

Si le cæcum est gonflé par les gaz, et si, par conséquent, l'obstacle siège sur le gros intestin, le chirurgien examinera le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant, l'S iliaque, et découvrira rapidement le lieu de l'occlusion.

Mais quel que soit le siège qu'elle occupe, sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin, la distension des anses intestinales est quelquefois telle qu'il est à peu près impossible de procéder aux investigations nécessaires en maintenant à l'intérieur de l'abdomen l'intestin qui s'échappe au dehors. Dans ces cas, un aide devra maintenir la masse intestinale à l'aide de serviettes chaudes, ou mieux encore d'une flanelle imbibée d'une solution phéniquée.

Le siège de l'occlusion étant enfin découvert, on procédera selon les circonstances à faire disparaître l'obstacle au cours des matières, et sur ce point on ne saurait donner de règles précises. Tantôt le chirurgien aura à sectionner une bride épiploïque, fibreuse, qui étrangle l'intestin; tantôt il devra dégager une anse intestinale comprise dans un nœud diverticulaire, ou étranglée dans une ouverture anormale ou une sorte de sac intérieur, et dans ce dernier cas, il sera souvent nécessaire de faire un débridement, comme dans la hernie étranglée; tantôt il s'agira de rétablir dans sa position normale l'intestin tordu sur lui-même; parfois enfin on se trouvera en présence d'une invagination et, suivant le conseil donné par Hutchinson (1), on devra rechercher en premier la partie inférieure de l'invagination et effectuer la réduction en exprimant le cylindre ou en tirant sur la gaine plutôt qu'en cherchant à extraire directement l'anse invaginée.

Lorsque l'obstacle au cours des matières a été levé, on devra examiner avec soin l'état dans lequel se trouve l'intestin. S'il paraît sain, on s'assure qu'il n'y a pas d'écoulement de sang, et, dans le cas contraire, on lie avec des fils de soie très-fins ou du catgut les vaisseaux qui donnent du sang, puis, après avoir nettoyé avec soin la cavité péritonéale, on procède à la fermeture de la paroi abdominale comme dans l'ovariotomie.

Si, au contraire, l'intestin est perforé, si ses parois sont profondément altérées dans le point où siègeait l'obstacle, en sorte que l'on puisse craindre sa perforation ultérieure, il ne reste comme dernière ressource que la création d'un anus artificiel, en attirant et fixant à la partie inférieure de la plaie l'anse malade. Peut-être pourrait-on, dans quelques cas, au lieu de pratiquer un anus artificiel, avoir recours à la suture intestinale par les procédés de Gely ou de Lembert.

Enfin je rappellerai en terminant que certains chirurgiens ont été jusqu'à réséquer une portion d'intestin malade et à réunir les deux bouts. Reybard ayant pratiqué la gastrotomie dans un cas d'occlusion

(1) De la gastrotomie dans l'invagination intestinale (Méd. chir. Transact., vol. LVII p. 31, 1874).

intestinale et se trouvant en présence d'une dégénérescence organique de l'S iliaque, retrancha la portion d'intestin malade, réunit les deux bouts au moyen de la suture en surjet et referma la plaie abdominale. Le malade guérit.

ARTICLE V

ANUS CONTRE NATURE.

Sous le nom d'*anus contre nature*, on désigne toute ouverture anormale de l'intestin, permettant l'issue des matières fécales au dehors.

Depuis longtemps les chirurgiens distinguent les anus contre nature en *congénitaux*, *accidentels* et *artificiels* ou *chirurgicaux*, suivant que l'ouverture anormale existe au moment de la naissance, succède à une perforation de l'intestin, ou a été créée par la main du chirurgien.

L'étude de l'*anus contre nature artificiel* est moins l'étude d'un accident morbide que celle d'un procédé opératoire, de ses indications et de ses contre-indications. Nous en avons déjà parlé au sujet du traitement chirurgical des étranglements herniaires et des occlusions intestinales; nous y reviendrons à propos des affections de l'an us et du rectum.

Quant à l'*anus contre nature congénital*, son existence est tellement liée aux vices de conformation de l'extrémité inférieure de l'intestin, que nous l'étudierons à propos des malformations de l'an us et du rectum.

Dans cet article nous aurons seulement en vue l'*anus contre nature accidentel*, qui comprend tous les cas dans lesquels une lésion accidentelle a produit une ouverture mettant en communication la cavité intestinale avec l'extérieur.

Quelques auteurs ont cherché à distraire du chapitre des anus contre nature, sous le titre de *fistules stercorales*, certains cas où la communication avec l'extérieur est très-étroite et où l'issue du contenu de l'intestin est peu abondante. Mais il n'existe en réalité aucun caractère distinctif qui permette d'établir une limite tranchée entre l'an us contre nature et la fistule stercorale.

Il n'en est pas de même d'un autre ordre de lésions que tous les auteurs classiques décrivent en même temps que l'an us contre nature; je veux parler des cas dans lesquels l'intestin communique avec une cavité dans laquelle son contenu s'épanche avant de sortir à l'extérieur. La lésion principale n'est plus l'ouverture anormale de l'intestin, c'est l'abcès qui l'a produite, qui l'entretient, et qui empêche la guérison. En outre, le siège de ces lésions est différent de celui des anus contre nature proprement dits. Aussi devons-nous décrire dans un paragraphe spécial ces anus contre nature, suite d'abcès au voisinage de l'intestin, auxquels nous réserverons le nom de *fistules stercoro-purulentes*, qui leur a été donné par Verneuil.

SABATIER, *Mémoire sur les anus contre nature* (Mém. de l'Acad. roy. de chir., 1774, t. V.) — DESAULT, *Journ. de Chirurg.*, t. I, p. 186. — *Œuvres chirurgicales*, t. II. — SCARPA, *Traité des hernies*, trad. de l'italien. Paris, 1812. — LEBLANC, *Dissert. sur l'anus contre nature*, thèse de Paris, 1805. — LALLEMAND, (de Montpellier), thèse de Paris, 1818. — LIOTARD, *Dissert. sur le trait. de l'anus contre nature*. Thèse de Paris, 1819. — REYBARD, *Mémoire sur le traitement des anus artificiels, des plaies des intestins*, 1828. — DUPUYTREN, *Mém. de l'Acad. roy. de médecine*, 1828. — *Leçons de clinique chirurg.*, Paris 1832. LAUGIER, *Dict. de Méd.*, en 30 vol. (art. ANUS CONTRE NATURE). — JOBERT DE LAMBALLE, *Chirurg. plastique*, 1849. — ALQUIÉ, *Des anus contre nature*, thèse de concours, Paris, 1848. — FOUCHER, *De l'anus contre nature*, thèse de concours, 1857. — LEGENDRE, *Mém. sur l'anus contre nature* (Mém. de la Soc. de chir.), t. V. — BLIN, *Fistules pyostercorales*, thèse de Paris, 1879.

§ I. — De l'anus contre nature accidentel.

ÉTIOLOGIE. — Pour qu'un anus contre nature s'établisse, il faut : 1° qu'il y ait solution de continuité de l'intestin et de la paroi abdominale; 2° que les deux solutions de continuité soient maintenues en regard par des adhérences empêchant l'intestin de flotter dans la cavité abdominale.

a. La solution de continuité de l'intestin peut être produite, soit par des lésions pathologiques, soit par des lésions traumatiques.

Les lésions pathologiques ont été déjà étudiées; ce sont l'ulcération et la gangrène de l'intestin, consécutives à l'étranglement herniaire et donnant lieu à l'épanchement des matières stercorales dans le sac, puis à l'ulcération de la peau.

Dans le même ordre de lésions se rangent les ulcérations de l'intestin causées par des corps étrangers (épingles, pépins de raisins, noyaux de cerise, os pointus, vers intestinaux). Mais, dans ce cas, il se produit plutôt de simples fistules stercorales que de véritables anus contre nature, ou des abcès stercoraux suivis d'une fistule stercoropurulente.

Il en sera de même des lésions spontanées des parois intestinales, occasionnées par des néoplasmes (cancers, tubercules).

Les lésions traumatiques comprennent les plaies par instruments tranchants ou contondants, qui intéressent la paroi abdominale en même temps que l'intestin.

Tantôt l'intestin est dans ses rapports normaux, tantôt l'intestin est hernié; et, dans ce cas, sa blessure est due à la maladresse ou à une erreur de diagnostic du chirurgien; ou bien encore à un accès de manie de la part du malade qui lacère l'intestin hernié (Dupuytren).

b. Formation des adhérences. — Si on tient compte de ce fait bien connu que, dès que deux surfaces séreuses sont en contact, des adhérences s'établissent entre elles très rapidement, on comprendra comment, dans les cas d'étranglement herniaire, l'intestin se trouve maintenu au

niveau du collet du sac. Lorsque la perforation est lente à se produire, il est de règle que des adhérences se soient développées entre les deux surfaces séreuses de l'intestin et du sac. Si elles n'ont pas précédé, elles accompagnent tout au moins la perforation, ou se développent très-rapidement après que celle-ci est produite.

Dans les cas de plaie d'une anse intestinale herniée, les adhérences se formeront encore très facilement, les deux surfaces séreuses n'ayant pas de tendance à se déplacer, et à s'éloigner l'une de l'autre.

Mais lorsqu'il s'agit de plaie pénétrante de l'abdomen, il faut se rappeler, que, dès que la paroi abdominale est ouverte sur un point, les viscères tendent immédiatement à s'échapper par la plaie. En vertu de cette tendance, l'intestin s'engagera dans l'ouverture abdominale, et pour peu que le retrait de la paroi ait lieu rapidement, il y restera enclavé; puis des adhérences se développant en quelques heures maintiendront l'intestin dans cette position.

Une fois formées, ces adhérences s'étendent très rapidement sur les parties voisines; elles se réunissent en une masse, qui englobe l'anse blessée, et l'immobilisent d'une façon durable.

Lorsqu'il s'agit d'anus contre nature succédant à des hernies, la propagation des adhérences se fait de même du côté de la cavité abdominale, mais très rarement du côté du sac. On cite quelques exemples où le sac fut trouvé soudé à l'intestin (un cas de Fleurot cité par Foucher).

Si l'épiploon et le mésentère font partie de la masse herniée, les adhérences s'étendent sur eux et les unissent à l'intestin, d'une part, et au collet du sac, d'autre part.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Étudié au point de vue anatomo-pathologique, l'anus contre nature offre à considérer l'ouverture cutanée, l'ouverture intestinale, et entre les deux orifices le trajet intermédiaire. Cette dernière partie peut manquer complètement ou être peu développée et, dans ce dernier cas, les deux ouvertures cutanée et intestinale n'en font plus qu'une.

Orifice cutané. — Cet orifice se trouve le plus souvent dans la région inguinale, dans la région crurale ou dans le voisinage de l'ombilic, c'est-à-dire dans les points qui sont le siège habituel des hernies, cause la plus fréquente des anus contre nature. Plus rarement on le trouve sur les autres points de la paroi abdominale, comme lorsque l'anus contre nature succède à une plaie pénétrante. Il siège alors le plus souvent sur les parties antérieures ou latérales de cette paroi, c'est-à-dire sur les points qui sont les plus exposés aux traumatismes.

La forme de l'ouverture cutanée est très variable: le plus souvent arrondie ou ovalaire, généralement irrégulière, elle peut présenter l'aspect d'une fente. Son diamètre varie entre 6 et 4 centimètre; plus petit, l'anus contre nature est désigné par quelques auteurs sous le nom de *fistule stercorale*. En général, il n'existe qu'une seule ouverture; dans quelques cas cependant on en trouvera deux ou trois, et parfois même

la peau de l'abdomen est traversée par des ouvertures multiples qui lui donnent l'aspect d'une pomme d'arrosoir.

La peau qui limite cet orifice est le plus souvent froncée, formant des plis convergeant vers le centre; elle est épaisse, indurée, excoriée par le contact des matières fécales. Elle se continue directement avec une surface rouge, recouverte par une couche de mucosités, et qui est en communication directe avec la surface interne du trajet intermédiaire. Pour Foucher et Malgaigne, ce serait la muqueuse intestinale, dont on retrouverait tous les caractères distinctifs; dans un cas même on y aurait vu des valvules conniventes. Quoi qu'il en soit, cette muqueuse fait saillie sous forme d'un bourrelet qui peut devenir très considérable. Au centre de ce bourrelet existe une ouverture qui donne passage aux matières intestinales.

Orifice intestinal. — Les dimensions, l'aspect de l'orifice intestinal sont très variables. Ces différences dépendent, ainsi que l'a montré Velpeau,

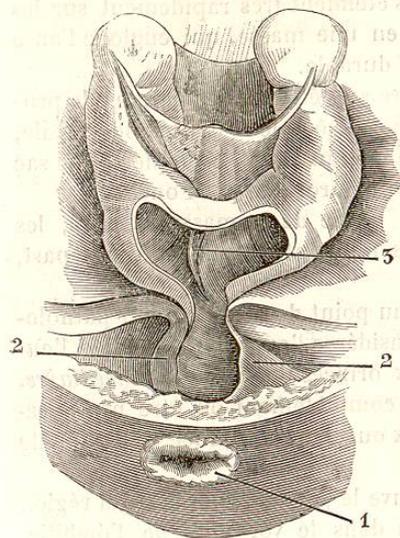


FIG. 61. — Anus contre nature. — 1, orifice cutané. — 2, 2, trajet intermédiaire (infundibulum). — 3, éperon.

de la nature de la lésion primitive de l'intestin et des rapports de cet organe avec la paroi abdominale; et suivant qu'une portion seulement de la circonférence de l'intestin aura été intéressée au niveau de la convexité, ou que la totalité aura été détruite, on trouvera un orifice unique ou des orifices multiples.

Lorsque l'orifice intestinal est simple, il coïncide toujours avec un trajet intermédiaire assez long. Ses dimensions varient depuis 1 centimètre de diamètre, jusqu'à la largeur d'une pièce de 2 francs. Le doigt pénétrant dans la cavité intestinale sent sur un point plus profond la paroi mésentérique de l'intestin; en arrière de l'orifice et de chaque côté se trouvent les

lumières des bouts supérieur et inférieur de l'intestin.

Mais cette disposition est rare. Presque toujours on voit sur la paroi opposée à l'orifice intestinal, une saillie, un coude, dû à la flexion en arrière de l'anse intestinale. Cette saillie a été décrite par Scarpa sous le nom de *promontoire*, et par Dupuytren sous celui d'*éperon*, qu'on lui donne habituellement. A peine appréciable quelquefois, elle augmente généralement au fur et à mesure que la flexion de l'anse se prononce, et acquiert son maximum de développement lorsque les deux bouts de l'intestin viennent s'adosser par leur bord mésentérique. Elle peut alors

avoir l'aspect d'une valvule, qui empêche le passage dans le bout inférieur des matières provenant du bout supérieur, et qui les dirige vers l'ouverture abdominale. Parfois même elle constitue une véritable cloison qui divise l'ouverture intestinale en deux parties, une droite et une gauche. L'orifice n'est plus alors simple, mais double. Enfin il peut se faire que les deux bouts de l'intestin n'étant pas situés à une égale profondeur, et, le supérieur étant plus rapproché de l'orifice abdominal, la cloison adhère au bout inférieur qu'elle obture, comme on peut le voir dans la figure ci-contre empruntée à Dupuytren (fig. 62).

C'est principalement lorsque la circonférence de l'intestin a été complètement détruite par la lésion primitive, qu'on voit cette cloison devenir complète en raison de l'adossement des deux bouts de l'anse sectionnée.

Les deux orifices qu'elle sépare ne sont pas égaux; celui qui correspond au bout supérieur est large, ovalaire ou arrondi; l'autre est plus petit, le plus souvent, et réduit à l'état d'une fente; la cloison déjetée de son côté le cache quelquefois complètement.

Le *trajet intermédiaire* qui relie les deux ouvertures de l'anus contre nature présente de notables différences dans sa longueur, sa direction, sa texture.

Quelquefois il n'existe pas, le doigt introduit par l'orifice cutané arrive tout de suite dans la cavité intestinale. Cette disposition se rencontre surtout dans les cas de plaie pénétrante lorsque l'intestin est venu faire hernie à l'extérieur et a contracté des adhérences avec les lèvres externes de la plaie.

Lorsqu'il existe (fig. 61), il peut être très court, ou acquérir des dimensions notables. Alors on peut lui considérer deux portions: l'une intrapariétale, limitée par les éléments de la paroi abdominale, et l'autre extrapariétale commençant au point où la paroi intestinale adhère à la paroi péritonéale.

La *portion intra-pariétale* présente parfois une direction oblique, comme dans les cas d'anus contre nature suite de hernie inguinale; le plus souvent elle est droite. Sur son trajet on peut trouver de petits diverticulums, dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Lendet a montré à la *Société anatomique* une pièce dans laquelle il y avait un canal unique vers l'intestin, mais qui se bifurquait vers la peau. Cette disposition est habituelle dans les cas d'ouvertures multiples.

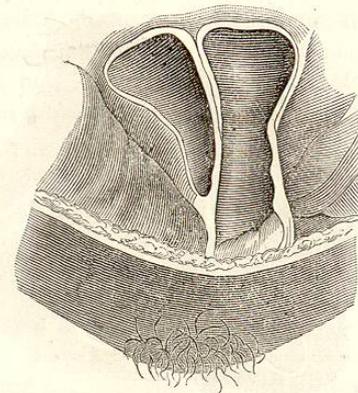


FIG. 62. — Anus contre nature dont le bout inférieur est obturé par la cloison adhérente.

Cependant, on peut voir dans la figure 63 un exemple d'anus contre nature, emprunté à Dupuytren, et dans lequel il existe véritablement deux canaux, chaque bout de l'intestin venant s'ouvrir isolément à la surface cutanée.

La *portion extra-péritonéale* est parfois très développée et forme un cloaque, point de réunion des orifices cutanés et intestinaux; le trajet

est alors plus large dans sa partie profonde que dans sa partie périphérique. C'est à cette seconde portion, ainsi développée, que Scarpa a donné le nom d'*entonnoir membraneux* ou d'*infundibulum*.

Ce trajet est constitué, tantôt par les débris du sac herniaire, tantôt par les parois de l'intestin, doublés de fausses membranes plus ou moins épaisses, et c'est par le retrait de l'organe et son éloignement progressif de la paroi abdominale que le trajet s'est formé. Pour Scarpa, le sac persisterait toujours dans les cas de hernie. Cette opinion aujourd'hui n'est plus admise d'une façon aussi exclusive. En effet, le sac peut être gangréné, disparaître, et par conséquent ne prendre aucune part à la formation du trajet intermédiaire.

La surface interne de ce trajet est recouverte par une muqueuse, qui se continue avec le bourrelet de l'orifice cutané, et sur la nature de laquelle on a beaucoup discuté. Suivant Foucher et Malgaigne, cette muqueuse serait toujours la muqueuse intestinale; pour plusieurs auteurs, elle serait semblable à celle qui tapisse les trajets fistuleux. On ne saurait accepter l'une de ces opinions à l'exclusion de l'autre; si, le plus souvent on se trouve en présence de la muqueuse intestinale, dans d'autres cas, la surface interne du trajet intermédiaire est recouverte d'une muqueuse accidentelle, comme l'avait pensé Scarpa.

En résumé, d'après leurs caractères anatomiques, on peut classer ainsi les anus contre nature :

1^{re} VARIÉTÉ. — Orifice intestinal simple. Pas d'éperon. Trajet intermédiaire évasé en *infundibulum*. *Anus contre nature sans éperon*.

2^e VARIÉTÉ. — Orifice intestinal simple. Commencement d'éperon. — Trajet peu considérable. — *Variété intermédiaire*.

3^e VARIÉTÉ. — Orifice intestinal double. — Éperon très prononcé. — Pas de trajet intermédiaire. *Anus contre nature avec éperon*.

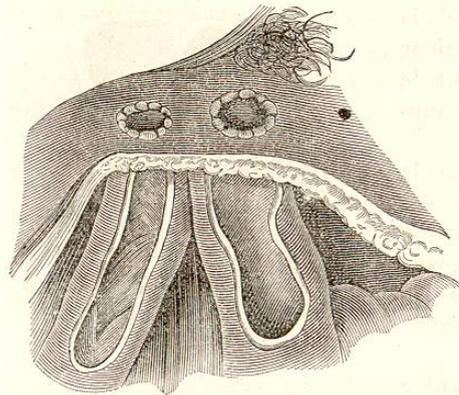


FIG. 63. — Anus contre nature avec ouverture isolée de chaque bout de l'intestin.

Nous montrerons plus loin que toutes ces variétés se succèdent les unes aux autres, c'est-à-dire qu'un anus avec éperon pourra, le trajet intermédiaire se développant, passer à l'état d'anus contre nature sans éperon.

Si l'on examine l'anus, non plus en allant de dehors en dedans, mais par sa face profonde, on note dans la disposition des anses intestinales des particularités intéressantes.

Dans la première et la deuxième variété, l'intestin est rectiligne, formant à peine une courbe à concavité postérieure.

Lorsque l'éperon se forme, les deux bouts de l'anse s'adosent, et ils peuvent arriver au parallélisme, étant unis entre eux par leur bord mésentérique.

L'angle qu'ils forment sera plus ou moins ouvert en arrière, suivant l'inclinaison plus ou moins grande d'un bout sur l'autre, et suivant que l'anse intestinale sera par une de ses extrémités plus ou moins rapprochée ou plus ou moins éloignée de la paroi abdominale. Ainsi, le bout supérieur peut être parallèle à cette paroi, tandis que le bout inférieur sera perpendiculaire. Ces dispositions sont importantes à noter, pour se rendre compte des symptômes.

Le *mésentère*, qui occupe l'angle formé par la flexion de l'anse intestinale est épaissi, induré, et souvent en se rétractant il forme cette corde mésentérique que Dupuytren a signalée, et sur laquelle nous avons déjà insisté à propos de l'anatomie pathologique des hernies.

A côté de ces dispositions habituelles, il en existe d'autres plus complexes.

Dans un cas d'anus ombilical suite de hernie, décrit par Velpeau, le bout supérieur était resté soudé à la plaie, l'autre en était éloigné de plus d'un pouce; une anse voisine d'intestin, l'épiploon, des fausses membranes s'étaient agglutinés tout autour de ce bout isolé, pour former une sorte d'entonnoir jusqu'à l'ombilic. Dans un autre cas signalé également par Velpeau, le bout inférieur de l'intestin grêle s'arrêtait à la partie inférieure et interne de l'anneau inguinal; le bout supérieur contournant en dehors le précédent plongeait dans l'aîne et formait seul l'orifice de l'anus anormal. Une autre fois c'était le bout inférieur qui remontait derrière le bout supérieur (Laugier). Il faut enfin signaler ces cas où l'angle formé par la courbure de l'anse est considérable, et se trouve rempli par l'interposition d'une ou plusieurs anses intestinales.

Si maintenant on examine les *modifications* que l'intestin, sur lequel siège l'anus contre nature, a pu subir, tant dans son calibre que dans sa structure, on voit que, tandis que le bout supérieur est généralement augmenté de volume, le bout inférieur au contraire a diminué. Sa cavité est rétrécie; dans un cas unique, il est vrai, rapporté par Bégin, la partie inférieure de l'intestin était complètement oblitérée. Ces modifications ne surviennent que lorsque le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur n'existe plus à cause de l'éperon.