

la ligne médiane, soit dans la fosse iliaque gauche, au siège de l'anus futur. On attire au dehors l'anse oméga et on la sectionne entre deux ligatures. Le bout supérieur est maintenu au dehors, et le bout inférieur étant soigneusement fermé, on lie et on sectionne le méso-rectum, puis on effondre le cul-de-sac péritonéal recto-vésical ou recto-utérin, et on libère le rectum aussi loin que possible. Cela fait, on ferme la plaie abdominale en y fixant le bout supérieur pour établir l'anus artificiel définitif. Le temps abdominal est terminé. On change la position du malade et on achève l'extirpation, soit par la voie périméale, comme Gaudier, soit par la voie sacrée, que Quénu préfère.

On voit combien nous sommes loin, à l'heure actuelle, de la simple opération de Lisfranc. Depuis quelques années, les méthodes et les procédés opératoires se sont multipliés à l'infini. Il n'est pas douteux que des progrès considérables aient été réalisés. Mais nous ne sommes point encore suffisamment renseignés sur la valeur de certaines opérations, ni sur les bénéfices que les malades peuvent en tirer. Aussi est-il impossible de formuler actuellement des conclusions précises. En tout cas, il ne faut point oublier qu'en fait de cancer, l'avenir est bien plutôt aux opérations précoces qu'aux opérations démesurément étendues.

ANUS CONTRE NATURE ET FISTULES STERCORALES

PAR

AIMÉ GUINARD

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ces deux termes de « *fistule intestinale* et *anus contre nature* » se définissent d'eux-mêmes. C'est la même lésion à un degré différent: on conçoit qu'on ne saurait dire exactement où commence la fistule intestinale, et où finit l'anus contre nature. Remarquons que ce n'est pas l'étroitesse de l'orifice qui fait la distinction, car on voit des trajets relativement étroits livrer passage à la plus grande partie du contenu intestinal et mériter le nom d'anus contre nature, alors que des orifices notablement plus grands ne laissent s'échapper que des gaz et une faible quantité de matières. Si donc on s'en tient à la définition classique de l'anus contre nature, il faut bien remarquer que c'est la fonction de l'orifice anormal qui est capitale, et non point sa dimension. Telle lésion qui est anatomiquement une fistule stercorale, peut être au point de vue fonctionnel un anus contre nature, et inversement. — On dit en somme qu'il y a *fistule intestinale*, quand un orifice anormal — quelles que soient ses dimensions — laisse s'échapper hors des voies naturelles une petite quantité des matières et des gaz intestinaux. Dans l'*anus contre nature*, au contraire, il y a issue, par la voie anormale, de la presque totalité des matières fécales.

On peut donc employer indifféremment les deux termes. Il est d'usage de faire une distinction entre l'anus contre nature et l'*anus artificiel*. Ce dernier terme s'applique en effet beaucoup mieux aux anus anormaux que le chirurgien crée de parti pris pour détourner le cours des matières dans un but thérapeutique. On pratique un anus artificiel; tandis que l'anus contre nature apparaît spontanément. Cette distinction a sa raison d'être, car la constitution anatomique de l'anus artificiel est toujours la même au gré du chirurgien, tandis que l'anatomie pathologique de l'anus contre nature varie à l'infini, suivant les causes qui lui ont donné naissance.

On peut en dire autant des fistules intestinales et des fistules pyo-

stercorales. La fistule intestinale est, comme l'anus artificiel, une fistule que le chirurgien crée à son gré, pour ouvrir par exemple un segment intestinal exclu (Voy. plus loin): elle est uniforme dans sa constitution anatomique. La fistule pyo-stercorale au contraire est caractérisée par l'irrégularité et l'imprévu de sa complexion. L'intestin est ouvert et son contenu passe, au moins partiellement, par un orifice cutané: telle est la seule constante qu'on observe dans les fistules stercorales. Mais on peut dire que les variétés de configuration sont innombrables. La caractéristique c'est qu'il y a entre l'orifice intestinal et l'orifice cutané un trajet ou une poche intermédiaire où s'accumulent plus ou moins le pus et les liquides digestifs.

Pour ces divers états anatomiques il y a un élément commun et toujours primordial: la perforation viscérale. On répète bien dans les classiques que la poche purulente domine tout dans la fistule stercopurulente; mais il est clair qu'on ne fermera jamais cette poche si l'orifice intestinal n'est pas oblitéré; et si au contraire l'intestin n'est plus en communication avec l'extérieur, la cure de la fistule purulente ne diffère plus de celle d'un abcès quelconque.

Pathogénie et anatomie pathologique. — L'anus contre nature proprement dit est moins communément observé actuellement. Cela tient à ce que la principale étiologie de l'anus contre nature est la hernie étranglée sphacélée (Voy. t. VII, p. 582 et suiv.). Comme la kélotomie est pratiquée sans la moindre hésitation dès le début des accidents de l'étranglement, on n'a plus que très rarement l'occasion d'observer la gangrène herniaire. De plus, lorsqu'on rencontre au cours de la kélotomie une anse intestinale sphacélée, on ne fait qu'exceptionnellement l'anus simple: pour peu que l'état général et l'âge du sujet le permettent, on pratique la résection des parties malades et l'entérorraphie; et si les lésions ne sont pas trop étendues, on se borne à invaginer les parties malades dans le bout inférieur: j'ai montré (1) qu'on pouvait ainsi obtenir des cures remarquables sans ouvrir l'intestin, même quand les lésions occupent une surface très étendue.

Grâce à tous les progrès accomplis dans cette voie, grâce à l'habitude acquise de la chirurgie intestinale, de l'entérectomie et de l'entérorraphie, grâce enfin à la pratique précoce de la kélotomie et surtout à l'abandon général du taxis brutal et prolongé, on ne rencontre pour ainsi dire plus d'anus contre nature, suite de hernie étranglée.

Par contre, les fistules pyo-stercorales sont de beaucoup plus fréquentes qu'autrefois, en raison même de l'essor moderne de la chirurgie abdominale; en raison surtout des opérations qu'on pratique si communément aujourd'hui sur l'appendice iléo-cæcal.

Pour classer les causes des anus contre nature et des fistules stercorales,

(1) Voir la thèse de mon élève GROLL, Traitement des hernies gangrénées, par l'invagination partielle et totale de l'intestin. Paris, 1895.

purulentes, disons que les unes sont *traumatiques*, et les autres *pathologiques* ou *spontanées*.

1° Causes traumatiques. — Parmi les causes traumatiques il faut classer à part celles qu'on peut appeler chirurgicales ou opératoires: ce sont des fistules qu'on voit survenir à la suite des grandes opérations abdominales, lorsqu'on a dû, pour enlever des annexes suppurées ou des tumeurs de l'utérus et des ovaires, détacher des adhérences solides de l'intestin: si on n'a pas eu le soin de suturer minutieusement tous les points où la séreuse viscérale a été enlevée, on voit les jours suivants, lorsqu'on enlève le drain ou le tamponnement à la Mikulicz, que les matières intestinales et les gaz sortent par la plaie. Pareil accident se présente après certaines prosphysectomies à froid particulièrement laborieuses, au cours desquelles on a dû disséquer et pour ainsi dire sculpter avec les ciseaux, l'appendice cæcal fusionné d'ancienne date avec le cæcum ou l'iléon. Il est vrai qu'on aura d'autant moins à redouter ce grave incident, qu'on sera intervenu plus tôt après une première crise d'appendicite, et qu'on n'aura pas laissé s'établir des adhérences aussi solides. Pour toutes ces dissections d'adhérences, il vaut mieux se servir des ciseaux et du bistouri, que de déchirer ou d'essayer de trouver « des plans de clivage » comme on est souvent tenté de le faire: il est en effet très aisé d'arracher, sans y prendre garde, la séreuse et la musculuse, et de ne laisser que la muqueuse sur une étendue plus ou moins considérable. Cette muqueuse ne tarde pas à se sphacéler, ce qui constitue la fistule les jours suivants.

Un second ordre d'opérations abdominales expose aux fistules intestinales. Ce sont les interventions portant directement sur le tube digestif. Ce sont les entérectomies, les entérorraphies, les anastomoses intestinales, les exclusions intestinales de toutes les sortes. Il suffit qu'un point de suture vienne à couper et à s'infecter, pour que la fistule soit constituée si des adhérences salutaires protègent la grande cavité péritonéale et s'opposent à l'infection générale suraiguë de la séreuse.

En dehors de ces causes chirurgicales ou opératoires, il y a les causes traumatiques proprement dites. Toutes les plaies et toutes les contusions de l'intestin peuvent s'accompagner de fistules, que l'intestin soit hernié ou non. Il suffit pour cela qu'il y ait des adhérences protectrices qui limitent l'infection autour de l'orifice viscéral. D'un côté, nous plaçons donc les plaies par balles de revolver, par coup de couteau ou de stylet, etc., et de l'autre les plaques de sphacèle qui accompagnent les contusions abdominales par coup de pied de cheval, coup de timon, etc... (Voy. vol. VII, p. 365). Dans ce dernier cas, les adhérences se font lentement, pendant que le sphacèle se produit, et lorsque la perforation s'établit, la protection est efficace: on a alors un abcès stercoral qui s'ouvre ou que le chirurgien ouvre à l'extérieur, établissant ainsi une fistule pyo-stercorale.

2° **Causes pathologiques ou spontanées.** — La *hernie étranglée* gangrenée offre le type de l'anus contre nature spontané. C'est même par la production naturelle de cet anus que certaines hernies étranglées abandonnées à elles-mêmes ont pu guérir; il se fait au niveau de l'anse sphacélée un phlegmon stercoral qui s'ouvre ou qu'on ouvre comme un abcès, et l'anus, ou même parfois une fistule pyo-stercorale, est constitué. Tous les chirurgiens ont même vu ces anus contre nature, parus spontanément, guérir de même sans intervention. Pour être rares, ces faits n'en existent pas moins, et pour ma part j'ai vu, en 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, une hernie inguinale étranglée guérir ainsi d'elle-même sans que la chirurgie soit intervenue à un moment quelconque de l'évolution du mal.

Cette cure spontanée doit être considérée comme une curiosité pathologique. On sait très bien, depuis les beaux travaux de Scarpa, que les anus d'origine spontanée ou pathologique guérissent d'eux-mêmes plus facilement que tous les autres. Il n'en est pas de même lorsque c'est une fistule pyo-stercorale qui a, par exception, succédé à la gangrène herniaire, et cela se comprend de soi-même.

En dehors des hernies, il faut citer toutes les ulcérations intestinales. En première ligne, plaçons le *cancer de l'intestin*. Les parois intestinales se modifient en amont et au niveau de la lésion qui est toujours plus ou moins sténosante, et l'infection du péritoine se fait lentement autour du mal. Des adhérences limitent cette infection, et on voit en clinique survenir un empatement, un gâteau constitué par un abcès d'origine intestinale. Cet abcès, qui primitivement dans certains cas ne communique pas avec le canal digestif, finit par s'ouvrir dans l'intestin, et le pus est évacué par le rectum; le plus souvent on porte le bistouri au centre du gâteau, et après avoir traversé un magma d'adhérences on arrive dans la cavité purulente qui contient des gaz et un liquide infect. La présence des gaz n'indique pas à coup sûr que la perforation intestinale existe au fond de la poche; mais souvent cette perforation est imminente, et lorsqu'elle se produit la fistule pyo-stercorale est constituée. Un processus tout semblable au précédent peut conduire au même résultat, qu'il s'agisse d'ulcérations tuberculeuses ou même typhiques. Enfin, c'est surtout pour les abcès d'origine appendiculaire qu'on peut observer la formation de fistules pyo-stercorales (Voy. vol. VII, p. 518).

Comme on le voit, je ne parle pas ici des communications qui se font entre l'intestin et une cavité naturelle — la vessie, l'utérus, le vagin. Pour ces fistules anales qui parfois remontent très haut et donnent issue à des matières, à du pus et à des gaz, il y a une thérapeutique qui a été exposée dans ce volume par M. Pierre Delbet (t. VIII, p. 489). On ne saurait confondre ces fistules anales avec les fistules pyostercorales proprement dites.

Mentionnons encore les corps étrangers de l'intestin, les épingles,

les os, les vers intestinaux, et tout ce qui peut offenser la paroi du viscère, et donner naissance à une infection localisée péri-intestinale. (Voy. tome VII, p. 427).

J'ai dans mon service d'Ivry un enfant de cinq ans, à qui j'ai ouvert un abcès péri-intestinal, dans lequel j'ai trouvé une arête de sole; il lui reste une fistule stercorale. Les accidents dataient de trois ans.

Enfin il me reste à parler des abcès dont l'origine n'est pas intestinale et qui s'ouvrent secondairement dans l'intestin: tels les abcès périnéphrétiques, certains abcès de la fosse iliaque, certaines suppurations d'origine pancréatique ou hépatique, etc.

La seule condition commune à tous les anus contre nature et à toutes les fistules pyo-stercorales, c'est qu'il se soit formé, avant que la perforation viscérale existe, des adhérences solides et protectrices qui limitent l'infection et s'opposent à l'infection péritonéale généralisée. Ajoutons, pour mémoire, que chez le nouveau-né, on a pu parfois lier avec le cordon ombilical un diverticule de l'intestin, ce qui donne naissance à une fistule ombilicale de l'intestin.

On ne s'étonnera pas des résultats statistiques publiés par Blin (1) et par Vaucher (2), relativement à leur siège: sur 72 fistules, il y en a 40 dans la fosse iliaque droite, et 7 à la région ombilicale. La prédominance à droite, c'est-à-dire dans la région appendiculaire, est donc bien nettement établie.

Au point de vue anatomo-pathologique il faut étudier: 1° l'*orifice cutané*; 2° l'*orifice intestinal*; 3° le *trajet intermédiaire*.

1° **ORIFICE CUTANÉ.** — Qu'il siège dans une région herniaire, à l'ombilic ou dans la fosse iliaque, l'orifice cutané est en général unique.

Par exception on a vu, dans un cas cité par Dupuytren, chaque bout de l'intestin s'ouvrir isolément à la peau; il y avait là deux orifices cutanés. En général, l'ouverture cutanée, plus ou moins large, se trouve entourée d'une zone cicatricielle excoriée, crevassée, rouge, épaissie et indurée. Cette zone va en se déprimant jusqu'à l'orifice intestinal qui est sur un plan postérieur, ce qui constitue une sorte d'*entonnoir cicatriciel*, suivant l'expression de Foucher (infundibulum cicatriciel).

D'ordinaire, la muqueuse intestinale, rouge et un peu œdématiée, fait saillie à l'extérieur et vient combler cet infundibulum.

2° **ORIFICE INTESTINAL.** — Pour les fistules pyo-stercorales, il est des plus variables. Au fond de la poche purulente, ou plutôt sur une de ses parois, on trouve une, deux ou plusieurs perforations intestinales. En additionnant les statistiques de Vaucher et de Blin, on voit que

(1) BLIN, Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la paroi abdominale, et indépendantes des hernies. Thèse de Paris, 1879.

(2) VAUCHER, Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. Thèse de Paris, 1889.

sur 18 cas sept fois il y avait deux ou plusieurs orifices. Mais quand il y a plusieurs perforations, une seule en général laisse passer les matières : les autres sont des fistulettes. La forme et les dimensions de cet orifice sont très variables et échappent à toute description. La muqueuse intestinale boursoufflée fait un peu hernie dans la cavité purulente, et forme parfois comme une sorte de valvule qui oblitère partiellement la communication avec l'intestin. Cette sorte de soupape peut rendre l'émission des matières intermittente, et il n'est pas rare de croire dans ces cas-là que l'orifice est bouché et que la fistule va guérir, alors qu'à la moindre crise de diarrhée l'écoulement des matières reprend de plus belle.

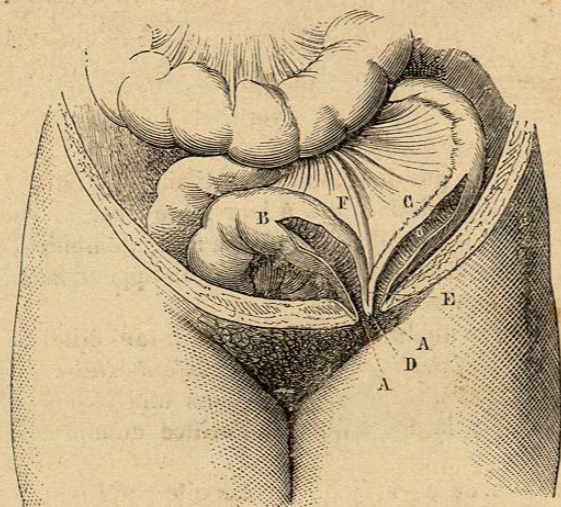


Fig. 56. — Anus contre nature ouvert et tendu dans la direction de l'axe des deux bouts de l'intestin. — AA, entrée de l'anus contre nature et point d'union de la membrane muqueuse avec la peau; — B, bout supérieur de l'intestin; — C, bout inférieur de l'intestin; — D, éperon formé par la réunion des parois des deux intestins; — E, parois adossées des intestins; — F, corde ou ligament formé par le mésentère (DUPUYTREN).

C'est bien entendu presque toujours sur le gros intestin que siège la fistule, et pour spécifier encore plus, c'est presque toujours sur le cæcum (22 fois sur 38 cas, d'après Blin).

Pour l'anus contre nature, il faut étudier à part deux variétés. Dans la première, l'intestin est accolé tangentiellement à la paroi abdominale, et les matières continuent à passer en partie du bout supérieur dans l'inférieur. Dans la seconde, au contraire, l'anse malade est coudée, les deux bouts sont adossés l'un à l'autre comme les deux canons d'un fusil à deux coups, et il y a entre ces deux bouts une cloison formée par l'adossement des parois intestinales. Cette cloison, qui peut être plus ou moins prononcée suivant le

degré de coudure de l'anse malade est ce qu'on appelle avec Desault et Dupuytren : l'ÉPERON.

Cet éperon (fig. 56, D,) que Scarpa appelait aussi : « le Promontoire », domine toute l'histoire anatomique, clinique et thérapeutique de l'anus contre nature : aussi peut-on diviser les anus contre nature en : 1° *anus contre nature sans éperon*; 2° *anus contre nature avec éperon*. Dans le premier le débit de l'orifice cutané est moindre, puisque rien ne s'oppose au passage des matières dans le bout inférieur. Dans l'autre, au contraire, l'éperon, qui augmente d'étendue et de saillie incessamment, est refoulé par les matières venues du bout supérieur, et s'applique, comme un clapet plus ou moins suffisant, sur le bout inférieur qu'il oblitère. On voit déjà quelle différence énorme il doit y avoir en clinique entre cet anus avec éperon et celui dans lequel l'intestin faisant un arc de cercle à grand rayon est accolé tangentiellement à la paroi abdominale, les deux bouts se trouvant alors sur le prolongement l'un de l'autre.

Il n'est malheureusement pas rare de voir l'anus sans éperon se transformer progressivement en anus avec éperon ; on assiste à la production de l'éperon qui devient de plus en plus marqué : si bien qu'entre l'anus sans éperon et l'anus avec un éperon oblitérant en totalité l'orifice du bout inférieur, on peut trouver tous les intermédiaires. En général, ce promontoire a 8 ou 10 centimètres et plus. On le sent avec le doigt comme une cloison épaisse tendue entre les deux bouts intestinaux. Dans le sinus formé du côté du ventre par l'adossement des deux cylindres, il peut s'engager une anse intestinale voisine, mais c'est en somme exceptionnel : il suffit d'y penser. Ce qui est plus ordinaire c'est de voir un épaississement du mésentère, que Dupuytren a appelé « la corde mésentérique » (fig. 56, F).

Cette corde joue un rôle physiologique important, en ce sens qu'elle est le principal agent de la cure spontanée de l'anus contre nature. C'est elle qui en se rétractant attire l'éperon en arrière et peut arriver à diminuer sa saillie au point de laisser le cours des matières se rétablir. Cet effacement de l'éperon par l'induration et la rétraction du segment de mésentère attaché à l'anse malade est à lui seul capable d'amener la guérison, car à lui seul il arrive à laisser les matières passer dans le bout inférieur, et c'est à cette condition seulement que l'orifice cutané peut se rétrécir peu à peu.

Dans les anus avec éperon, le bout supérieur est dilaté et ses parois sont plus épaisses : les fibres musculaires de la paroi intestinale sont hypertrophiées. Quand, au contraire, on met le doigt dans le bout inférieur, on sent que les parois sont comme sclérosées, inextensibles, indilatables. Le bout inférieur s'est en somme rétréci par défaut de fonctionnement.

Dans un cas cité par Bégin, « la partie inférieure de l'intestin était

complètement oblitérée ». J'ai moi-même publié une observation dans laquelle une véritable cicatrice oblitérait totalement le bout inférieur qui restait dilatable plus loin.

3° TRAJET INTERMÉDIAIRE. — C'est dans la longueur et la constitution de ce trajet que consiste la différence entre l'anüs contre nature, la fistule intestinale et la fistule pyo-stercorale. Le plus souvent, dans l'anüs simple, il n'a que l'épaisseur de la paroi abdominale, et même dans certaines fistules intestinales la muqueuse de l'intestin, d'un rose rouge, vient se continuer directement avec la peau blanche de l'orifice cutané, comme la muqueuse du vestibule de la bouche avec la peau des lèvres, d'où le nom de « *fistules labiées* », que leur a donné Roser. Plus souvent on a d'abord, en allant de la peau à la profondeur, ce que nous avons décrit plus haut sous le nom de *entonnoir cicatriciel*, puis une région intermédiaire, intra-pariétale, tapissée d'un revêtement muqueux pour les uns et cicatriciel pour les autres, et que Scarpa a appelé l'*entonnoir membraneux*, c'est le véritable *infundibulum* de Dupuytren qui aboutit à l'orifice intestinal.

Cet *infundibulum* ou trajet intermédiaire peut être perpendiculaire à la surface de la peau, ou oblique sous la paroi abdominale. Il peut être fort irrégulier, mais dans ce cas-là c'est un premier degré d'acheminement vers la fistule pyo-stercorale.

Voyons les étapes à franchir pour aller de la fistule simple à la fistule pyo-stercorale complète. J'ai déjà parlé de la *fistule labiée* dans laquelle la muqueuse intestinale vient se fusionner au dehors avec la peau. S'il y a entre la muqueuse de l'intestin et la peau, un conduit plus ou moins long et régulier tapissé par un tissu bourgeonnant ou cicatriciel, on a une « *fistule tubulaire* ». Enfin si ce goulot conduit dans une poche purulente irrégulière, au fond de laquelle s'ouvre l'intestin, la fistule pyo-stercorale est constituée.

La configuration de cette poche intermédiaire échappe à toute description; le plus souvent elle est beaucoup moins étendue qu'on ne le croirait, mais elle présente souvent des diverticules qui forment comme des fusées dont il est impossible de prévoir la direction et la profondeur. La surface de cette poche est tomenteuse, suppurante, et présente des épaissemens et des indurations dus aux adhérences des organes du voisinage. Quant au contenu, c'est du pus infect, avec des corps étrangers intestinaux, des pépins de raisins, des peaux de pruneaux, et tous les résidus possibles de la digestion. Certains de ces abcès peuvent contenir un litre de pus, si le goulot intra-pariétal est insuffisant pour un écoulement facile du contenu.

Symptômes et diagnostic. — Ce chapitre n'a pas besoin de beaucoup de développement: le diagnostic en particulier est d'ordinaire de toute évidence. Cependant pour certaines fistules pyo-stercorales on peut se demander parfois si la communication de l'intestin avec l'abcès existe, ou s'il ne s'agit pas d'un abcès simple, d'origine

osseuse, néphrétique, pancréatique ou autre. Il faudra pour s'édifier rechercher soigneusement, dans le pus, les débris d'aliments ou de médicaments ingérés, les pépins de raisins ou d'autres fruits, les fragments pierreux de certaines poires, des graines de moutarde ou de lin ou des poudres comme le sous-nitrate de bismuth et le charbon. Pour les anus contre nature, l'écoulement des matières et des gaz est la caractéristique, et la différence est grande suivant qu'il s'agit de l'anüs avec ou sans éperon. Le tout est de savoir s'il passe encore des matières dans le bout inférieur. Si l'éperon est suffisant, il ne se présente par les voies naturelles que des mucosités, « des glaires »; dans le cas contraire, les matières passent partiellement par un anus et par l'autre. Dans les anus dont le trajet intermédiaire n'est pas régulier, les matières peuvent s'accumuler et engorger l'*infundibulum*. De même pour les fistules tubulaires et surtout pour les fistules pyo-stercorales, on peut voir l'écoulement s'arrêter momentanément; c'est alors que surviennent des accidents de rétention, des accès fébriles, des frissons, dus à des résorptions locales.

Ce qui est plus intéressant et surtout capital pour la clinique, c'est le siège de l'anüs sur l'intestin. Il faut bien savoir que l'anüs siègeant sur l'S iliaque ou sur le côlon descendant est le seul qui donne des selles moulées, des selles solides, parce que les matières intestinales arrivant *toujours* à l'état liquide au niveau du cæcum, c'est dans l'ampoule cæcale et dans la traversée du côlon qu'elles deviennent solides. Toute ouverture anormale de l'intestin grêle ou du cæcum ne peut donc donner issue qu'à des matières liquides. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il y a un avantage précieux, lorsqu'on pratique de propos délibéré un anus artificiel, à faire porter son incision sur l'S iliaque plutôt que sur tout autre segment de l'intestin.

En dehors de l'inconvénient des selles constamment diarrhéiques, le siège sur l'intestin grêle présente une autre particularité, vitale celle-là, quand il porte sur un segment du jéjunum très rapproché du pylore. En pareil cas, ce n'est plus à vrai dire un anus contre nature; c'est une *bouche contre nature*, une jéjunostomie. C'est en effet par le bout inférieur qu'il faut faire passer les aliments ingérés, si l'on veut empêcher le malade de succomber à l'inanition. Les substances introduites par la bouche dans l'estomac se présentent immédiatement à l'orifice cutané anormal qui laisse aussi la bile et les sucs gastriques et pancréatiques s'écouler incessamment: toute ou presque toute la surface absorbante du tube digestif se trouvant au-dessous de la lésion, il ne saurait y avoir de nutrition possible que si les aliments arrivent sur cette surface absorbante, c'est-à-dire dans le jéjunum et l'iléon. Chez une de mes malades (1) dont j'ai rapporté l'histoire, un anus contre nature consécutif à la gangrène d'une hernie crurale

(1) Aimé GUINARD, *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 16 nov. 1898, p. 1003.

gauche étranglée, siégeait si près du duodénum que la bile sortait constamment à l'état naturel. Malgré les injections de sérum et de caféine la malade dépérissait à vue d'œil. Elle aurait succombé rapidement à l'inanition, si nous n'étions arrivé, avec notre excellent interne M. Pissavy, à la nourrir par des injections alimentaires dans le bout inférieur. Je dirai, en parlant du traitement, quelles précautions on doit prendre pour faire pénétrer les liquides dans l'intestin par une bouche jéjunale. Mais ces faits, qu'il faut connaître, sont en somme exceptionnels.

Le plus souvent, c'est le résidu de la digestion qui s'écoule par l'anus contre nature; et, sauf lorsque l'éperon est très saillant, ou lorsqu'il y a un véritable rétrécissement cicatriciel au niveau de l'orifice du bout inférieur, on voit les matières être expulsées en plus ou moins grande partie par les voies naturelles. Les fonctions ne se font pas sans qu'il y ait quelques douleurs abdominales, quelques coliques et parfois des vomissements. Lorsqu'il s'agit de fistules pyo-stercorales, on voit survenir une sorte de cachexie, comme chez les sujets qui souffrent d'une suppuration prolongée.

Comment se comportent ces différentes affections? Sous l'influence des tractions de la corde mésentérique sur l'éperon, on peut voir ce promontoire rentrer peu à peu, ce qui permet aux matières de passer dans le bout inférieur; et parfois sans adjuvant aucun, l'orifice cutané se rétrécit peu à peu: l'anus devient fistule, et la fistule finit même par s'oblitérer complètement. Mais tout cela ne va pas sans incidents et sans complications. Je citerai deux accidents observés fréquemment: 1° l'engorgement de l'infundibulum; 2° le prolapsus de l'intestin.

J'ai déjà parlé du premier, et je n'y reviens pas. Mais pour le prolapsus intestinal, il est parfois considérable: j'ai vu l'intestin prolapsé atteindre une longueur de 40 centimètres. Chose à noter et assez difficile à expliquer, le bout inférieur lui-même fait hernie au dehors; mais d'ordinaire c'est par l'orifice du bout supérieur que se fait le prolapsus. En général, c'est une simple hernie de la muqueuse qui ne tarde pas à devenir œdémateuse, congestionnée, violacée. Dès qu'on y touche on voit des mouvements vermiculaires se dessiner sur la portion prolapsée. Il faut pour la réduire la comprimer assez fortement pour l'exprimer comme une éponge en chassant le liquide de l'œdème dans la profondeur: on arrive toujours facilement avec de la persévérance à refouler l'anse herniée dans l'orifice supérieur. Néanmoins, lorsque cet accident se renouvelle, on peut dire qu'il n'y a aucun espoir de guérison spontanée; l'orifice cutané est vaste, l'éperon est très marqué et l'orifice intestinal est considérable: ce sont là les trois conditions les plus défavorables à la cure naturelle. Malheureusement ce sont les conditions le plus souvent observées en pratique, et je pense que Gœtz est plus près de

la vérité (1) avec son chiffre de 11,63 guérisons spontanées p. 100, que Delplanque avec ses 46,28 p. 100.

Signalons pour mention les accidents locaux qu'on peut voir survenir, les érythèmes, les érysipèles qui étaient si fréquents jadis, les excoriations, les lymphangites, les suppurations de la paroi au voisinage de l'ouverture accidentelle. Ce ne sont que les soins minutieux de tous les instants qui permettent de réduire au minimum de gravité et de fréquence ces diverses complications, dans une certaine mesure inévitables.

Traitement. — La guérison spontanée est rare, mais elle est possible: cela suffit à démontrer qu'avant d'entreprendre la cure chirurgicale, toujours longue et périlleuse, on doit attendre pour s'assurer qu'il n'y a pas à compter sur les ressources de la nature. « On ne doit rien tenter de chirurgical avant deux mois », disait Gosselin. Il est bien difficile de donner un chiffre limité: ce n'est pas le temps qui importe, c'est l'étude attentive et avisée des modifications de l'état local: si on voit que les parties conservent l'aspect primitif, il n'y a qu'à attendre le retour des forces et l'amélioration de l'état général pour intervenir. Si au contraire on observe des modifications favorables, si la fistule se rétrécit, si l'orifice cutané est petit, s'il y a un éperon effacé ou s'il n'y a pas d'éperon, il est sage de ne pas prendre hâtivement le bistouri. Dans ces cas-là il est bon d'aider la nature en refoulant l'éperon avec des mèches, en constipant le malade, en comprimant doucement l'orifice cutané avec un bon tampon de coton, etc. En moyenne, dit Gœtz, la guérison survient en trois mois, quand elle arrive. Quand six mois se sont écoulés on peut être assuré que la lésion est définitivement constituée et il n'y a qu'à intervenir immédiatement. D'ailleurs Dupuytren avait déjà indiqué trois mois comme limite.

Si la fistule ou l'anus siège très haut près du duodénum, on nourrira le malade par le bout inférieur pour le mettre en état de supporter l'opération. C'est ce que j'ai fait avec M. Pissavy pour la malade dont je parle plus haut. On croirait *a priori* qu'il suffit alors d'introduire l'embout d'une seringue dans l'orifice du bout inférieur, et qu'on pourra injecter des liquides nutritifs en grande quantité. Il n'en est rien. A peine en pénètre-t-il trente grammes: le liquide ressort dès qu'on force avec le piston de la seringue. M. Pissavy n'arriva à nourrir sa malade qu'en s'acharnant plusieurs fois par jour à faire très lentement les injections. Lorsque le liquide revient, on s'arrêtera en tamponnant l'orifice, pour recommencer plusieurs fois la même manœuvre.

Nous avions pensé au début que les difficultés que nous éprouvions à faire pénétrer le lait étaient dues à des mouvements antipéris-

(1) GÖTZ, Étude sur les divers modes de traitement de l'anus contre nature, thèse de Paris, 1890.