

une sorte d'entonnoir, dont le sommet correspond à l'ouverture intestinale. Il en résulte que, si l'on réunit par des points de suture les parties superficielles, le fond moins large que l'entrée se ferme complètement. Pour faciliter le rapprochement des surfaces, il faut de plus faire deux incisions latérales, comprenant la peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose du grand oblique.

Mais ces divers procédés échouent fréquemment, de même que celui qui consiste à combler l'ouverture avec un lambeau pris sur la peau des parties avoisinantes de l'abdomen et réuni aux bords de l'ouverture préalablement avivés.

Malgaigne, puis Denonvilliers, ont réalisé un progrès considérable dans la thérapeutique chirurgicale de l'anus contre nature en imaginant de réunir isolément l'intestin et les parties molles extérieures.

Procédé de Malgaigne. — Dans un premier temps, on avive le trajet anormal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures et ne les décollant pas au delà d'un demi-centimètre, de peur d'ouvrir le péritoine.

Dans un deuxième temps, on renverse de dedans en dehors, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et on les réunit par une suture en piqué, de manière à les adosser par leur face externe.

Dans un troisième et dernier temps, on réunit par-dessus cette suture les chairs et les téguments avec la suture entortillée ou enchevillée.

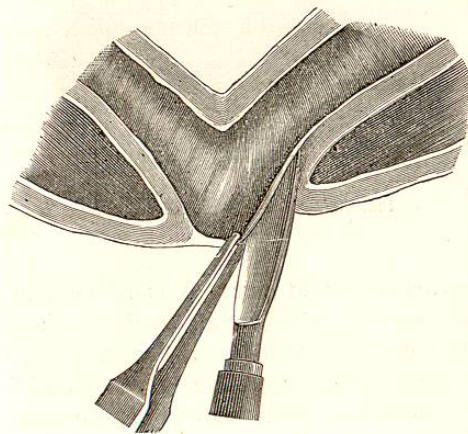


FIG. 69. — Procédé de Denonvilliers. Décollement de la muqueuse.

On pourrait encore, comme l'a conseillé Nélaton, fermer la plaie extérieure avec un lambeau autoplastique large et bien nourri.

Procédé de Denonvilliers. — Ce procédé est fondé sur la facilité avec laquelle la muqueuse se sépare des autres tuniques de l'intestin. Au lieu de disséquer toute l'épaisseur de celui-ci, le chirurgien ne détache que la muqueuse (fig. 69), qu'il renverse vers la cavité de l'intestin et qu'il suture comme dans le procédé de Malgaigne. Une seconde suture réunit les autres tuniques et les bords de l'ouverture cutanée préalablement avivée. La figure 70 montre la disposition des parties après l'opération de Denonvilliers. Ce procédé a l'avantage sur celui de Malgaigne d'exposer moins à pénétrer dans la cavité péritonéale.

Pour favoriser les opérations qu'on pratique dans le but d'arriver à l'occlusion de l'anus contre nature, on doit tenir le malade à un régime sévère; on diminuera ainsi toute sécrétion intestinale. De plus on donnera de l'opium à haute dose, pour immobiliser l'intestin.

3° Certaines complications nécessitent des opérations préliminaires ou des procédés différents.

Lorsque des abcès stercoraux, des fistules stercoro-purulentes existent autour de l'ouverture externe, il faudra avant tout ouvrir ces abcès, ou inciser les trajets fistuleux. Si la plaie qui résulte de ces opérations préliminaires est grande, les procédés par autoplastie et avec lambeaux pris sur la paroi abdominale seront surtout applicables.

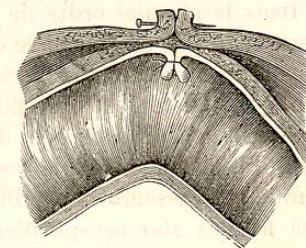


FIG. 70. — Suture séparée de la muqueuse et de l'ouverture cutanée.

Dans certains cas où l'ouverture extérieure s'est rétrécie, il faut la dilater avec du laminaire.

Mais de toutes les complications celles qui doivent le plus préoccuper les chirurgiens, sont le *prolapsus de la muqueuse* et l'*invagination de l'intestin*.

Le bourrelet formé par la muqueuse ou l'intestin invaginé est-il réductible: on le fera rentrer, soit par le décubitus dorsal, soit par le taxis. S'il y a étranglement de la portion invaginée, on débridera et on pratiquera le taxis comme pour une hernie.

Le bourrelet est-il irréductible: on pourra, s'il est peu volumineux, suivre le conseil donné par Gosselin, aviver le bourrelet et la peau à un centimètre et demi du contour de l'ouverture, puis recouvrir les parties avivées avec un lambeau détaché des parties voisines, et fixé au moyen de points de suture; ou on se contentera d'opposer les deux faces l'une contre l'autre, et de les accoler par quelques points de suture.

Enfin, lorsque le bourrelet irréductible est très-volumineux, il faudra le détruire avant toute opération destinée à fermer l'anus. On y arrivera soit en la serrant dans l'entérotome, soit en passant une canule dans le trajet de l'anus contre nature, et en serrant le bourrelet sur cette canule, au moyen d'un fil, de manière à le sphacéler.

§ II. — Des fistules stercoro-purulentes.

Ces fistules succèdent à des abcès qui se sont ouverts à l'extérieur, et qui profondément communiquent avec la cavité intestinale. Il résulte de cette disposition un trajet plus ou moins long, plus ou moins direct, de dimension variable, et qui se distingue des anus contre nature proprement dits en ce qu'il donne passage à un mélange de pus, fourni par les parois de l'abcès, et de matières stercorales venant de l'intestin.

ÉTILOGIE. — Relativement au mécanisme qui préside à l'établissement de ces fistules, deux circonstances peuvent se présenter :

1° Tantôt l'abcès dont la fistule sera la terminaison, a précédé la perforation de l'intestin, et s'est ouvert simultanément au dehors et dans la cavité intestinale ;

2° Tantôt la perforation de l'intestin a été la lésion primitive ; les matières stercorales, en pénétrant dans le tissu cellulaire voisin, ont déterminé la formation d'un abcès, qui s'est ouvert plus tard au dehors.

Dans le premier ordre de faits se rangent les cas de suppuration du tissu cellulaire au voisinage de l'intestin dans des points où celui-ci est dépourvu de péritoine. Il y a donc là une condition anatomique importante à signaler, et qui nous explique pourquoi cette terminaison fâcheuse ne s'observe que dans les abcès périnéphrétiques, des fosses iliaques, et surtout de la fosse iliaque droite, et dans les pérityphlites. Sur 72 cas rassemblés par Blin, dans sa thèse, il a trouvé comme origine des fistules stercoro-purulentes 5 abcès périnéphrétiques, 18 pérityphlites et 31 abcès de la fosse iliaque, dont 17 à droite et 7 de côté inconnu. D'après Dolbeau, cette terminaison serait surtout à craindre dans les abcès de la fosse iliaque, lorsqu'on les traite trop timidement, et qu'on ne donne pas dès le début par de larges incisions une issue facile au pus.

Dans le second ordre de faits, nous trouvons en première ligne comme cause de la perforation qui sera le point de départ de la fistule stercoro-purulente, la sortie de vers intestinaux. Blin en a rassemblé 18 cas. Le ver intestinal perfore l'intestin, et par sa présence seule, ou par la sortie simultanée d'un peu de matières stercorales, détermine un abcès.

Des noyaux de cerise, des pépins de raisin, des arêtes de poisson, arrêtés dans le cæcum, et surtout dans l'appendice iléo-cæcal, pourront, par le même mécanisme, déterminer un abcès du tissu cellulaire voisin, et plus tard une fistule stercoro-purulente.

D'autres fois des matières stercorales s'infiltrèrent dans le tissu cellulaire et sont cause de l'abcès. C'est ce que nous avons vu se produire plus haut dans les cas d'anus contre nature, autour desquels il se développe fréquemment de véritables fistules stercoro-purulentes.

De ces faits nous devons en rapprocher d'autres qui répondent à la définition des fistules stercoro-purulentes, mais que l'habitude a fait étudier à part ; ce sont les fistules *ano-périnéales*, qui ont une allure toute spéciale et que nous décrirons dans une autre partie de cet ouvrage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une fois constituée, la fistule stercoro-purulente présente à étudier quatre régions distinctes : au fond l'orifice intestinal, à la superficie l'orifice cutané, et entre eux une cavité intermédiaire, reliée à l'orifice cutané par un trajet fistuleux plus ou moins long. Il y a donc là une région de plus que dans l'anus contre nature

proprement dit ; nous allons voir maintenant que chaque région a des caractères différents de ceux qui distinguent les mêmes parties dans l'anus contre nature.

Orifice cutané. — Tandis que nous avons vu l'orifice cutané de l'anus contre nature accidentel siéger surtout sur la paroi antérieure de l'abdomen et dans le voisinage des orifices cruraux et inguinaux, ici cet orifice est le plus souvent situé sur les parties latérales, dans les flancs, surtout dans le flanc droit, quelquefois en arrière dans la région lombaire, lorsqu'il succède à des abcès périnéphrétiques. Quelquefois l'orifice cutané est au niveau de l'aîne, ou même au-dessous dans la région supérieure de la cuisse ; il a eu alors le plus souvent pour origine un abcès de la fosse iliaque. Exceptionnellement on l'a rencontré à l'ombilic, à l'hypogastre (un cas cité par Blin).

Sa forme et ses dimensions ne sont pas moins variables. En général il est peu considérable et n'admet que le doigt au plus, souvent à peine un tuyau de plume.

Le plus souvent unique, il peut être double, multiple, et alors la région où il se trouve offre l'aspect d'une pomme d'arrosoir.

Quant à son aspect, il se rapproche beaucoup de celui de l'orifice cutané de l'anus contre nature. Par le fait de la tendance de cet orifice à se rétrécir, la peau est plissée, enfoncée, plus ou moins excoriée par l'écoulement des matières stercoro-purulentes. Cette peau épaisse, indurée à la périphérie, se continue au centre avec la membrane granuleuse pyogénique qui tapisse le trajet fistuleux.

Trajet fistuleux. — Ce trajet existe toujours, et généralement il est d'une dimension notable ; sa longueur varie entre 3 et 12 centimètres.

Le plus souvent il est assez étroit et admet à peine un tuyau de plume ou une bougie n° 4 de la filière Charrière ; mais ce qui doit surtout être noté, c'est son irrégularité dans ses dimensions, dans sa direction. Cette irrégularité tient à ce que le pus, pour se porter des parties profondes à l'extérieur, a dû se creuser entre les aponévroses, les muscles, un chemin sinueux ; aussi voit-on le trajet passer au-dessous du ligament de Fallope qui le bride, ou décoller les téguments de la paroi abdominale, les différents plans musculaires, et ne venir aboutir à l'orifice cutané qu'après avoir cheminé obliquement un certain temps entre ces différents plans.

Cette difficulté que le pus trouve à se frayer sa voie, nous explique également les diverticulums, les culs-de-sac qu'on rencontre le long de ces trajets, ou ces trajets secondaires qui tantôt communiquent avec le trajet principal, tantôt cheminent séparément et viennent s'ouvrir isolément dans la cavité intermédiaire et à l'extérieur par des orifices multiples.

Ce trajet se compose des différents tissus au milieu desquels il est creusé ; il est tapissé par une membrane granuleuse, pyogénique, de

nouvelle formation, et on ne retrouve là rien qui rappelle la muqueuse intestinale, comme dans les trajets des anus contre nature.

Cavité intermédiaire. — Comme le fait remarquer Blin, cette cavité constitue une des particularités les plus caractéristiques des fistules stercoro-purulentes.

Presque toujours unique, le foyer peut, comme dans un cas de Chandelix, être formé par deux cavités isolées communiquant avec l'intestin par deux orifices distincts.

Sa capacité est très-variable : elle peut avoir le volume d'un œuf d'oie, ou être assez grande pour loger une tête de fœtus. Dans un fait cité par Verneuil, elle occupait toute la fosse iliaque et remontait jusques aux fausses côtes. Elle peut acquérir des dimensions encore plus considérables. Sédillot a publié une observation dans laquelle la cavité passait d'une fosse iliaque d'un côté à celle du côté opposé.

Ses parois sont très-irrégulières, présentant des dépressions, des culs-de-sac ; elles sont cloisonnées par des brides celluleuses, étendues d'une paroi à l'autre, ou flottant librement dans la cavité.

A l'intérieur ces parois sont lisses et polies sur certains points, granuleuses, bosselées, dures, de consistance squirreuse (Sédillot) sur d'autres. Dans un cas de Verneuil l'induration occupait toute la fosse iliaque, et au centre se trouvait la cavité anormale.

Dans leur constitution entrent les muscles, les aponévroses voisines ; d'autres fois ce sont des adhérences reliant les organes voisins, tels que le foie, le côlon ascendant, l'épiploon, le péritoine (cas de Chandelix), ou ces organes eux-mêmes qui limitent la cavité. Dans les cas de pérityphlite on a vu l'appendice vermiforme se confondre avec le tissu cellulaire induré, se dilater et constituer à lui seul la poche pyostercorale.

Le péritoine a pu être décollé et la cavité s'avancer jusque sous la paroi abdominale qui la ferme en avant.

Orifice intestinal. — Au fond de la cavité se trouve l'orifice intestinal ; le plus souvent cet orifice est simple, quelquefois il est multiple. Sa forme est généralement circulaire, tantôt irrégulière, et un peu infundibuliforme. Ses dimensions sont variables ; parfois ne mesurant que 4 à 5 millimètres de largeur, elle peut avoir le diamètre d'une pièce de deux francs ou de cinq francs.

La solution de continuité ne comprend généralement qu'une partie de la circonférence de l'intestin ; ce n'est que dans des cas exceptionnels que toute la circonférence de l'organe est détruite, et alors la lésion de l'intestin siège sur le cœcum au voisinage de son cul-de-sac.

C'est en effet presque toujours, comme nous l'avons dit plus haut, sur le gros intestin que siègent ces perforations, et presque toujours sur la partie postérieure, fait en opposition avec ce que nous avons vu pour l'anus contre nature, où la lésion intestinale occupe généralement la paroi antérieure de l'intestin. Au niveau de l'orifice intestinal la

muqueuse se continue avec la membrane pyogénique qui tapisse les parois de l'abcès ; quelquefois cette muqueuse fait saillie, et forme un bourrelet dans l'intérieur de la cavité intermédiaire (Blin).

Au-dessus et au-dessous de la perforation, l'intestin est épaissi, congestionné, quelquefois plus friable, recouvert au voisinage de l'abcès par une couche de lymphé plastique.

Par le fait de la propagation de l'inflammation, on trouve souvent du côté de la cavité abdominale, au voisinage de l'anse lésée, des traces de péritonite, adhérences, brides, qui relient les anses intestinales entre elles, et qui dans la suite pourront devenir la cause d'étranglement.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous n'avons pas à examiner ici les symptômes qui précèdent l'établissement de la fistule et qui se rapportent à la présence d'un abcès communiquant avec l'intestin, soit que l'abcès ait précédé la perforation intestinale, soit que celle-ci ait été primitive. Le principal symptôme consistera d'ailleurs dans l'existence d'un bruit de gargouillement se produisant par la palpation, et dû à la présence de gaz dans la cavité d'un abcès.

La fistule une fois confirmée, l'écoulement des matières stercorales, mélangées à une notable quantité de pus et de gaz, constituera le signe le plus caractéristique. Cet écoulement est excessivement fétide ; il est formé tantôt par une boue brunâtre, striée de pus ; tantôt par une humeur jaune sale. Ces différences tiennent à la quantité plus ou moins grande des matières fournies soit par l'intestin, soit par les parois de l'abcès.

Cet écoulement ne se fait pas, en effet, toujours d'une façon très-régulière, soit qu'on considère la quantité de matières qui sort par la fistule, soit qu'on tienne compte de la nature des produits excrétés. Il peut y avoir des intermittences qui tiennent à ce que l'orifice cutané et le trajet intermédiaire sont étroits, et à ce que l'abcès doit se remplir avant de se vider. Un changement de position, un effort pourront déterminer alors une évacuation abondante. Les mêmes causes pourront également faciliter la sortie des matières stercorales, qu'on peut pendant quelques jours ne pas voir se mélanger au pus. Blin cite l'exemple d'un malade chez lequel les matières stercorales ne sortaient pas dans la position couchée, mais seulement dans la position assise. Le siège de l'orifice intestinal sur telle ou telle paroi et sa disposition plus ou moins étroite, plus ou moins oblique, expliquent ces diverses particularités.

Malgré l'écoulement par la plaie des matières intestinales, les selles continuent à avoir lieu ; elles renferment presque toujours une quantité plus ou moins notable de pus. Cette persistance des selles est importante : car elle indique le peu de tendance à la formation de l'éperon, si commun dans les anus contre nature, et qui s'opposerait au passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

A ces signes il faut ajouter ceux qui sont fournis par l'exploration directe de la fistule et de la cavité intermédiaire avec le doigt ou avec

une sonde molle, introduite avec précaution. Les lavements de lait revenant par la fistule pourront également être utiles, si l'on se trouvait avoir quelques doutes sur l'existence de la perforation intestinale.

Les fistules stercoro-purulentes ont peu de tendance à la guérison spontanée, et la cause principale en est dans la présence de cette cavité intermédiaire si spacieuse, dont la disparition est nécessaire pour que la fistule guérisse. Or, pour que cette cavité disparaisse, il faut que la membrane pyogénique se transforme en membrane granuleuse, et que les parois opposées se rétractent et adhèrent entre elles. Mais, si l'on tient compte du mauvais état général des malades atteints de fistules stercoro-purulentes, mauvais état qui s'opposerait à toute réparation et à plus forte raison à la réparation d'une lésion souvent aussi considérable, on comprendra combien la guérison survient rarement par les seules forces de la nature.

Presque toujours on voit le malade s'affaiblir peu à peu, tomber dans l'hecticité, résultat d'une mauvaise nutrition, et surtout d'une suppuration prolongée, et succomber après plusieurs mois de souffrance.

COMPLICATIONS. — La marche de la maladie a pu être précipitée par quelques-unes de ces complications, qui surviennent dans toute suppuration, surtout si le pus, comme c'est souvent le cas dans les fistules stercoro-purulentes, ne trouve pas une issue facile au dehors. Nous n'avons qu'à signaler ces complications sans y insister : ce sont l'infection purulente, l'infection putride, auxquelles peuvent s'ajouter les érysipèles, les érythèmes, survenant par l'irritation de la plaie extérieure due au contact du pus.

PRONOSTIC. — D'après ce qui précède on voit que le pronostic de cette affection est très-grave. Abandonnée à elle-même, elle se termine presque toujours fatalement, le malade ayant peu de chance d'échapper aux complications qu'entraînent, d'une part la suppuration prolongée, d'autre part, la mauvaise nutrition, conséquence de la lésion intestinale. Cependant, ainsi que l'a montré Blin, l'affection est curable. Sur 72 cas, il a pu réunir 49 guérisons, résultats assez satisfaisants et bien faits pour encourager le chirurgien à tenter la cure des fistules stercoro-purulentes. Bien traitée et prise dès le début, la maladie présente donc un pronostic plus favorable ; ce pronostic dépendra surtout de la cause de la lésion, de la dimension de la cavité intermédiaire, de l'état général. Or, si l'on tient compte de tous ces obstacles à la guérison, les fistules stercoro-purulentes, suite de phlegmons de la fosse iliaque, seront, ainsi que le prouvent les faits, celles dans lesquelles une terminaison heureuse sera le moins souvent à espérer.

TRAITEMENT. — Au point de vue thérapeutique on devra se souvenir qu'une fistule stercoro-purulente se compose de deux éléments, la cavité purulente et la perforation intestinale, et que c'est principalement l'existence de la cavité purulente qui, soit par sa disposition, soit par la nature des produits qu'elle contient, entrave la guérison. Si donc on

arrivait à combler cette cavité, la fistule serait réduite à l'état de fistule stercorale simple, qui aurait la tendance la plus grande à se guérir spontanément.

La conduite du chirurgien est ainsi toute tracée ; il lui faut : 1° empêcher la stagnation du pus et des matières stercorales, mélange septique au premier chef ; 2° faciliter la granulation des parois de la cavité ; 3° prévenir ou neutraliser les qualités délétères du pus ; 4° relever ou soutenir la constitution menacée.

En ouvrant largement, soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère, en détergeant la plaie avec des lavages d'eau phéniquée, on satisfait au trois premières indications.

Si, au bout d'un certain temps, on n'avait pas obtenu par ces seuls moyens la fermeture de l'orifice intestinal, on pourrait alors avoir recours, soit à la cautérisation des bords de l'ouverture avec le thermo-cautère, soit à la suture ; en un mot, aux procédés que nous avons exposés plus haut, et qui ont pour but de fermer les anus contre nature.

CHAPITRE XIX

MALADIES DU BASSIN

Les traités classiques de chirurgie ne renferment pas de chapitre consacré à l'étude générale des maladies du bassin. Nous chercherons à combler en partie cette lacune, en présentant quelques considérations d'ensemble sur les lésions traumatiques et sur les lésions vitales et organiques qui peuvent affecter cette partie du tronc. Les maladies propres à chacun des organes intra-pelviens feront plus tard l'objet de chapitres spéciaux.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU BASSIN

1° Contusions.

Les contusions du bassin peuvent borner leurs effets aux parties molles, et ce genre de lésions n'est pas rare à la suite de coups, de chutes d'un lieu élevé, ou chez des individus pris dans un éboulement ou tamponnés entre deux voitures. Ces contusions sont fréquemment suivies d'un épanchement de sang, quelquefois très-considérable, placé soit entre la peau et l'aponévrose, dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit au-dessous de l'aponévrose fessière. Une ecchymose plus ou moins large accompagne généralement ces grandes collections sanguines ; mais lorsque celles-ci occupent un siège profond, l'ecchymose n'apparaît