoussée d'une hernie avant d'être perforée. Tantôt, au contraire, il dépend d'une éraillure, d'une déchirure même de la hernie, survenue pendant les efforts du taxis, au moment même de la réduction. Tantôt il se forme, parce qu'après avoir découvert la hernie et opéré le débridement, on repousse dans le ventre, à dessein, malgré soi ou par erreur, l'intestin gangrené, avec ou sans perforation, ulcéré du péritoine vers la membrane muqueuse ou réciproquement. Tantôt enfin, il résulte de ce que l'intestin blessé dans une plaie pénétrante de l'abdomen, dans une opération de hernie ou de toute autre manière, est resté ou a été remis en place dans la cavité péritonéale.

Ces quatre variétés rentrent dans deux espèces bien tranchées, selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas en même temps une division des parties extérieures.

Dans le premier cas, c'est à dire quand les parois du ventre sont ouvertes, comme après une opération de hernie ou une plaie pénétrante, l'anus contre nature ou la fistule, s'établit directement et sans être nécessairement précédé de suppuration ou d'abcès dans le voisinage. Dans le deuxième cas, c'est à dire lorsqu'aucune solution de continuité n'a été pratiquée sur le ventre, comme à la suite du taxis, par exemple, un abcès stercoral est au contraire l'avant-coureur à peu près inévitable de l'anus.

La nature se sert ici d'un procédé qui comprend deux éléments : Il faut d'abord que des adhérences aient lieu entre le pourtour de la perforation intestinale et le point correspondant des parois de l'abdomen. Ensuite il faut qu'une voie s'établisse entre l'ulcère et l'extérieur. Or, on voit aussitôt que ce dernier temps du travail pathologique est infiniment plus compliqué, plus difficile dans l'un des cas que dans l'autre ; qu'avec une ouverture préalable de la hernie ou des parois abdominales, rien n'est plus simple, tandis qu'autrement, l'abcès qui se manifeste peut s'étendre au loin, gangréner les parties sur une large surface et ulcérer la peau dans une foule de points. Aussi les lésions intestinales dont il s'agit sont-elles loin de se terminer toujours de la même façon, et leur thérapeutique doit-elle varier selon un certain nombre de circonstances.

Les plaies, les perforations sans gangrène, dans une hernie, par exemple, seront réduites et guériront le plus souvent sans danger et sans l'intervention d'aucune espèce de suture. Repoussé dans le ventre, l'intestin reste derrière l'anneau et s'y colle. Le péritoine pariétal s'agglutine au péritoine des bords de la division de l'intestin, pendant que la membrane muqueuse, se boursoufflant, se renversant en dehors, forme la plaie et s'oppose à tout épanchement des matières. Après la cicatrisation, le malade en est quitte pour quelques coliques et quelques tiraillements du côté de la blessure. Aux faits qui viennent à l'appui de ces

assertions, je puis en ajouter deux qui me sont propres.

Obs. IV. Une femme, âgée de cinquante-cinq ans, était affectée d'une hernie crurale, étranglée depuis quatre jours, lorsqu'on l'apporta dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, en 1833. — Je procédai de suite à l'opération, qui n'offrit d'abord rien de particulier. Une anse d'intestin grêle était au fond du sac; elle offrit une teinte livide très suspecte, et conservait cependant assez de fermeté pour éloigner l'idée de gangrène. Après avoir débridé, j'attirai cette anse au dehors pour mieux l'examiner. Alors nous reconnûmes qu'elle était ulcérée en trois endroits. La pression faisait sortir les matières intestinales par les trois ouvertures, qui étaient renversées en cul de poule, distantes de deux à trois lignes l'une de l'autre et situées sur la partie convexe de l'intestin. Un stylet introduit par l'une d'elles entra librement dans le canal intestinal. Après avoir hésité longtemps et remarqué que ces ouvertures avaient sensiblement diminué de diamètre par la déplétion de l'intestin, je me décidai à le repousser dans l'abdomen. On tint la plaie ouverte, et la malade dans une immobilité complète. Mes craintes, je l'avoue, étaient extrêmes. Cependant il ne survint aucun accident et cette femme s'est aussi rapidement, aussi complètement rétablie que s'il s'était agi d'une hernie sans altération de l'intestin. Il ne s'est jamais échappé la moindre parcelle de matières stercorales par la plaie, qui était cicatrisée au bout d'un mois.

Obs. V. — Une autre femme, opérée dans le même hôpital au printemps de 1834, m'a fourni la seconde observation. Cette malade, âgée de quarante-sept ans, forte, d'un embonpoint médiocre et d'une santé robuste, portait depuis longtemps une hernie incomplètement réductible. Les symptômes de l'étranglement existaient depuis vingt-quatre heures lorsque je la vis. Ayant renouvelé sans succès le taxis qui avait déjà été tenté sous toutes les formes, je

proposai l'opération qui fut acceptée et pratiquée immédiatement. Avant d'arriver au sac, il fallut écarter ou inciser plusieurs ganglions dégénérés. Une couche graisseuse lardacée se présente ensuite; un kyste rempli d'humeur noire vint en troisième lieu et laissa sous nos yeux une surface légèrement rugueuse, bosselée, résistante, qui pouvait être le sac épaissi, et que je m'apprétais à diviser comme par lames, dans la crainte que ce ne fût l'intestin, lorsqu'un mouvement brusque et inattendu de la malade vint en occasionner l'incision complète dans l'étendue de huit lignes. Des matières muqueuses, noirâtres, puis jaunes et spumeuses s'échappèrent aussitôt par la plaie. La membrane muqueuse mise à nu est facile à reconnaître, le doigt porté jusque dans le ventre par le cylindre que je venais d'ouvrir, et toutes les autres circonstances accessoires, démontrèrent suffisamment que l'instrument était entré dans l'intestin. Enhardi par l'observation précédente, qui était encore présente à ma pensée, je me hasardai à réduire immédiatement l'intestin blessé. La plaie avait au moins huit lignes d'étendue. Sa direction était d'ailleurs parallèle à celle de l'intestin dont elle occupait la convexité.

Le repos le plus absolu fut prescrit. Je plaçai une toile enduite de cérat dans l'anneau crural. La division des parties extérieures fut maintenue ouverte par des boulettes de charpie, et on ne soutint le reste de l'appareil que par un bandage purement contentif, sans compression manifeste.

Le cours des matières se rétablit par l'anus le lendemain. Les vomissements ainsi que tous les autres accidents cessèrent sur le champ. Aucun détritit alimentaire ne passa par l'aine. La malade est sortie de l'hôpital dans un état de santé parfaite le trente-cinquième jour. Je l'ai revue deux fois depuis. Elle porte un bandage par précaution, et souffre à peine de légères coliques quand elle a beaucoup marché, ou mangé plus que de coutume.

On conçoit, du reste, que le résultat puisse ne pas être toujours aussi satisfaisant. La plaie de l'intestin, soit à cause de son étendue, soit à cause de sa direction, soit à cause de sa forme, soit à cause de la disposition du sujet, ne se fermant pas, peut continuer de verser au dehors les matières qui parcourent le tube alimentaire et se transformer en fistule ou en anus contre nature. Si, comme il arrive assez souvent, l'intestin était ulcéré, coupé en travers sur l'un de ses points, dans l'anneau et par l'anneau, par exemple, la réduction offrirait peu de chances de guérison, et ne permettrait guère d'espérer l'établissement spontané d'un anus contre nature simple. Comme l'organe réduit se tient presque toujours en pareil cas derrière l'anneau dans les mêmes rapports que dans la hernie, c'est à dire, de manière que la portion qui était libre dans le sac, est précisément celle qui reste vis à vis du canal dans le ventre, voici ce qui peut survenir alors : 1^o le contour de la perforation, contractant rapidement des adhérences avec le point correspondant du pourtour de l'anneau, fait que le cours des matières se rétablit aussitôt par les voies naturelles, et que la guérison a lieu comme dans le cas précédent; 2^o pour peu que les adhérences tardent ou soient incomplètes, une certaine quantité de matière s'épanche dans les environs. Cet épanchement s'étale quelquefois dans le péritoine et détermine rapidement la mort. Le plus souvent il est ralenti, arrêté, circonscrit dans un assez petit espace de la fosse iliaque, par l'inflammation adhésive du péritoine circonvoisin. Ici, ce n'est plus qu'un abcès stercoral qui fusera tantôt du côté de l'anneau, pour se terminer ensuite par un anus ou une fistule; tantôt dans un autre lieu, de manière à s'ouvrir, soit dans le péritoine, soit dans quelque organe creux, soit dans l'épaisseur des parois de l'abdomen. Chez un malade que j'opérai en 1831 avec M. le docteur *Florence*, un foyer de ce genre s'établit en dedans, du côté de la vessie, entre le péritoine et les

muscles. Son volume devint tellement considérable, que nous crûmes un instant à une rétention d'urine; à la fin, il s'ouvrit dans l'anneau, et la mort n'eut lieu que le vingt-septième jour. Sur un homme que j'opérai en 1836, dans le service de M. *Lherminier*, à l'hôpital de la Charité, et qui mourut douze heures après de péritonite, les adhérences, quoique récentes et légères, avaient cependant suffi pour retenir les matières dans la fosse iliaque, et les forcer à se porter en partie vers l'anneau, bien que l'ulcère de l'intestin fût très large et placé en dehors du canal crural.

Lorsqu'au lieu d'une solution de continuité sans mortification préalable, l'intestin présente des plaies ou quelque perforation gangréneuse, sa réduction n'offre plus les mêmes chances de guérison. S'il est entier, et que la péritonite ne tue pas le malade auparavant, les accidents ne surviendront qu'au bout de quelques jours : un travail éliminatoire est nécessaire pour détacher l'eschare, et les matières ne peuvent évidemment s'épancher qu'à partir de cette séparation. Si la perforation est déjà opérée au moment de la réduction, on saura à quoi s'en tenir au contraire sur la marche des symptômes. Dans les deux cas une inflammation adhésive colle les parties saines autour des parties malades. Dans ces deux cas aussi, il s'établit un anus contre nature sans difficulté si la perforation, soit primitive, soit consécutive, correspond à l'anneau. Mais si la gangrène occupe un autre point de l'intestin, on aura pour le premier cas seulement, quelques chances de guérison sans anus contre nature, et pour le deuxième ou pour tous les deux ensemble, un épanchement ou un abcès stercoral avec toutes ses conséquences, comme dans la supposition précédente. De toute façon la déperdition de substance est trop manifeste dans le cas de gangrène, pour qu'il soit permis de compter sur la fermeture immédiate d'une pareille ouverture. Il n'en est pas moins remarquable que, même alors, l'organisme s'empresse, en quelque sorte, de confi-

ner le mal derrière l'anneau, en faisant naître presque sur le champ des adhérences protectrices tout autour.

Ce que je dis ici des hernies opérées s'applique de tous points aux intestins blessés en même temps que les parois du ventre.

Un intestin, gangréné ou perforé d'une manière quelconque, réduit par le taxis et sans incision des enveloppes de la hernie, se comporte encore comme dans le cas précédent, avec cette différence que l'anus ou la fistule ne peut pas s'établir de prime abord, qu'un abcès doit en précéder la formation, et que la guérison sans épanchement ou par réunion immédiate est à peu près impossible. La raison de cette particularité ressort assez des détails dans lesquels je suis entré pour me dispenser d'y revenir. Chez une femme qui avait une hernie crurale, étranglée depuis trois jours, qui était mourante d'une vaste péritonite lorsqu'on tenta pour la première fois et qu'on obtint la réduction, l'intestin gangréné et largement perforé n'en était pas moins resté agglutiné contre le péritoine tout autour de l'anneau dans la fosse iliaque. Sur un jeune homme qui avait été traité de la même manière, il survint au contraire un vaste dépôt qui dut être ouvert sur l'anneau inguinal et dans la région iliaque où l'anus contre nature finit par se fixer.

Ainsi, de quelque manière qu'il se forme dans ces différentes nuances, l'anus contre nature est dépourvu d'épéron, parce que l'intestin, remis dans le ventre, est pour ainsi dire remplacé dans sa portion détruite par les plaques correspondantes des autres organes.

2° — *Anus sans épéron, suite d'ulcère ou de perforations internes de l'intestin.* — Les intestins sont sujets à deux sortes de perforations internes. Tantôt, en effet, c'est sous l'influence d'un corps étranger, arrêté ou retenu sur quelque point de leur cavité, qu'ils s'ulcèrent; tantôt, au contraire, c'est une véritable ulcération spontanée qui finit par

en traverser toute l'épaisseur. Au premier genre appartiennent les perforations par le passage de fragments de métaux, de verre, de bois, de balles de plomb, d'os, de noyaux de fruits, etc. Il faut rapporter au second les ulcérations de tous genres, celles surtout des phthisiques, des scrofuleux, des dothinentéritiques.

Pour qu'une de ces lésions amène une fistule ou un anus contre nature, il suffit que le point de l'intestin qui la supporte touche habituellement une région quelconque des parois abdominales. Avec ces rapports en effet, l'ulcération qui se fait nécessairement avec lenteur, est le plus souvent précédée d'une inflammation adhésive des deux plaques péritonéales correspondantes. Il faut en conséquence que, continuant de marcher, elle traverse deux fois le péritoine, puis les aponévroses et les autres parties constituantes des parois du ventre. Dès lors, on conçoit que les matières intestinales puissent fuser vers l'extérieur, au point de produire un abcès stercoral sous la peau, abcès qui s'ouvrira ou qu'on ouvrira, et qui sera suivi d'une fistule ou d'un anus contre nature.

Lorsqu'il s'agit d'une ulcération franche, produite par un corps étranger, chez un sujet bien constitué d'ailleurs, et que la déperdition de substance n'est pas considérable, de pareilles fistules guérissent en général assez vite et sans opération; mais dans les conditions contraires, il n'est pas rare de les voir résister à tout et persister indéfiniment. Les annales de la science possèdent de nombreux exemples à l'appui de cette double assertion. C'est ainsi qu'une lame de couteau, une fourchette, etc., ont été expulsées ou extraites à travers les parois du ventre, sans qu'il en soit résulté de fistule. Des fragments d'os en ont fait autant, ainsi que le prouverait au besoin l'observation suivante.

Obs. VI. — Une femme, âgée de cinquante-huit ans, d'un embonpoint modéré, habituellement bien portante, lymphatique et nerveuse, couturière, sujette à la consti-