

au fond de la perte de substance éprouvée par ce dernier. Il est formé par l'adossement, sous un angle variable, de la portion non mortifiée de la paroi postérieure des deux bouts de l'intestin; ou par l'adossement de la paroi mésentérique des deux bouts placés parallèlement l'un à l'autre en cas de gangrène de toute une anse d'intestin. L'éperon, examiné par la cavité intestinale, a la forme d'un croissant dont la base adhère à la face concave de l'intestin et dont le bord libre proémine plus ou moins en avant. Au début, il divise en deux parties égales le fond de l'entonnoir; plus tard, il est incessamment repoussé vers le bout inférieur par les matières qui sortent du bout supérieur. Il peut avoir une disposition telle qu'il oppose un obstacle permanent au passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Si on examine l'éperon par la cavité abdominale, on reconnaît qu'il se dédouble; le mésentère est reçu dans l'intervalle des deux parois intestinales qui le forment.

Lorsque l'anus contre nature a eu une certaine durée, que les matières intestinales, s'échappant en totalité par l'ouverture anormale, cessent complètement de passer par le bout inférieur, il se fait des changements dans la structure des deux bouts de l'intestin. Le bout supérieur conserve son calibre, quelquefois même prend une ampleur plus grande; les fibres de la tunique musculaire s'hypertrophient (E.-Q. Legendre); les vaisseaux augmentent de volume; la portion correspondante du mésentère et les ganglions lymphatiques de ce dernier prennent un accroissement de volume. Des phénomènes inverses se passent dans le bout inférieur; celui-ci se rétrécit notablement, les parois s'amincissent; les vaisseaux, la portion correspondante du mésentère, diminuent de volume. Il est rare que ce retrait aille jusqu'à l'effacement complet du calibre de l'intestin, et l'on cite comme exceptionnel le cas observé par Bégin, d'une oblitération du bout inférieur, dans l'étendue de 20 centimètres à partir de l'anus contre nature; l'infirmité existait depuis quarante ans.

**Troubles fonctionnels.** L'anus contre nature étant dépourvu de sphincter, laisse couler incessamment au dehors les matières intestinales. Cet écoulement n'est pas permanent; il s'opère pendant la période de digestion intestinale, et à une époque d'autant plus rapprochée de l'ingestion des aliments, que l'anus contre nature occupe une situation moins éloignée de l'estomac. D'après Lallemand (de Montpellier), la forme sous laquelle les aliments sont pris, leur nature, leur cohésion, ont de l'influence sur la durée de leur séjour dans l'intestin. L'aspect, la consistance, la féidité des matières varie suivant la situation de l'anus anormal; le plus souvent les matières sont peu liées, très-fluides, jaunes ou verdâtres. La quantité de matières qui sortent par l'ouverture anormale varie suivant la fréquence des repas, l'étendue de la solution de continuité de l'intestin. Dans l'intervalle des digestions, le bout supérieur laisse échapper par l'anus contre nature un liquide formé par un mélange de bile, de suc pancréatique, de matières sécrétées par la muqueuse intestinale. Lorsque toute communication n'est pas interceptée entre le bout supérieur et l'inférieur, le malade peut avoir des garde-robes naturelles, à intervalles variables. Mais lorsque

le bout inférieur ne reçoit plus aucune matière du bout supérieur, les selles sont à peu près complètement supprimées; de temps en temps, le malade rend par l'anus quelques matières blanchâtres formées par le produit de la sécrétion intestinale.

L'anus contre nature compromet plus ou moins gravement, d'après la situation de la brèche intestinale par rapport à l'estomac, la santé générale, en raison de l'insuffisance du travail d'absorption des matières contenues dans l'intestin pendant la digestion. La plupart des malades maigrissent et finissent même par tomber dans le marasme. Quelquefois, ainsi que le témoignent les observations de Hoin, Leblanc, etc., l'embonpoint se conserve.

**Marche. Terminaisons.** L'anus contre nature abandonné à lui-même se comporte de diverses manières: chez quelques malades, cette infirmité persiste indéfiniment sans entraîner de troubles notables dans la santé générale; chez d'autres, elle produit l'amaigrissement, plus tard le marasme, et finalement la mort par défaut de nutrition. Il en est chez lesquels l'anus contre nature guérit spontanément, soit d'une manière radicale, soit en laissant un pertuis par où s'échappent encore de temps en temps des matières intestinales (fistule stercorale).

Nous avons exposé, à la page 667, le mécanisme de la guérison spontanée des anus contre nature. Rappelons ici que, d'après Scarpa, la rétraction des bouts de l'intestin du côté du ventre d'une part, la présence de l'entonnoir membraneux de l'autre, concourent à ce résultat. La rétraction des deux bouts de l'intestin en arrière est opérée par le mésentère, ainsi que par l'élasticité du tissu cellulaire qui unit le col du sac aux parois abdominales. Cette rétraction a pour effet de redresser l'intestin, et conséquemment de diminuer la saillie de l'éperon. Dans les premiers temps, la présence de l'éperon s'oppose au passage des matières intestinales du bout supérieur dans l'inférieur; toutes ces matières s'écoulent au dehors, en suivant le trajet de l'entonnoir membraneux. Plus tard, à mesure que l'intestin rentre dans l'abdomen, la distance comprise entre le bord de l'éperon et l'ouverture extérieure augmente; une partie des matières stercorales contourne l'éperon et passe dans le bout inférieur. Le sommet de l'entonnoir membraneux se rétrécit de plus en plus; la base s'élargit, et après un certain temps, les deux bouts de l'intestin communiquent librement l'un avec l'autre. Le cours naturel des matières est rétabli, leur passage au dehors complètement interrompu, et l'orifice extérieur se ferme.

Dupuytren a surtout invoqué, pour expliquer le retrait de l'intestin, l'action du mésentère. Ce repli du péritoine, fixé d'une part à la colonne vertébrale, de l'autre à l'angle de l'anse intestinale, remplit le rôle d'un cercle tendu dont l'action se fait sentir dans les divers mouvements du tronc. Dans quelques cas, la tension de cette corde mésentérique a été assez grande pour rompre les adhérences de l'intestin. Demeaux et Q. Legendre ont attribué le retrait de l'intestin aux contractions répétées de l'organe, dues à une hypertrophie de la tunique musculuse.

On ne saurait se dissimuler que Scarpa a exagéré le rôle de l'entonnoir

membraneux. Considérant cet entonnoir comme indispensable à la guérison de l'anus contre nature, il envisageait comme incurable cette infirmité, lorsqu'elle succède à une plaie de l'intestin, à cause de l'absence de l'entonnoir dans ce dernier cas. Il existe cependant de nombreux exemples de guérison de ce genre, rapportés par S. Cooper, Percy, Larrey, Marjolin, etc. Pour expliquer ces faits, il faut bien admettre que la rétraction des bouts de l'intestin est produite par le mésentère et les contractions intestinales; c'est ainsi que la résistance du tissu cicatriciel est surmontée: ce tissu se distend, s'allonge pour suivre les orifices des deux bouts de l'intestin dans leur retrait. Une fois le cours des matières rétabli, le trajet accidentel se rétracte à son tour et finit par se cicatrifier.

La formation et le développement de l'entonnoir membraneux, le retrait de l'intestin dans la cavité abdominale, le rétrécissement de la plaie extérieure, sont autant de circonstances qui favorisent la guérison spontanée. Le passage des gaz par l'anus est un signe précurseur de cette guérison. Celle-ci s'obtient difficilement, lorsque la hernie est dépourvue d'un sac pouvant concourir à la formation de l'entonnoir membraneux; lorsque le tissu de cicatrice qui unit l'intestin à la paroi abdominale ne cède pas à la traction du mésentère; que l'éperon est très-saillant et incliné vers le bout inférieur de manière à le fermer comme une soupape; que le bout inférieur de l'intestin est très-rétréci; que les deux bouts d'intestin sont éloignés l'un de l'autre.

**Complications.** Ce sont le renversement des bouts de l'intestin, l'engorgement de l'entonnoir membraneux, l'infiltration des matières fécales entre les aponévroses des muscles de l'abdomen et sous les téguments.

**Renversement des bouts de l'intestin.** Il en est de deux sortes: tantôt la muqueuse seule s'engage à travers l'ouverture de l'intestin; tantôt il y a une véritable invagination de l'intestin. Le prolapsus simple de la muqueuse est le plus commun. Il se fait plus souvent du côté du bout supérieur que de l'inférieur. La muqueuse invaginée forme une tumeur simple ou double, suivant que le prolapsus a lieu par un seul bout ou par les deux, d'un volume qui varie de 2 à 50 centimètres, de forme conique, à surface d'un rouge plus ou moins vif, mollasse, avec des replis valvulaires, enduite de mucosités blanchâtres, peu douloureuse à moins qu'elle ne soit exposée à l'action continue du froid, présentant des mouvements analogues aux mouvements péristaltiques de l'intestin, lorsqu'il y a une véritable invagination. On distingue le renversement du bout inférieur de celui du bout supérieur, d'après l'endroit de la tumeur par lequel les matières intestinales s'échappent; si c'est le bout inférieur qui est renversé, les matières sortent par la base du cône; si c'est le bout supérieur, l'écoulement des matières se fait par le sommet du cône. Pour faire cette distinction, on a recours encore à l'administration par la bouche d'une boisson colorée, qui sort alors en partie par le bout supérieur; si l'anus contre nature siège sur le gros intestin, on fait prendre un lavement qui est rendu par le bout inférieur.

Le renversement de l'intestin survient à toutes les périodes de l'anus

contre nature. Il est provoqué par des efforts de tous genres: toux répétée, difficultés de défécation, action de soulever de lourds fardeaux, etc. Quelquefois la tumeur se réduit spontanément; d'autres fois l'intestin devient irréductible, soit en conséquence du volume de la tumeur, soit en raison des adhérences contractées par le péritoine invaginé. Il est possible encore que la tumeur s'étrangle.

La première indication à remplir, en cas de renversement de l'intestin par l'un ou l'autre bout, est de réduire la tumeur par le taxis. Si ce moyen échoue, il convient de mettre en usage la méthode de Desault, consistant à recouvrir la tumeur de doloires peu serrées, en laissant toujours une ouverture suffisante pour le passage des matières. La constriction est aussi forte au sommet de la tumeur qu'à la base; on en augmente la force à mesure que les parties s'affaissent. En cas d'étranglement de la tumeur, on débride en divisant la peau et les aponévroses autour de l'ouverture extérieure de l'anus contre nature.

**Engorgement de l'entonnoir membraneux.** Il arrive parfois que la petite cavité demi-circulaire qui fait communiquer le bout supérieur avec le bout inférieur de l'intestin, après la guérison de la plaie extérieure, se remplit d'aliments mal digérés ou par des corps non digérables, arêtes de poisson, noyaux de fruits, etc.; les malades éprouvent des douleurs vives aux environs de la cicatrice, le ventre se tend, il y a des vomissements, du hoquet, tous les symptômes d'un étranglement interne. Si la cicatrice extérieure s'ouvre pour donner passage aux matières, tous les accidents cessent. Si la cicatrice est assez solide pour résister, il peut y avoir une rupture du bout supérieur de l'intestin, et par suite un épanchement de matières fécales dans le ventre. Il faut donc se hâter, dans les cas de ce genre, d'ouvrir une issue aux matières fécales, en dilatant l'ouverture fistuleuse si celle-ci existe, en incisant la cicatrice, si celle-ci est complète.

Dans d'autres cas, l'engorgement des matières a lieu dans le bout supérieur de l'intestin. On le combat par des purgatifs, des lavements, l'introduction de sondes dans le bout supérieur pour provoquer la sortie directe des corps étrangers.

**Infiltration de matières fécales entre les aponévroses des muscles de l'abdomen et sous les téguments.** Cet accident est souvent la conséquence de l'engorgement de l'entonnoir membraneux. Il donne lieu à des abcès dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Une fois ces abcès ouverts, il s'en écoule un mélange de pus et de matières fécales. Si l'infiltration s'étend au loin, il se forme un phlegmon diffus avec mortification des tissus. Le meilleur moyen de prévenir une terminaison grave, est d'inciser largement les parties qui sont le siège de l'infiltration et de rouvrir la cicatrice pour donner une issue aux matières intestinales.

**Rougeur, inflammation, excoriation de la peau qui entoure l'anus contre nature.** Elles sont la conséquence du contact habituel des téguments avec les matières qui s'échappent de l'ouverture anormale. C'est par des soins de propreté minutieux, des applications de corps gras sur la peau qu'on prévient ces accidents.