

par un *sillon circulaire* dessiné à la surface de l'intestin et profondément déprimé, c'est le *contour de la portion serrée*; il est noirâtre, infiltré de sang (Gosselin), plus accentué sur le bord convexe de l'intestin qu'au niveau de l'insertion mésentérique.

Ce sillon persiste après la réduction. — Il devient le siège, lorsque l'étranglement persiste, de lésions importantes bien étudiées par Nicaise : la paroi intestinale s'amincit progressivement, *s'ulcère de dedans en dehors* presque toujours; c'est ainsi que la muqueuse disparaît la première, puis la tunique musculuse. Pendant un certain temps la séreuse seule subsiste. L'ulcération est le plus souvent unique; elle débute par l'endroit où l'étranglement appuyait le plus pour s'étendre circulairement en suivant le contour de la portion serrée. — Cloquet, Huguier, Motte, ont vu les lésions débiter par la face externe; mais il s'agit là de faits absolument exceptionnels.

Il suffit alors du moindre effort, de la plus petite pression pour déterminer des *perforations intestinales*, par lesquelles s'écoulent gaz et matières : tantôt les perforations sont pour ainsi dire microscopiques, elles échappent à l'opérateur; d'autres fois elles sont plus considérables, et laissent écouler dans l'intérieur du sac un liquide épais, muqueux, trouble, jaune brun, à odeur fortement intestinale.

Il peut également se former dans les parois de l'intestin étranglé de petits *abcès*, et il n'est pas impossible que ces petits abcès, en s'ouvrant, laissent à leur suite une perforation.

Dans certains cas, la *gangrène de l'intestin* est la conséquence de la constriction exagérée qu'il subit. — On voit alors apparaître à la surface de l'anse herniée des taches grisâtres présentant souvent une *teinte feuille morte*, parfois ardoisée; taches rapidement confluentes, au niveau desquelles la paroi intestinale est devenue extrêmement friable.

Plus la hernie est petite, plus l'étranglement est serré, plus rapide également est l'apparition de la gangrène et de la perforation.

Le contenu de l'anse intestinale étranglée est constitué par un liquide muqueux, coloré en rouge ou noirâtre, renfermant parfois des caillots et rarement mélangé à des matières intestinales. Ce liquide est dû à une exsudation produite à la surface de la muqueuse intestinale.

De l'évolution de ces lésions et de leur durée on ne peut rien dire, sinon qu'elles sont plus rapides lorsqu'il n'y a pas d'épiploon avec l'intestin, et plus rapides encore lorsqu'il n'y a qu'un pincement latéral; la continuité de l'afflux sanguin par les vaisseaux mésentériques pendant un certain temps dans les hernies avec anse complète nous donne l'explication de cette particularité.

Dans l'entéro-épiplocèle, les *lésions de l'épiploon* sont à peu près les mêmes que celles du sac; il y a de l'œdème, de l'infiltration, des extravasations sanguines; mais l'épiploon joue un rôle protecteur important vis-à-vis de l'intestin dont il retarde les lésions.

Le *mésentère* est aussi gonflé, ecchymosé, phénomène qui n'étonne point, lorsqu'on connaît le rôle considérable qu'il joue dans l'étranglement.

On conçoit d'ailleurs que les lésions ne restent pas toujours limitées au sac, qu'elles s'étendent à la cavité abdominale, par défaut, insuffisance d'adhérences au niveau du collet; les lésions observées en pareil cas sont celles de la péritonite partielle ou généralisée, par propagation ou par perforation.

Enfin nous avons déjà mentionné les congestions pulmonaires et les hémiplegies curieuses signalées dans le cours de l'étranglement herniaire.

Pronostic. — L'étude des lésions, le tableau clinique, la marche de l'affection, montrent bien toute la gravité de l'étranglement herniaire et la nécessité d'une intervention immédiate; si dans quelques cas exceptionnels la guérison spontanée est survenue, il n'y a pas à en tenir compte au point de vue de l'appréciation générale du pronostic.

Traitement. — Le traitement dépend beaucoup de l'époque à laquelle on est appelé et de l'intensité des accidents; mais on doit bien savoir que des accidents graves ne dénotent pas constamment un étranglement serré et réciproquement; il faut donc toujours supposer le cas le plus sérieux et intervenir rapidement : or il n'y a que deux méthodes réelles de traitement : le *taxis* et la *kélotomie*.

Sans doute on peut encore rappeler quelques moyens médicaux : application de sangsues dans quelques cas pour diminuer la douleur, bains, narcotiques, strychnine et café, applications topiques de glace, lavements avec une infusion de tabac de 5 à 20 ou 30 grammes par demi-litre; enfin purgatifs donnés plutôt comme moyen d'exploration

et dans les cas douteux : de préférence, jalap et scammonée, de chaque, 50 à 40 centigrammes. — Mais tous ces moyens ne doivent être employés que tout à fait au début, et encore vaut-il mieux ne pas y perdre son temps.

Il faut à tout prix *lever l'étranglement*. Les manœuvres externes pratiquées dans ce but constituent le *taxis*. — Si le *taxis* ne suffit pas, il faut recourir à une opération sanglante : la *kélotomie*.

Taxis. — Les règles du *taxis* n'ont été bien posées pour chaque espèce de hernie que par Amussat, Lisfranc, et plus récemment par Gosselin; sans méconnaître les résultats obtenus, avant toute description, nous insisterons, avec la plupart des chirurgiens modernes, sur la nécessité qu'il y a à ne jamais dépasser, mieux encore à ne pas atteindre les limites extrêmes posées par ces maîtres à une époque où l'ouverture du sac présentait des dangers beaucoup plus grands que de nos jours.

Le *taxis* sera fait au début sans chloroforme, la paroi abdominale bien mise dans le relâchement; s'il ne réussit pas, il faut recourir immédiatement à l'anesthésie, et pousser celle-ci jusqu'à la résolution complète.

Tous les préparatifs étant faits pour procéder, en cas d'insuccès, à l'opération immédiate, région rasée, lavée antiseptiquement, le chirurgien, placé de préférence à droite du malade, embrasse avec les doigts de la main gauche le pédicule de la hernie, l'attire légèrement à lui, puis, saisissant la hernie avec la main droite, il cherche, par une pression graduée, à la refouler vers son pédicule.

Ces tentatives seront répétées avec douceur, mais non sans force, pendant dix à quinze minutes environ; on pourra, avec Richter, Morand, Leasure, essayer le *taxis* dans des positions diverses du malade.

Bientôt, si l'opération est suivie de succès, on sent la hernie rentrer avec ou sans gargouillement; on perçoit une résistance vaincue; la tumeur disparaît brusquement, ou du moins elle devient plus molle pour rentrer ensuite progressivement.

Il faut s'éloigner de plus en plus des manœuvres violentes. Tout ce qui est *taxis forcé* mérite d'être abandonné; il faut renoncer aussi à des manœuvres longues, au *taxis prolongé* jusqu'à soixante minutes (Amussat, Lisfranc), au concours de *plusieurs mains*. L'action utile et adjuvante d'une bande de caoutchouc (Maisonneuve), d'un sac de

plomb (Lannelongue, Colson, Bourgeois) ne convient guère qu'à un petit nombre de grosses hernies.

On a encore essayé de favoriser le *taxis* par l'électropuncture, les injections forcées, l'attraction de l'intestin à l'aide soit de la main introduite par le rectum (Simon, d'Heidelberg), soit de canules recourbées (Roussel, de Genève); on a pratiqué depuis bien longtemps (Mérat, A. Paré, Van Swieten) la *ponction capillaire de l'intestin* en cas de tension gazeuse extrême. — Tous ces moyens sont dangereux ou peu utiles.

Persistance des accidents après la réduction par le taxis. — Le *taxis* a réduit l'intestin; l'étranglement n'existe plus; la guérison est obtenue du même coup la plupart du temps. Il peut arriver pourtant que les accidents persistent après cette réduction.

Les diverses causes de cette persistance sont ainsi groupées dans le *Traité de pathologie externe* de Duplay :

1° Réduction d'un intestin perforé, d'où péritonite suraiguë.

2° *Fausses réductions*. — a. *Réductions incomplètes ou partielles* : on a levé un seul agent d'étranglement; il en reste un autre, par exemple un deuxième collet dans un sac à collets multiples. — b. *Réduction en masse* : Une hernie petite, dont les anneaux sont larges, et le sac peu adhérent aux parties voisines, peut être refoulée avec ce sac lui-même dans l'abdomen, surtout lorsque les pressions du *taxis* ont porté sur le fond du sac.

3° Réduction dans un sac intérieur préexistant, généralement placé sous le péritoine (hernie propéritonéale) et communiquant avec la cavité péritonéale par un orifice commun avec le sac extérieur; — Réduction dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à travers une déchirure du sac herniaire. (Farabeuf, *Soc. chir.*, 1877.)

4° Réduction avec l'agent de l'étranglement : bride épiploïde (Louis, Lapeyronie), ou l'anneau du sac détaché circulairement. (Laugier, Richet.)

5° Réduction complète, mais évolution continue des lésions intestinales : torsion, coudures, paralysie de l'intestin. (Henrot.)

6° Coexistence d'une autre hernie étranglée ou d'un étranglement interne concomitant.

Malgré ces accidents, dont la plupart sont très rares, le *taxis* est une excellente opération; il doit être tenté au début dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures avant de passer à l'opération.

On y aura encore recours à une période plus avancée si la hernie est volumineuse, l'étranglement étant dans ce cas généralement moins rapide et l'opération plus dangereuse.

Il devra être fait avec modération, et, à moins de contre-indication, l'anesthésie chloroformique nous semble une condition fort avantageuse pour le relâchement des muscles et des aponévroses d'insertion. Tout étant prêt pour la kélotomie en cas d'insuccès, celle-ci devra être exécutée immédiatement sans laisser réveiller le malade.

Kélotomie. — Si la hernie est petite, si de plus des symptômes très marqués semblent indiquer un étranglement très serré (cette relation n'a pourtant rien d'absolu), on est autorisé à recourir à la kélotomie d'emblée.

Le plus souvent celle-ci est pratiquée après insuccès du taxis, au bout de trente-six à quarante-huit heures ou à une période plus avancée, sans taxis. — L'opération n'est pas très douloureuse; elle peut, à la rigueur, être pratiquée sans anesthésie.

Les *instruments* nécessaires sont : bistouri droit, bistouri d'A. Cooper, ou simplement bistouri boutonné, dont on garnit avec du linge la base de la lame, ne laissant qu'une partie tranchante de 1 à 2 centimètres, sonde cannelée, ciseaux droits et courbes, pinces hémostatiques, fils à ligature, et les objets nécessaires pour la suture de la peau et à la rigueur pour celle de l'intestin.

L'opération se divise en plusieurs temps. Premier temps : *Incision des parties molles.* — Le chirurgien fait à la peau un pli perpendiculaire au grand axe de la tumeur, une des extrémités est confiée à un aide, l'opérateur maintient l'autre de la main gauche. Ce pli tenu ainsi verticalement est fendu de haut en bas dans son milieu sans risquer d'entrer trop profondément au cas où les enveloppes de la hernie seraient minces. L'incision cutanée ainsi obtenue sera agrandie, si cela est nécessaire.

L'incision des couches celluluses suivantes est faite sur la sonde cannelée, que l'on introduit par une petite boutonnière; on peut indifféremment se servir du bistouri ou des ciseaux.

Deuxième temps : *Recherche et ouverture du sac.* — En procédant ainsi lentement et méthodiquement, couche par couche, on arrive bientôt à une enveloppe de coloration foncée, vineuse, rougeâtre, sous laquelle on sent en général une quantité variable de liquide; saisissez cette enveloppe avec une pince à griffe et faites-lui pru-

demment une très petite boutonnière. — Un petit jet de liquide séreux, citrin ou rougeâtre vous avertit que vous êtes dans le sac.

Sur la sonde cannelée agrandissez l'ouverture, et vous apercevrez au fond du sac une tumeur d'un brun violacé presque noir; c'est l'anse intestinale étranglée. — Nettoyez avec soin la surface interne du sac et préparez-vous à rechercher l'agent de l'étranglement.

Exceptionnellement on a pu tomber sur un kyste sacculaire pré-herniaire, ce qui oblige à chercher plus profondément le sac. Il peut encore se faire qu'il n'y ait pas de liquide dans ce dernier, mais le *sac sec* est extrêmement rare; enfin le chirurgien doit être prévenu que l'intestin peut adhérer au sac; les adhérences récentes cèdent assez facilement; quand elles sont anciennes, on doit les dégager minutieusement; le plus simple serait de lever l'étranglement et de laisser les choses en place; mais, de nos jours, des demi-mesures ne sont plus permises.

Le sac manque dans quelques hernies, on arrive alors directement sur l'intestin; il ne faut donc pas oublier cette variété rare, de manière à ne pas l'inciser en croyant inciser le sac.

Troisième temps : *Recherches de l'étranglement. Débridement.* — Deux pinces hémostatiques saisissent largement les deux lèvres du sac incisé, l'aide les maintient écartées et empêche ainsi le collet de fuir devant le doigt. Le chirurgien explore alors avec précaution l'intestin pour s'assurer qu'il n'est perforé en aucun point, et qu'il ne présente pas cette teinte grisâtre, feuille morte de l'intestin sphacélé, puis avec le doigt il cherche à reconnaître de quel côté siège l'étranglement et quel est le degré de constriction.

Lorsque celle-ci n'est pas trop considérable et qu'on peut, sans crainte pour l'intestin, introduire deux doigts dans l'anneau constricteur, il est souvent avantageux de distendre et de déchirer celui-ci par l'écartement des deux index. Si l'écartement est plus serré, on cherche à faire pénétrer dans l'anneau l'extrémité du bistouri d'A. Cooper, en le couchant à plat; puis, le redressant un peu, on débride légèrement, ce qui permet un peu plus de mobilité et facilite la terminaison du débridement.

Nous n'avons pas à indiquer ici les lieux d'élection du débridement unique, les dangers de section d'une artère importante, mais nous pouvons faire prévoir cette conclusion générale que, dans bien

des circonstances, il vaut peut-être mieux recourir à de *petits débridements multiples*; la dilatation forcée les agrandirait s'ils n'étaient pas tout à fait suffisants.

Quatrième temps : *Examen de l'intestin. Réduction.* — Le débridement terminé, attirez à vous l'anse intestinale sur une certaine longueur, pour être bien sûr qu'il n'y a pas d'étranglement plus éloigné, et vérifiez avec soin l'état du pédicule étranglé. Lavez-le ensuite avec l'eau phéniquée; épongez avec une serviette chaude, et enfin, vous étant bien assuré qu'aucun point de sphacèle imminent ne doit vous faire craindre une perforation, réduisez l'intestin. S'il vous inspire quelque inquiétude, suivant la pratique de Gosselin, fixez-le au voisinage de l'incision.

En même temps que l'intestin, une certaine quantité d'épiploon peut être étranglée; la plupart des chirurgiens sont encore d'avis de ne pas le réduire, à moins qu'il n'y en ait très peu et qu'il ne soit parfaitement sain. Pourtant la pratique qui tend à se généraliser grâce à l'emploi de l'antisepsie, consiste à en pratiquer l'*excision derrière une ligature simple ou multiple et à réduire le pédicule*. Les anciens cautérisaient souvent au fer rouge ou avec les caustiques les masses épiploïques qu'ils laissaient au dehors.

L'opération terminée, la plaie est lavée antiseptiquement; un drain est posé au fond du sac, et, à moins de contre-indication, les lèvres de l'incision sont rapprochées et suturées. Ici encore la pratique des opérations antiseptiques ont suggéré l'idée de compléter l'opération par une tentative de cure radicale consistant dans l'isolement du sac herniaire, qui est attiré au dehors le plus possible, lié au niveau de son pédicule, et réséqué au delà de la ligature. Une suture au catgut appliquée sur les piliers complète souvent cette opération.

Une évacuation abondante se produit en général dans les deux premières heures; elle est d'un très bon augure pour le pronostic opératoire. Si elle tarde, il faut attendre; la pratique des purgatifs post-opératoires n'est guère admise aujourd'hui; on craint de provoquer des mouvements intestinaux dans lesquels pourrait se compléter une perforation; on a rarement recours à la médication inverse, à l'administration des opiacés préconisée par Monod père, Demarquay et Le Fort (1865). Parfois la constipation persiste encore quelque temps, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, mais tout se rétablit néanmoins.

Il peut arriver cependant que les choses évoluent moins bien et que les accidents persistent après la kélotomie.

Tantôt cette persistance tient à une faute opératoire : réduction incomplète, levée d'un étranglement qui n'est pas le seul ou le vrai, réduction de l'intestin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal par l'ouverture du débridement : Streubel, Farabeuf (Soc. de chir., 1877).

Tantôt les accidents dépendent des lésions intestinales : le sillon circulaire marqué par l'étranglement ne s'efface pas; dans un cas de Berger, c'était un vrai rétrécissement spasmodique; plus souvent il y a coarctation inflammatoire ou cicatricielle d'un des bouts de l'intestin, Guignard. L'anus contre nature est le remède opératoire indiqué dans ce cas. (Maisonneuve.) D'autres fois l'intestin réduit est encore coudé, paralysé, tordu.

Enfin une perforation peut se compléter et amener une péritonite suraiguë, ou si l'intestin, par bonheur, est resté au voisinage de la plaie, une péritonite localisée, un abcès stercoral, bientôt suivi d'un anus contre nature ou tout au moins d'une fistule stercorale.

Lorsque le chirurgien, pendant l'opération, constate un point perforé ou un sphacèle plus ou moins étendu, il devra se conformer aux règles suivantes : petite lésion, suture de l'intestin et réduction; lésion un peu étendue, ouverture de l'anse étranglée, recherche et fixation du bout supérieur; création, en somme, d'un anus artificiel que l'on traitera plus tard. Cette pratique paraît plus sûre que la résection de l'intestin sphacélé suivie de la suture intestinale, telle qu'elle a été pratiquée dans ces dernières années, après Kocher, par un certain nombre d'opérateurs.

Helferich, dans les cas suspects, propose d'attirer en dehors les deux bouts de l'anse douteuse et d'établir entre eux, près de leur bord mésentérique, une anastomose intestinale, à plusieurs centimètres de la partie compromise.

On réduit alors les deux bouts sains communiquant entre eux par l'orifice ainsi largement constitué, et on laisse au dehors l'anse intestinale douteuse.

Si elle se gangrène, il est facile de guérir la fistule stercorale qui n'est plus en communication avec les matières intestinales. Si au contraire elle ne se gangrène pas, on la réduit elle-même au bout de quelques jours.

Cette opération, répétée plusieurs fois, est encore trop jeune pour qu'il soit possible d'en bien apprécier les résultats.

Nous avons longuement décrit l'opération classique de la kélotomie, *kélotomie avec ouverture du sac*. La crainte de l'ouverture du péritoine avait inspiré à J.-L. Petit l'idée d'une kélotomie sans ouverture du sac; il avait même étudié avec beaucoup de soin les indications spéciales de ce mode opératoire. Colson père, Colson fils (1874), Affre (1876) l'ont défendu en France, Roser, Chauvet l'ont pratiquée. Le sac est disséqué attentivement, l'anneau débridé en dehors ou dilaté, puis la portion étranglée du sac est dépliée avec soin (Colson), et enfin on réduit.

Cette opération convient sans doute à quelques cas particuliers, mais elle est dangereuse, car on ne sait pas dans quel état se trouve l'intestin réduit; en somme, elle ne saurait être mise en balance avec l'opération classique.

Les résultats fournis par la kélotomie sont fort difficiles à apprécier d'après des statistiques brutes; on peut avancer qu'ils sont excellents entre les mains des chirurgiens qui opèrent de bonne heure, sans taxis exagéré, et antiseptiquement. Les revers doivent être presque exclusivement attribués au retard de l'opération, et à l'absence de précautions antiseptiques. Les procédés de cure radicale dont nous avons parlé rendront les récidives de hernie moins communes. Pour Gosselin cette récidive était constante, et on peut citer avec lui des cas d'étranglement récidivé.

B. — DES PSEUDO-ÉTRANGLEMENTS

On étudie encore aujourd'hui deux variétés de pseudo-étranglements, l'engouement herniaire et l'inflammation herniaire. — Leur intérêt est surtout historique; nous nous sommes suffisamment étendus sur ce chapitre pour n'avoir plus à y revenir; nous nous bornerons donc à étudier rapidement les rares types cliniques auxquels conviennent ces deux appellations.

1° *De l'engouement herniaire*. — La meilleure définition qu'on en puisse donner est celle de Broca : *L'engouement herniaire est cet état particulier des hernies, dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée,*

de manière à y intercepter le passage et à déterminer des accidents.

L'engouement n'est plus guère admis de nos jours que comme élément secondaire d'étranglement; avec Berger et Duplay il convient d'y faire rentrer les accidents déterminés par la présence de corps étrangers dans l'anse herniée. Ce sont des os de pied de mouton (J.-L. Petit, Farcy); des amas de lombrics (Mercier, Broca); des noyaux de fruits (J.-L. Petit, Igouet); un pied d'alouette (Hévin); une épingle, un épi de blé, etc.

L'engouement herniaire ne doit être admis que sur des preuves anatomiques; or ces preuves sont très rares. On en trouve quelques exemples dans les thèses de Broca et de Nicaise; presque toujours c'était une hernie du gros intestin qui présentait ces phénomènes.

On voit dès lors que l'*engouement herniaire* ne doit pas entrer en ligne de compte dans le diagnostic des complications herniaires, et en présence d'un cas probable de ce genre, le parti le plus sage serait évidemment de le considérer comme une première phase de l'étranglement et de le traiter comme tel.

2° *De l'inflammation herniaire*. — Ainsi que le professeur Gosselin l'a très bien démontré, si la théorie de l'*inflammation herniaire* telle qu'elle a été émise par Malgaigne et Broca, repose sur des faits incontestables, elle conduit d'autre part, dans certains faits, à une abstention thérapeutique qui a les conséquences les plus funestes. — A quels cas faut-il donc réserver cette interprétation clinique? — Malgaigne et Broca l'appliquaient à un bon nombre d'accidents de grosses hernies, anciennes, irréductibles, observées chez des vieillards, à la suite d'écarts de régime. Gosselin a bien montré que la seule catégorie d'accidents auxquels elle convenait, devait être bornée aux épiplocèles et à quelques vieilles hernies irréductibles par adhérences. Tous les autres faits doivent être considérés comme des étranglements peu serrés.

Dans les limites étroites que nous venons de tracer, les lésions observées sont celles d'une péritonite du sac avec ou sans épanchement, injection et œdème de l'intestin, péritonite pouvant évoluer d'une manière plus ou moins aiguë, présenter même tous les caractères d'un phlegmon du sac (Berger) ou bien marcher plus lentement et se terminer par la formation de nouvelles adhérences.

Cliniquement, chez des vieillards porteurs de grosses hernies épiploïques ou entéro-épiploïques, la tumeur devient douloureuse à la suite d'un écart de régime; elle est un peu tendue, et reste partiellement réductible; le sac peut renfermer du liquide, même du pus; le malade vomit, mais la constipation n'est pas absolue; l'état général n'est pas très grave; en somme, les accidents n'offrent pas d'indication opératoire urgente; le malade est laissé au repos, la tumeur recouverte de compresses résolutive, et au bout de quelques jours les accidents tombent, au lieu d'aller en s'aggravant.

Mais il ne faut pas oublier que les accidents d'étranglement ont souvent au début cette allure lente, et nous ne saurions trop répéter en pareille circonstance que dans le doute c'est à l'intervention active qu'il faut recourir, puisque cette intervention n'est pas dangereuse, avec les méthodes actuelles de pansement, et puisque, seule, elle permet de lever un étranglement peu serré et méconnu.

3° *Occlusions intestinales siégeant dans l'intérieur du sac herniaire.* — On voit assez souvent l'intestin compris dans une hernie, être le siège d'un véritable étranglement interne, indépendamment de l'anneau herniaire et du collet du sac, par suite de :

- a. Volvulus;
- b. Coudure brusque par adhérences et formation d'un éperon;
- c. Brides saillantes dans le sac herniaire;
- d. Étranglement par l'épiploon.
- e. Diverticule de l'intestin qui s'est enroulé autour d'une anse comprise dans une hernie;
- f. Resserrement de la cavité dû à un diaphragme ou à un repli valvulaire ou semi-lunaire;
- g. Passage de l'intestin à travers une rupture du sac herniaire.

Ces occlusions intestinales sont justiciables du même traitement que l'étranglement. (Berger.)

CHAPITRE IV

ANUS CONTRE NATURE

L'ouverture anormale de l'intestin permettant l'issue constante et à peu près totale des matières fécales s'appelle *anus contre nature*.

Lorsque l'ouverture est étroite et l'issue des matières peu considérable, on dit qu'il y a *fistule stercorale*.

L'anus contre nature était autrefois la terminaison — relativement heureuse — d'un bon nombre de hernies étranglées. Grâce à la diffusion des connaissances chirurgicales, peu de hernies sont maintenant abandonnées à elles-mêmes. On observe donc moins d'anus contre nature qu'autrefois. Cette affection doit pourtant être décrite ici à titre de complication de hernies en général.

L'anus contre nature n'est pourtant pas toujours lié à la hernie étranglée. On distingue en effet :

- 1° *Un anus contre nature congénital*, dont l'étude doit être rejetée aux vices de conformation de l'anus;
- 2° *Un anus contre nature artificiel ou chirurgical*, qui ne doit pas nous occuper;
- 3° *Un anus contre nature accidentel*, qui seul nous intéresse.

Étiologie. — Les lésions accidentelles qui amènent la formation d'un anus contre nature sont de deux ordres.

1° Le plus fréquemment, ce sont les *lésions pathologiques de l'étranglement herniaire*: gangrène et perforation de l'intestin. Certaines variétés d'occlusion intestinale peuvent en être rapprochées. — Quant aux autres ulcérations intestinales, elles produisent plutôt des fistules stercorales que des anus contre nature.

2° Ce sont, en second lieu, des *lésions traumatiques de l'intestin*; contusions, plaies portant soit sur une anse intestinale libre, en situation normale, soit sur une anse herniée; dans ce cas, le traumatisme peut provenir d'un accident, résulter d'une aberration mentale du blessé ou de la maladresse du chirurgien.

Mais dans un cas comme dans l'autre, il faut de toute nécessité que l'épanchement soit précédé ou suivi de la *formation d'adhérences solides*. Ce travail, on le comprend facilement, trouve dans l'étranglement lui-même des conditions essentiellement favorables; il en est à peu près de même lorsque la plaie intestinale s'accompagne de la hernie traumatique de l'anse lésée.

Scarpa a montré depuis longtemps que la guérison spontanée était plus facile, quand l'anus contre nature était d'origine pathologique.

Anatomie pathologique. — L'anus contre nature offre à étudier : 1° *un orifice cutané*; 2° *un orifice intestinal*; 3° *un trajet intermédiaire*.