

existe des points, des segments du tube intestinal qui sont paralysés. L'on peut et l'on doit tenter l'usage des courants électriques en une ou plusieurs séances.

Si, après quelques essais de ces méthodes médicales, les accidents d'étranglement ne s'amendent pas, il ne faut plus hésiter et ne pas perdre de vue que l'intervention chirurgicale est d'autant plus efficace qu'elle est plus prompte. Il y a peu d'années encore l'on n'osait pas ouvrir largement l'abdomen pour aller à la recherche de la cause d'arrêt des matières fécales. Depuis que l'emploi judicieux et régulier de l'antisepsie a démontré combien l'ouverture de l'abdomen était dans ces conditions chose infiniment moins grave qu'on ne le pensait, il n'y a plus lieu d'hésiter. On ouvrira l'abdomen sur la ligne blanche, à moins que la palpation ne fasse constater une tumeur, un empâtement manifeste en un point déterminé, point sur lequel on devra en ce cas pratiquer l'incision, puis on ira à la recherche de l'obstacle et on le lèvera, en incisant une bride s'il en existe, en déroulant l'intestin ou en le déplissant, en enlevant la tumeur comprimante, etc. Mais il peut advenir qu'une portion plus ou moins longue de l'intestin soit obstruée, déjà sphacélée, et même perforée. En pareil cas on n'hésitera pas, et on extirpera toute la longueur mortifiée en n'oubliant pas que mon excellent ami Kœberlé a pu extirper plus de 2 mètres d'intestin grêle et guérir son opéré. Une fois la partie malade enlevée (entérectomie) il importe de rétablir le cours des matières; deux manières de procéder se présentent : ou bien réunir par entérorraphie les deux bouts divisés, au moyen de sutures au catgut, ou bien les amener tous les deux à la plaie abdominale pour constituer ainsi un anus contre nature que l'on opérera plus tard comme nous le dirons dans le prochain chapitre. La méthode que l'on choisira dépendra de la hauteur à laquelle siège l'obstacle; s'il existe dans la partie supérieure de l'intestin grêle, l'anús contre nature sera contre-indiqué, car en effet l'absorption des matières nutritives n'aura pas eu le temps de se faire dans le court espace qui sépare le pyllore d'avec l'ouverture du bout supérieur sectionné; dans tous les autres cas je crois que la création d'un anus contre nature par adossement des deux bouts sectionnés et opération ultérieure est le procédé le plus fécond en résultats favorables. Il est presque inutile de rappeler qu'après l'opération quelle qu'elle soit, section d'une bride, déroulement ou déplissement de l'intestin, entérectomie, etc., la toilette péritonéale devra être faite de la manière la plus exacte, et que toujours toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses devront être prises et maintenues jusqu'à guérison complète. On immobilisera l'intestin par l'usage des préparations opiacées.

#### ARTICLE VII. — ANUS CONTRE NATURE.

Toutes les fois que le tube digestif vient s'ouvrir sur un point quelconque des parois abdominales autre que l'anús normal, il y a *anus contre nature*; lorsque l'ouverture est petite et que la plus grande partie des matières est rejetée au dehors par l'anús normal, l'on dit qu'il existe une *fistule stercorale*.

Pour des raisons embryologiques que nous exposerons en étudiant les vices de conformation de l'anús, l'intestin peut congénitalement s'ouvrir au dehors en un point anormal des téguments ou dans la vessie par conservation du cloaque. Nous ne nous occuperons ici que des anus contre nature dus à des traumatismes accidentels ou chirurgicaux et à des ouvertures consécutives à des mortifications des parois intestinales, déterminant soit directement, soit après un abcès stercoral, l'ulcération des parois abdominales, ulcération qui établit ainsi une ouverture anormale.

Quand un traumatisme ouvre le tube intestinal, les matières digestives tendent à sortir par cette voie anormale. Si la paroi de l'intestin blessé est adossée contre la paroi abdominale, et si pour une cause quelconque les matières ne peuvent pénétrer dans la cavité péritonéale, elles s'écoulent au dehors. Sous l'influence de la pression intra-abdominale la portion blessée tend, comme une hernie, à s'engager entre les bords de la plaie des parois ventrales, en se coudant de telle manière que les deux bouts de l'intestin se retrouvent entre les lèvres de la plaie; mais les matières alvines ne sortent que par le bout supérieur. Le cas que nous supposons ici ne saurait exister à moins que des adhérences péritonéales antérieures n'aient soudé les parois intestinales contre les parois ventrales.

La soudure ne peut être le résultat que d'adhérences péritonéales, de fausses membranes établissant un véritable canal entre la plaie intestinale et la plaie des parois abdominales de telle manière que les matières ne puissent pénétrer dans le péritoine. Déjà à plusieurs reprises nous avons dit comment se font les adhérences; l'endothélium de la séreuse, disparu par cause traumatique ou irritative, met à nu le tissu connectif sous-jacent qui prolifère rapidement par kariokynèse; des trabécules molles, embryonnaires, soudent les deux faces péritonéales et deviennent plus tard fibreuses et solides. On peut donc admettre que l'ouverture de l'intestin peut dans certains cas être directement accolée contre la paroi, mais la pression intra-abdominale tendant à faire engager l'anse vulnérée entre les lèvres de la plaie pariétale, à la faire hernier, l'on trouvera nécessairement, ainsi que nous l'avons dit, au niveau de l'anús contre nature, le bout supérieur qui par sa solution de continuité laisse écouler les liquides digestifs et le

bout inférieur vide. Quand l'intestin blessé n'est pas situé au niveau immédiat de la plaie pariétale, les matières épanchées dans le péritoine peuvent déterminer la production d'une péritonite partielle qui par formation des fausses membranes se limitera d'avec le reste de la cavité péritonéale. Cette poche stercorale contractera à son tour des adhérences avec le pourtour de la blessure pariétale et l'anus contre nature se trouvera muni d'un canal intermédiaire.

Lorsque l'anus contre nature s'ouvre directement au dehors, il présente toujours une saillie, un éperon intermédiaire entre les deux bouts de l'anse ouverte. Pour comprendre la formation de cet éperon supposons que nous prenions un tube de caoutchouc et que nous le replions sur lui-même, nous aurons ainsi un bout supérieur et un bout inférieur qui par une partie de leur circonférence seront adossés l'un à l'autre; si maintenant nous pratiquons une ouverture sur le point

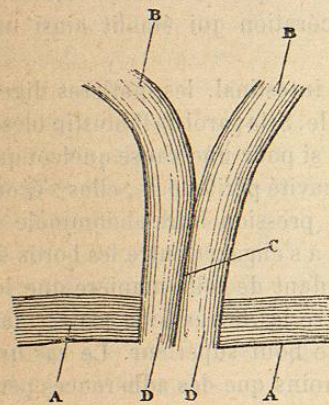


Fig. 82. — AA, paroi abdominale; BB, anse intestinale s'ouvrant en DD par deux orifices cutanés; C, adossement des deux tubes qui constitue l'éperon.

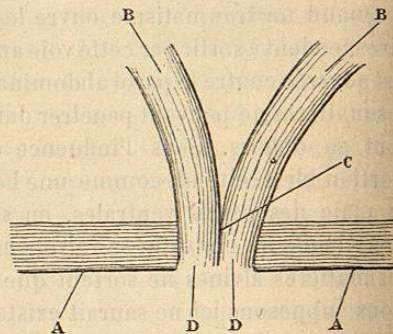


Fig. 83. — AA, paroi abdominale; BB, anse intestinale ouverte en DD sur la paroi; C, éperon moins long que dans le schéma précédent.

où le tube est coudé, ouverture qui ne comprendra que la surface extérieure et qui nous permettra de voir dans l'intérieur de la cavité du tube, nous constaterons que la paroi non ouverte formée par l'adossement des deux bouts supérieur et inférieur fait à l'intérieur une saillie, un éperon qui vient plus ou moins au contact avec le centre de l'ouverture pratiquée sur la surface extérieure. L'éperon dans l'anus contre nature se produit de la même manière, car l'anse intestinale est poussée entre les lèvres de la plaie par la pression intra-abdominale qui la replie comme nous avons plié le tube en caoutchouc.

Il peut arriver que le coude formé par l'anse ouverte soit moins aigu, la saillie constituée par l'éperon est alors moins saillante et n'arrive pas jusqu'à l'ouverture extérieure : il reste donc un trajet intermédiaire

entre la paroi abdominale et l'intestin. Ce trajet sera moins long certainement et surtout ne présentera pas de dilatation comme dans le cas d'abcès stercoral ouvert au dehors. Mais on pourra toujours y constater une portion pariétale, comprise entre les parois abdominales et une portion plus ou moins longue, péritonéale, comprise entre l'ouverture de ces parois et celle de l'intestin. Ce trajet intermédiaire, auquel on a

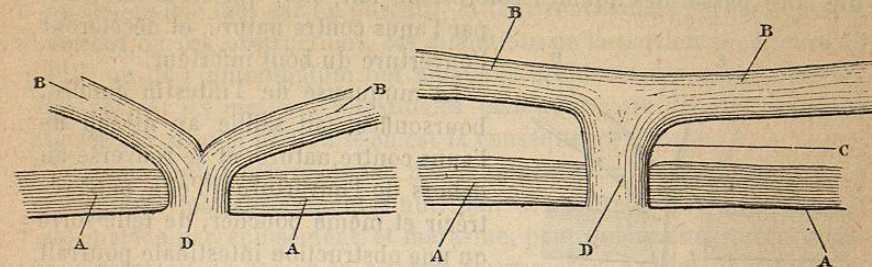


Fig. 84. — AA, paroi abdominale; BB, anse intestinale ouverte en D avec trajet intermédiaire entre la paroi et l'anus contre nature.

Fig. 85. — AA, paroi abdominale; BB, intestin ouvert en D par un trajet intermédiaire C étendu de la plaie intestinale à l'anus contre nature.

donné le nom d'infundibulum, existe surtout quand l'anus contre nature est consécutif à des hernies étranglées; sa paroi est constituée par les débris du sac et par les adhérences cellulo-fibreuses qui pouvaient exister avant la perforation.

L'éperon, le repli ainsi formé établira donc une barrière entre le bout supérieur et le bout inférieur du tube digestif, et les matières ne pou-

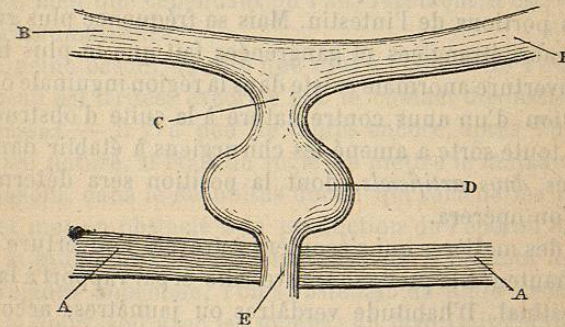


Fig. 86. — AA, paroi abdominale; BB, intestin; C, trajet intermédiaire élargi en D et formant un abcès stercoral; E, anus contre nature.

vant plus s'engager dans ce dernier s'écouleront toutes à la surface de la plaie pariétale. Il semble au premier abord qu'il doit être facile de reconnaître cette saillie et de distinguer dans l'anus contre nature l'ouverture de chacun des deux bouts, mais c'est là souvent chose fort difficile et qui cependant devient indispensable quand il s'agit d'opérer

cette cruelle infirmité. En effet les matières qui passent toujours par le bout supérieur, le bout inférieur étant au contraire vide, tendront par leur poids, par la pression qu'elles subissent, à rejeter vers en bas la saillie formée par l'éperon et cette saillie cachera absolument l'ouverture du bout inférieur. Aussi, pour le reconnaître, a-t-on préconisé, quand l'ouverture existe en un point où peuvent atteindre les lavements, d'y faire passer des liquides colorés, du lait, etc., qui se déverseront

par l'anus contre nature, et décèleront l'ouverture du bout inférieur.

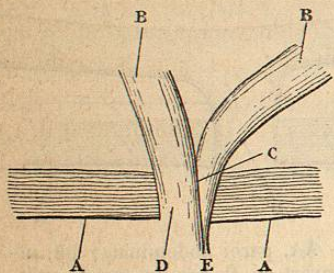


Fig. 87. — AA, paroi abdominale; BB, anse intestinale; D, ouverture du bout supérieur; C, éperon qui repousse en bas le bout inférieur dont l'ouverture extérieure E est dissimulée.

La muqueuse de l'intestin gonflée, boursoufflée, fait saillie au niveau de l'anus contre nature, et se renverse au dehors de l'ouverture qu'elle peut rétrécir et même boucher, de telle sorte qu'une obstruction intestinale pourrait en être la conséquence. Souvent même c'est toute la muqueuse et même une partie de la longueur de l'intestin qui s'invagine dans l'ouverture de l'anus contre nature; il se forme alors une tumeur plus ou moins considérable qui, en raison de la résistance du mésentère, affecte une forme curviligne. Facile à réduire d'ordinaire, cette tumeur peut cependant dans quelques cas contracter des adhérences périphériques qui la rendent irréductible.

L'anus contre nature peut, quand il est dû à un traumatisme, exister sur toutes les portions de l'intestin. Mais sa fréquence plus grande à la suite des hernies étranglées et gangrenées fait que le plus habituellement cette ouverture anormale existe dans la région inguinale ou crurale.

L'anus contre nature peut, quand il est dû à un traumatisme, exister sur toutes les portions de l'intestin. Mais sa fréquence plus grande à la suite des hernies étranglées et gangrenées fait que le plus habituellement cette ouverture anormale existe dans la région inguinale ou crurale.

La production d'un anus contre nature à la suite d'obstructions intestinales de toute sorte a amené les chirurgiens à établir dans des cas analogues des *anus artificiels*, dont la position sera déterminée par le point où l'on opérera.

La nature des matières qui s'écoulent à travers l'ouverture anormale varie avec la hauteur à laquelle se trouve celle-ci par rapport à la longueur du tube intestinal. D'habitude verdâtres ou jaunâtres, accompagnées de gaz, elles ne s'écoulent pas constamment, et succèdent surtout à l'ingestion des aliments ou des boissons. Le temps plus ou moins long qui s'écoule entre le repas et la sortie des matières, de même que leur état de digestion plus ou moins parfaite, permet au chirurgien de se faire une opinion sur la hauteur à laquelle existe la perforation intestinale. Si elle siège très haut, si la digestion et l'absorption ne peuvent se faire, la lésion est incompatible avec la vie; lorsqu'au contraire l'anus contre nature a son siège plus bas, si surtout c'est le gros intestin qui est ouvert,

la nutrition générale peut se faire régulièrement et l'affection est compatible avec la vie, mais au prix d'une infirmité dégoûtante qui amène toujours le malade à demander d'en être débarrassé.

Souvent à la suite d'un repas trop copieux ou par paresse de l'intestin il peut se faire un arrêt des matières au-dessus de l'ouverture anale anormale, une véritable obstruction, qui amène les accidents que nous connaissons. Au bout de quelques heures une débâcle se produit; on l'aide s'il le faut par un purgatif, et tout rentre dans l'ordre. On a vu des cas où ces obstructions, ces dilatations de la portion supérieure du tube ou de l'infundibulum ont amené la déchirure des adhérences péritonéales; les matières intestinales pénètrent alors dans la cavité de la séreuse et une péritonite en est la conséquence.

L'anus contre nature, quand par sa position sur le tube digestif il ne compromet pas absolument la nutrition et n'entraîne pas ainsi la mort du malade par épuisement et marasme, peut quelquefois guérir spontanément ou au moins se rétrécir de manière à ne plus laisser passer qu'une petite quantité de matières, il devient donc alors une fistule stercorale. En pareil cas le mésentère allongé par le plissement de l'anse et la production d'un éperon plus ou moins long revient sur lui-même, se rétracte, attire vers le dedans l'anse blessée, constitue un infundibulum ou l'allonge si déjà il existe. L'éperon ayant alors disparu, les deux bouts de l'intestin se redressent, l'un par rapport à l'autre, et l'on comprend qu'une partie d'abord, presque la totalité des matières alvines plus tard, reprennent leur cours régulier et qu'il ne passe plus par l'anus contre nature, devenu fistule stercorale, qu'une faible partie de ces matières. Cette terminaison heureuse s'observe surtout à la suite des hernies étranglées, bien que cependant on l'ait, rarement il est vrai, constatée après des traumatismes.

Il est à peine besoin de dire que tout à l'entour de l'ouverture anormale la peau est irritée, excoriée par le contact des matières.

**Traitement.** — Il y a peu de temps encore, après l'ouverture d'un anus contre nature, il était de règle de mettre le malade dans le repos le plus absolu, dans le décubitus dorsal qui relâche les muscles abdominaux et met un obstacle à la production de l'éperon et au renversement de la muqueuse. On cherchait à savoir la hauteur à laquelle existait l'ouverture anormale, l'on s'abstenait de toute recherche directe soit avec le doigt, soit avec les sondes; on favorisait l'établissement des adhérences péritonéales de manière à éviter toute chance de péritonite. Lorsque l'anus contre nature se rapprochait de la partie supérieure du tube digestif et compromettait la nutrition, on s'efforçait d'entretenir les forces soit par une alimentation très substantielle, soit encore par des lavements nutritifs, les peptones en particulier. Tous ces moyens médicaux pouvaient sans nul doute fournir quelques rares succès; mais d'une part rien ne garantissait contre la possibilité d'une péritonite

qui toujours pouvait survenir, et d'autre part cette méthode d'alimentation factice, avantageuse pendant un temps, ne pouvait être indéfiniment prolongée. Quand donc la perforation avait son siège sur le jéjunum ou les parties supérieures de l'iléon le malade était fatalement condamné à mourir tôt ou tard dans le marasme après avoir traîné une existence rendue misérable par cette répugnante infirmité.

Quand une fois les adhérences étaient constituées et maintenues, quand le canal anormal sans infundibulum, avec saillie de l'éperon, était bien établi, on s'efforçait de détruire ce repli, cette barrière placée entre le bout supérieur et le bout inférieur et de rétablir ainsi le cours régulier des matières. On sectionnait l'éperon soit directement, soit au moyen de fils serrés par des serre-nœuds après les avoir fait passer par la base du repli saillant, puis enfin on appliquait l'entérotome de Dupuytren avec toutes les modifications qu'y apportèrent successivement les chirurgiens. Ces pinces amenaient par compression persistante la mortification de la partie comprise entre leurs mors, en même temps que périphériquement à l'éperon mortifiés s'établissaient des fausses membranes formant barrière du côté de la cavité péritonéale. L'obstacle au passage des matières ayant disparu, celles-ci reprenaient leur cours, du bout supérieur vers le bout inférieur de l'anse intestinale; il restait au dehors une fistule stercorale que l'on oblitérait soit par les cautérisations, soit par l'autoplastie.

Aujourd'hui encore cette méthode est excellente, elle fournit d'excellents résultats; mais pour l'appliquer il faut avoir bien nettement reconnu l'ouverture des deux bouts, car l'entérotome ne peut être appliqué que sur le repli qui constitue l'éperon, repli qui toujours sépare les ouvertures des deux bouts de l'intestin. Si l'on voulait appliquer un entérotome sans avoir bien reconnu l'existence de l'éperon et sans avoir placé les branches de l'instrument sur les deux faces de ce repli, on détruirait la paroi intestinale sur une étendue plus ou moins grande et l'on ne ferait qu'augmenter la perforation sans avoir remédié à rien. Or il n'est pas toujours facile de trouver les deux ouvertures, surtout lorsque l'anus contre nature siège au-dessus du cæcum et que les liquides colorés injectés par l'anus ne peuvent déceler le bout inférieur. Dupuytren est resté des mois sans pouvoir le découvrir sur un de ses malades. Lorsque d'autre part la tumeur déterminée par le prolapsus et le renversement de la muqueuse intestinale, ou encore par l'invagination d'une portion de l'intestin lui-même, est considérable et qu'elle a contracté des adhérences périphériques, l'application de l'entérotome devient impossible; il en est de même quand par suite de déplacement, de torsion des deux bouts de l'intestin ou de l'un d'eux, leur situation respective est devenue anormale, car alors l'éperon devient des plus difficiles à reconnaître.

D'autre part encore il peut arriver, ainsi que nous l'avons dit, que

l'éperon n'existe pas. Quand en pareil cas la perforation est petite, le cours des matières n'éprouve que peu de difficultés à se rétablir et l'anus contre nature devient naturellement et bientôt une fistule stercorale, mais lorsque la perte de substance de l'intestin est considérable, les matières alvines s'écoulent toutes au dehors par cette large ouverture, et il faut recourir à un autre mode de traitement, l'entérotomie n'étant applicable qu'au cas où il existe un éperon qui obstrue le passage et que l'on veut détruire.

Depuis que l'antisepsie rigoureusement appliquée a permis de pratiquer presque impunément toutes espèces d'opérations sur l'abdomen et a démontré combien facilement on pouvait sans grands dangers ouvrir le péritoine et en faire la toilette, les conditions du traitement de l'anus contre nature se sont bien modifiées. Aussi suis-je aujourd'hui d'avis que toutes les fois qu'après un traumatisme on vient à constater l'existence d'un anus contre nature, au lieu de perdre du temps à le traiter par les méthodes médicales et à tenter d'obtenir l'établissement de fausses membranes, l'on doit ouvrir l'abdomen et opérer par entérorrhaphie, alors surtout que la plaie intestinale est rapprochée de l'estomac. Lorsqu'au contraire l'anus contre nature est survenu à la suite d'une hernie étranglée, si la surface gangrenée ne s'étend pas très loin sur l'intestin, et si aucune des complications que nous avons signalées n'existe, on pourra temporiser et pratiquer plus tard l'entérotomie.

Dans les cas de complications, il sera toujours plus avantageux d'ouvrir l'abdomen, d'aller à la recherche de l'anse intestinale ouverte, d'exciser circulairement toutes les parties mortifiées et de se conduire comme nous l'avons dit en parlant du traitement des obstructions intestinales, soit en amenant à la paroi abdominale les deux bouts de l'intestin sectionnés et adossés comme deux canons de fusil, en les suturant à cette paroi sauf à détruire plus tard la cloison qui les sépare; soit encore en les invaginant l'un dans l'autre et en pratiquant la suture par les procédés qu'indiquent les traités de médecine opératoire. — Pour les anus artificiels pratiqués le plus habituellement dans la région lombaire dans les cas de cancers du rectum, nous renvoyons au chapitre suivant.

## ARTICLE VIII. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

### § 1. — Lésions traumatiques du rectum.

#### A. — Plaies.

Les plaies du rectum peuvent être produites de dedans en dehors ou de dehors en dedans; les premières sont toujours dues à des corps