

Diagnostic. Il est généralement facile, en raison des caractères physiques des matières qui s'écoulent par l'ouverture anormale, et des relations qui existent le plus communément entre la production de cette ouverture et l'existence antérieure d'une hernie ou d'une blessure de l'abdomen.

Pronostic. Il est toujours grave, parce que l'anüs contre nature est une infirmité dégoûtante, que l'art n'arrive pas toujours à guérir; que dans certaines circonstances la santé, la vie même, sont gravement compromises par l'influence que l'anüs anormal exerce sur le travail d'assimilation des matières alimentaires. Il résulte de ce qui a été dit précédemment, que les chances de guérison sont plus grandes dans l'anüs contre nature qui succède à une hernie avec gangrène que dans l'anüs contre nature suite de blessure de l'intestin; qu'elles sont d'autant moins favorables que la brèche de l'intestin est plus large; qu'il y a péril prochain d'autant plus grand que l'anüs contre nature est plus rapproché de l'estomac.

Traitement. Il est curatif ou palliatif.

TRAITEMENT CURATIF. Avant d'entreprendre la guérison de l'anüs contre nature, on combat les complications (voy. p. 677). On cherche ensuite à rétablir le cours des matières fécales du bout supérieur dans l'inférieur, en affaissant ou en divisant l'éperon; alors seulement on s'occupe de fermer l'ouverture extérieure. On débute par cette dernière indication, lorsqu'en l'absence de l'éperon, les matières passent facilement du bout supérieur dans l'inférieur.

(A) MOYENS PROPRES A RÉTABLIR LE COURS DES MATIÈRES FÉCALES. Le régime a une influence incontestable: Lapeyronie a préconisé une nourriture légère et peu abondante, dont Louis a fait ressortir tous les inconvénients, à savoir: le rétrécissement de l'intestin dans le point lésé, ce qui peut donner lieu à des accidents, notamment à la rupture de l'intestin à l'endroit correspondant à l'anüs contre nature, lorsque plus tard le malade commence à se nourrir abondamment. Scarpa est au contraire partisan d'une nourriture abondante et de facile digestion, ce qui a pour effet de dilater progressivement l'entonnoir membraneux. On a aussi préconisé le *décubitus dorsal* prolongé, auquel Dupuytren attribue l'avantage de favoriser le retrait des deux bouts d'intestin sous l'influence de l'élasticité du mésentère.

Compression de l'éperon. Elle a été exécutée de diverses manières: Desault, l'inventeur de la méthode, introduisait de longues *mèches de charpie* dans le bout supérieur et dans le bout inférieur de l'intestin, par l'ouverture de l'anüs contre nature; il les fixait par un fil retenu à l'extérieur. La mèche était soutenue par un tampon de charpie de forme pyramidale, et augmentée progressivement de diamètre. Lorsqu'il supposait l'éperon suffisamment affaissi, il retirait la mèche et continuait la compression sur l'ouverture extérieure. Dupuytren a substitué aux mèches un *croissant d'ivoire* ou *d'ébène* supporté par une tige; celle-ci était soutenue par une plaque percée de trous pour recevoir des fils propres à fixer l'instrument autour du bassin. Colombe s'est servi d'une grosse *canule en gomme* dont les extrémités étaient introduites dans le bout supérieur et dans le bout inférieur de l'intestin, pendant que la partie moyenne appuyait par

sa concavité sur l'éperon. La compression de l'éperon ne réussit que lorsque ce dernier est peu saillant.

Perforation de l'éperon. En 1798, Schmalkalden perfora la base de l'éperon à l'aide d'une aiguille courbe munie d'une forte ligature destinée à couper progressivement d'arrière en avant l'angle saillant des deux bouts de l'intestin, c'est-à-dire l'éperon. Ce procédé a été renouvelé par Physick en 1809, et par Dupuytren en 1813.

Section de l'éperon. Ce procédé appartient à Dupuytren; on l'exécute avec un instrument particulier construit sur les indications de ce chirurgien, et que l'on appelle *entérotome*. Cet instrument se compose de deux branches et d'une vis de pression. L'une de ces branches (M, fig. 239), appelée *branche mâle*, parce qu'elle est reçue dans l'autre, est formée d'une lame ondulée; à l'union de la lame avec le manche (en o) existe une mortaise. L'autre branche, appelée *femelle* (F) parce qu'elle est destinée à recevoir la première dans la gouttière ondulée qu'elle offre, est pourvue, à l'union de cette gouttière avec le manche (en o), d'un pivot tournant qui est reçu dans la mortaise de la branche mâle; l'extrémité du manche de la branche femelle est percée d'un trou taraudé (T) destiné à recevoir la vis de pression (V). Cette vis, longue de 4 centimètres, est terminée par une plaque ovalaire qui passe dans une longue mortaise (K) qui se trouve à l'extrémité correspondante de la branche mâle. Le mécanisme de l'instrument est facile à saisir: en rapprochant et en maintenant l'une contre l'autre les deux branches au moyen de la vis de pression (V), on pince les tissus qu'elles embrassent et on en détermine la mortification. Si on agit de cette façon



Fig. 239.

sur l'éperon, celui-ci se gangrène, et en même temps le travail inflammatoire qui accompagne l'élimination de la partie mortifiée provoque dans le voisinage des adhérences entre les surfaces sereuses opposées des deux bouts d'intestin, de façon qu'à la chute de l'escarre ces deux bouts communiquent plus largement ensemble, pendant que les adhérences s'opposent à l'issue des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Pour appliquer l'entérotome, on s'y prend de la façon suivante: après avoir combattu les complications de l'anüs contre nature (p. 676) et avoir suffisamment dilaté l'ouverture extérieure si celle-ci est trop étroite, on cherche l'orifice de chaque bout d'intestin; le malade étant couché sur le dos, on introduit l'une après l'autre la branche mâle dans l'un des bouts et la branche femelle dans l'autre bout, à une profondeur variable. On articule les branches et on les serre au moyen de la vis (V). Les jours suivants on augmente le degré de constriction. Au bout d'une semaine environ,

l'instrument se détache, et l'on trouve au fond de la rainure de la branche femelle une escarre formée par les tuniques adossées des deux bouts de l'intestin. Au moment de la première application et de la striction de l'instrument, les malades accusent des coliques et sont parfois pris de nausées et de vomissements. Après la chute de l'entérotome, il existe une large communication, bornée de tous côtés par des adhérences, entre les bouts adossés de l'intestin, ce qui permet aux matières stercorales de passer facilement du bout supérieur dans le bout inférieur. Si les adhérences ne se forment pas, il se fait un épanchement de matières fécales dans l'abdomen, et il survient une péritonite suraiguë. Les accidents les plus graves sont encore à redouter, lorsqu'on saisit entre les branches de l'entérotome une anse d'intestin engagée dans le sinus de l'éperon.

Diverses modifications ont été faites à l'entérotome par Liotard, Delpech, Reybard, Sédillot.

Excision d'une portion de l'éperon. Ce procédé appartient à Ruyé, qui, ayant saisi l'éperon avec une pince à polype, en excisa un lambeau en forme de V. On s'expose ainsi à provoquer une péritonite mortelle, si la partie enlevée dépasse les adhérences.

Cautérisation. Vidal (de Cassis) préfère à l'entérotomie la mortification de l'éperon par les caustiques qu'on appliquerait sur cette saillie au moyen d'un instrument formé de petites cuvettes remplies de nitrate d'argent ou de pâte de Vienne.

(B) MOYENS PROPRES A FERMER L'OUVERTURE EXTÉRIEURE. Ces moyens sont applicables de prime abord lorsque l'éperon n'existe pas. *Ils ne seront employés en cas d'éperon, qu'après que celui-ci a été détruit.*

Compression. Elle réussit parfois, lorsqu'il existe une communication assez large entre les deux bouts d'intestin. On la pratique avec un gâteau de charpie appliqué sur l'ouverture extérieure et soutenu par des compresses graduées, et un bandage en forme de spica si l'anus anormal siège dans l'aîne.

Cautérisation. Elle est utile dans les cas de *fistule stercorale*.

Avivement et suture. L'idée primitive appartient à Lecat, qui n'a pas réalisé ce projet; Bruns et Blandin, qui l'ont mise à exécution, ont échoué. Judey compte, dit-on, une réussite. Sédillot se loue de l'application du cautère actuel.

Autoplastie. On l'a exécutée par diverses méthodes : la méthode française ou par décollement des téguments; la méthode indienne ou par renversement du lambeau; la méthode par inflexion du lambeau.

Procédé de Blandin. Un lambeau quadrilatère comprenant la peau et le tissu cellulaire subjacent est taillé au-dessous de l'ouverture. Les téguments sont enlevés dans l'étendue de 6 millimètres le long du bord supérieur, de l'interne et de l'externe de cette même ouverture. Puis le lambeau est glissé au-devant de la brèche pour en affronter les bords avec les limites de la perte de substance faite au-dessus de l'anus anormal. L'opération réussit.

Procédé de Velpeau. On enlève tout le tissu inodulaire, en ménageant la

face intestinale de la fistule, et pour cela, on pratique une excision en forme de cône à sommet dirigé vers l'intestin. Puis on applique des points de suture, de telle sorte que les fils n'aient pas de rapport avec les intestins, c'est-à-dire qu'on les passe à travers les téguments de l'abdomen. De cette façon on rapproche les bords externes de la fistule, on fronce la partie profonde, et les fils n'étant pas en contact avec les matières fécales ne peuvent servir de conducteurs à ces dernières. Pour faciliter la cicatrisation, on relâche les lèvres de la plaie par des incisions latérales comprenant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose du grand oblique.

Velpeau a encore proposé d'employer le procédé de Reybard pour les plaies intestinales (p. 575 de ce volume), en passant les fils au travers d'une petite plaque de bois propre à interrompre la communication entre la brèche de l'intestin et la plaie extérieure. Ce chirurgien n'a pas réussi par la *méthode indienne*, qui a fourni au contraire des succès à Collier et à Blandin. Il n'a pas été plus heureux, en faisant l'autoplastie avec un *bouchon* de téguments formé au moyen d'un lambeau de peau emprunté au flanc, suivant le procédé décrit pour les fistules du larynx et de la trachée à la page 446 de ce volume.

Procédé de Jobert. Autoplastie par inflexion. On fait une perte de substance sur les côtés et à une petite distance de l'anus contre nature; on rapproche les parties molles à droite et à gauche au-devant de l'ouverture accidentelle, en les *inflexant en dedans*, et on les maintient en contact par six points de suture entortillée.

Procédé de Malgaigne. D'après ce chirurgien, le principal obstacle à la fermeture de l'anus contre nature est le prolongement de l'intestin jusqu'à l'orifice cutané : les valvules conniventes dirigent vers cet orifice les matières intestinales. De là une indication capitale pour guérir l'anus contre nature, c'est d'interrompre la continuité de l'intestin avec l'orifice cutané et de reporter les valvules en sens contraire. En conséquence, il faut commencer par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risque d'ouvrir le péritoine. On renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et on les réunit par la suture en piqué (voy. p. 577), de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, on réunit les chairs et les téguments avec la suture entortillée ou l'enchevillée. S'il existe une perte de substance, on peut avoir recours à une autoplastie pour obturer la solution de continuité de la paroi abdominale.

On a objecté à ce procédé qu'en le suivant à la lettre, on ouvrirait le péritoine, et que le décollement est pratiqué en réalité, soit entre la muqueuse et la tunique musculuse de l'intestin, soit entre les deux plans de la couche musculaire.

Procédé de Denonvilliers. Il comprend trois temps : disséquer le goulot et le cloaque jusqu'au péritoine exclusivement; fermer l'ouverture par le