

A cette augmentation de volume du bout supérieur correspondrait, d'après Legendre, une *hypertrophie* de la tunique musculaire, qui serait plus friable. A l'appui de cette manière de voir, il cite une autopsie provenant du service de Denonvilliers, et le résultat d'expériences qu'il a faites sur les chiens.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes varient suivant qu'on les constate au moment de la formation de l'anus contre nature, ou après quelques jours de son existence.

Le premier fait qui frappe le chirurgien est l'écoulement des matières stercorales, très-abondantes et très-liquides lorsque la lésion succède à une obstruction intestinale. La quantité des matières qui s'écoulent à l'extérieur permet de supposer qu'aux produits de la digestion ont dû s'ajouter ceux d'une sécrétion exagérée par l'irritation inflammatoire de l'organe.

Un tel écoulement ne se fait pas sans que l'économie entière s'en ressente profondément. Les malades sont plongés dans un état de malaise général, demi-syncopal, presque cholériforme, analogue à celui qui accompagne les diarrhées très-intenses, et qui se caractérise par des envies de vomir, la pâleur de la face, l'abaissement de la température au-dessous de la normale, une faiblesse extrême.

Dans les cas d'anus contre nature succédant à des plaies de l'abdomen, ces symptômes, tout en étant moins prononcés, n'en existent pas moins pendant les premières heures, et là encore on doit admettre que cet état tient, non-seulement à la région sur laquelle le traumatisme a porté, mais encore à cette suractivité fonctionnelle de l'intestin mise en œuvre par le traumatisme et peut-être par l'exposition de l'intestin à l'air.

Si le malade ne réagit pas et ne surmonte pas ce choc des premières heures, l'état cholériforme s'accroît de plus en plus, la température continue à s'abaisser, la respiration devient difficile, et le malade s'éteint en conservant toute sa connaissance presque jusqu'au dernier moment.

Mais qu'il ait la force de supporter ce premier choc, on voit, au bout d'un ou de deux jours, la température se relever, cet état demi-syncopal cesser, l'écoulement devenir moins abondant, plus régulier. L'anus contre nature entre alors dans la période d'état.

L'issue des matières intestinales et des gaz par l'ouverture anormale reste toujours le principal symptôme. Cet écoulement est formé de matières verdâtres ou jaunâtres, produits de la digestion, de débris d'aliments, de mucus intestinal. Il est involontaire et a lieu à chaque instant; cependant c'est surtout après les repas, après l'ingestion des boissons, qu'il devient plus abondant. On peut alors remarquer que certains aliments se présentent plus rapidement à l'ouverture de l'anus contre nature; ainsi les végétaux seraient rejetés plus vite que les viandes, surtout quand elles sont rôties (Lallemand).

Ce fait est utile à connaître pour guider le malade dans le choix de ses aliments.

On peut également tirer du temps qui s'écoule entre le moment des repas et celui des évacuations des présomptions sur la situation plus ou moins élevée de l'anus contre nature. Il faut tenir toujours compte de la remarque que Dupuytren a faite sur la rapidité plus grande du cours des matières que dans l'état normal. Cette particularité tiendrait, d'après lui, à l'hypertrophie musculaire.

Des coliques, des tranchées précèdent souvent l'écoulement et annoncent au malade la sortie prochaine d'une nouvelle quantité de matières intestinales.

Du côté du bout inférieur, deux ordres de faits sont à noter. Lorsqu'il n'y a pas d'éperon, que le passage est libre du bout supérieur dans l'inférieur, on voit se produire des selles plus ou moins fréquentes, plus ou moins copieuses, suivant la quantité de matières que laisse passer l'anus contre nature. Lorsque, au contraire, par le fait d'un éperon saillant, la voie est complètement fermée, il y a absence de selles. Cependant les malades peuvent avoir de temps à autre par l'anus quelques évacuations muqueuses, produit de la sécrétion de l'extrémité inférieure de l'intestin.

Quant à la santé générale, elle se conserve assez bien, lorsque, des garde-robes se faisant par les voies naturelles, une partie des aliments peut parcourir toute la longueur du tube digestif. Mais lorsque tout passe par l'anus contre nature, on voit bientôt la santé s'altérer, le malade s'affaiblir, et il ne pourra se soutenir qu'à la condition que l'appétit se conserve, et qu'il absorbe une grande quantité d'aliments.

A ces désordres de la nutrition, si l'on ajoute l'état moral dans lequel se trouvent les malheureux atteints d'une infirmité aussi dégoûtante, on comprendra que la mort arrive le plus souvent dans un bref délai, au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Cependant, l'anus contre nature abandonné à lui-même peut guérir spontanément, et ces cas de guérison ne sont heureusement pas très-rares.

Beaucoup plus fréquents lorsque l'anus appartient à la variété sans éperon, ils surviennent également lorsqu'un éperon saillant semblait devoir s'opposer aux efforts de la nature.

Dans ces deux ordres de faits, le passage des matières intestinales diminue, puis cesse par l'anus contre nature, et les selles normales se rétablissent ou deviennent plus fréquentes, s'il en existait encore.

En même temps, on note du côté de l'anus contre nature certaines modifications, sur lesquelles Scarpa a le premier insisté. A mesure que les selles normales se rétablissent, on voit l'ouverture se resserrer et l'intestin s'éloigner de la paroi abdominale. Ce retrait de l'intestin est surtout très-manifeste dans les cas où il existe un éperon très-développé,

arrivant presque au niveau de l'ouverture cutanée; de jour en jour celui-ci s'enfoncé, et à mesure qu'il s'éloigne de la paroi abdominale, le trajet intermédiaire se forme et s'allonge. C'est principalement la partie intra-abdominale du trajet que Scarpa désignait sous le nom d'*infundibulum*, qui se développe, formant ainsi une cavité dans laquelle les matières intestinales passent du bout supérieur pour se déverser ensuite dans le bout inférieur, en contournant l'éperon.

Lorsqu'un anus contre nature tend à guérir, on observe donc simultanément les trois phénomènes suivants : 1° le retrait progressif de l'intestin dans la cavité abdominale; 2° la formation ou l'agrandissement de l'entonnoir de Scarpa; 3° le rétrécissement de l'orifice extérieur.

Si la réalité de ces faits est admise aujourd'hui sans contestation, leur explication a varié suivant les auteurs.

Relativement au retrait de l'intestin, plusieurs causes ont été successivement invoquées. Ainsi, depuis Scarpa et Dupuytren, tous les auteurs l'attribuent aux contractions péristaltiques, à l'influence de la pression exercée sur la cavité intermédiaire et l'éperon par les matières intestinales. Mais, tandis que les uns pensent que ces contractions de l'intestin ne peuvent lutter contre des adhérences très-solides et très-étendues (Scarpa, Dupuytren, Gosselin), d'autres, tels que Demeaux et Legendre, leur attribuent une puissance plus grande, et Legendre insiste sur l'hypertrophie des fibres musculaires comme preuve de la suractivité fonctionnelle de l'organe au voisinage de l'anus contre nature.

Parmi les autres causes, que nous allons nous contenter de passer en revue, une des plus connues est la traction du mésentère, sur laquelle insista Dupuytren. Il attribuait une action mécanique à cette portion du péritoine, tendue entre l'intestin et la colonne vertébrale comme une corde. Allongée anormalement au moment de la formation des adhérences, cette corde mésentérique tendrait à revenir sur elle-même, et en se rétractant attirerait l'intestin. Deux fois Dupuytren aurait vu les adhérences céder à cette traction, et leur déchirure être suivie d'épanchements stercoraux mortels.

Pour Scarpa, on devrait surtout rechercher la cause du retrait de l'intestin dans cette extensibilité du tissu cellulaire qui unit le sac herniaire aux parties molles extérieures au delà de l'anneau, extensibilité qui permettrait aux débris du sac d'être attirés en arrière par l'intestin. Dans cette théorie, la guérison ne serait possible que dans les anus contre nature succédant à des hernies, ayant par conséquent un sac, conservé en totalité ou en partie. Nous avons montré tout à l'heure que cette opinion n'est plus admissible, et que, dans un grand nombre de cas le sac, ayant été détruit, n'a pu jouer aucun rôle dans la formation de l'entonnoir.

Lorsque les matières, grâce au retrait de l'intestin et à la présence de l'*infundibulum*, ont pu reprendre leur voie naturelle, et passer du

bout supérieur dans le bout inférieur, l'orifice cutané subit un resserrement graduel, et finalement s'oblitére. Mais ce resserrement n'a lieu qu'autant qu'une membrane pyogénique tapisse le contour extérieur et une partie de la cavité intermédiaire; la présence d'une muqueuse, tapissant le trajet, serait un obstacle à la guérison spontanée, et pour obtenir la disparition complète de l'anus contre nature il est nécessaire de modifier ou de détruire cette muqueuse.

COMPLICATIONS. — Dans le cours d'un anus contre nature, on peut voir survenir un certain nombre de complications plus ou moins graves.

Nous passons rapidement sur les *érythèmes* et les *excoriations*, voire même les *érysipèles* qui résultent du contact incessant des matières fécales. Ce ne sont pas là des complications à proprement parler.

Il n'en est pas même des accidents d'*obstruction intestinale*, tels que nausées, coliques, vomissements bilieux et même fécaloïdes, que l'on voit parfois survenir chez les malades porteurs d'anus contre nature. Ces accidents peuvent être occasionnés par un repas trop copieux, qui a augmenté la quantité et la consistance des produits de la digestion, ou par un obstacle passager, empêchant la sortie des matières intestinales, soit par l'orifice de l'anus contre nature, soit par le bout inférieur. Cet obstacle peut être dû à la présence de vers intestinaux, de lombrics, de corps étrangers divers ou au resserrement intempestif de l'orifice extérieur. C'est à l'ensemble de ces accidents qu'on a donné le nom d'*engorgement de l'entonnoir membraneux*, mot impropre, car l'entonnoir peut ne pas être membraneux et l'obstruction non siéger dans l'entonnoir, mais dans l'intérieur de l'intestin.

Dans ces conditions, le malade est pris de douleurs, de coliques, et au bout de deux ou trois heures il se produit une débâcle, soit par l'orifice de l'anus contre nature, soit par le bout inférieur, et les accidents sont terminés. D'autres fois l'obstacle persiste, l'accumulation des matières fécales continue à se faire en amont, et il peut en résulter que la pression de ces matières rompe les adhérences, et qu'une péritonite par épanchement se produise.

Une autre complication non moins importante, et bien étudiée par Lecat et Sabatier, est le *renversement de la muqueuse* ou l'*invagination* de tout l'intestin par l'orifice extérieur. Dans ces cas le bourrelet muqueux plus ou moins prononcé qui existe à l'ouverture cutanée, augmente et peut acquérir des dimensions considérables, revêtant l'aspect d'une tumeur conique, rouge, mollasse, fongueuse, saignant facilement, augmentant dans les efforts, la marche, les accès de toux, quelquefois douloureuse. Lorsque la tumeur n'est formée que par le prolapsus de la muqueuse, elle n'est jamais aussi considérable que lorsque l'intestin s'invagine. Sabatier a cité un cas où elle mesurait plus de deux pieds et demi. Lorsqu'on a affaire à une invagination de l'intestin, on voit de plus la tumeur être agitée de mouvements vermiculaires que le moindre contact excite. Le plus souvent cette tumeur, qu'elle soit

formée par la muqueuse ou par l'intestin, est réductible, soit spontanément par le repos, soit par un taxis léger.

D'autres fois elle est irréductible par le fait d'adhérences qui se sont établies soit entre les deux surfaces adossées de l'intestin, soit entre ce dernier et la paroi abdominale.

Le plus souvent le siège de l'invagination est sur le bout supérieur, ainsi que l'avait admis Dupuytren; Boyer, au contraire, pensait que le bout inférieur était celui qui s'invaginait le plus fréquemment. En général un seul bout présente cette complication (fig. 64); on a noté toutefois des cas d'invagination double (fig. 65).

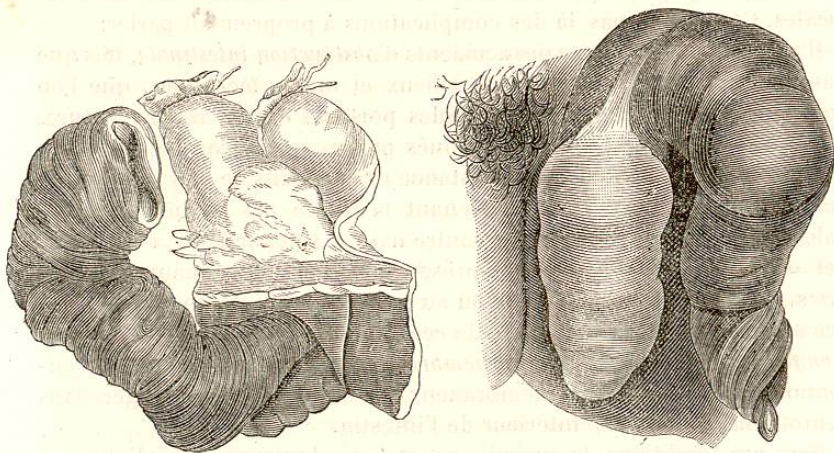


FIG. 64. — Anus contre nature compliqué de prolapsus.

FIG. 65. — Renversement des deux bouts de l'intestin à travers un anus contre nature.

Un déplacement beaucoup plus rare que l'invagination, est la propulsion en avant de la paroi de l'intestin opposée à l'ouverture extérieure; cette paroi vient faire saillie et sortir par l'orifice. Enfin, on a observé la production d'une véritable hernie, soit à travers la paroi de l'intestin adhérent, soit entre celui-ci et le contour de l'ouverture cutanée.

DIAGNOSTIC. — Reconnaître l'existence d'un anus contre nature est aisé; l'écoulement des matières stercorales indique de suite la nature de la lésion.

Mais il ne suffit pas de dire qu'il y a anus contre nature: il faut déterminer quelle en est la variété anatomique, quelle est la disposition de l'intestin blessé, quelles sont les complications contre lesquelles on devra lutter. Ce ne sera qu'après avoir résolu toutes ces questions que le diagnostic sera complet.

Au premier abord il semble qu'il soit assez facile de distinguer entre elles les variétés d'anus contre nature avec ou sans éperon. Il en est

généralement ainsi lorsque l'éperon n'est pas très-prononcé. Mais quelquefois cet éperon se trouvant tout à fait déjeté sur les côtés, recouvert par l'orifice cutané et le bourrelet, on ne trouve qu'une ouverture conduisant dans la cavité intestinale. Dans ce cas on peut croire que l'on pénètre dans un trajet intermédiaire très-long, lorsque, en réalité, on est dans le bout supérieur, immédiatement réuni à la paroi abdominale et à l'orifice cutané. On évitera l'erreur en se rappelant que dans les cas où l'on se trouve dans le trajet intermédiaire, le doigt rencontre au fond de ce trajet l'orifice intestinal, et sur un point plus profond les lumières des deux bouts de l'intestin; car l'existence d'un trajet intermédiaire implique presque toujours un anus sans éperon ou du moins sans éperon bien saillant.

A-t-on constaté la présence d'un anus avec éperon, il s'agit encore de savoir où sont les orifices du bout inférieur et du bout supérieur. Le plus souvent on les voit à l'œil nu; dans le cas contraire, l'exploration avec le doigt ou avec des sondes permet de fixer ce point du diagnostic. Mais cette recherche est parfois très-difficile, et il faut se rappeler le malade que Dupuytren conserva pendant dix ans dans son service, sans pouvoir arriver à retrouver le bout inférieur. Cette difficulté peut tenir soit à ce que le bout inférieur a contourné le bout supérieur (cas de Velpeau, de Laugier), soit à ce que le bout supérieur se dilatant cache l'éperon, en sorte que celui-ci est renversé du côté de la lumière du bout inférieur, qu'il obture, et empêche tout instrument d'y pénétrer.

Pour faire ces recherches on se sert de sondes en gomme, d'hystéromètre. Il est souvent utile d'employer deux instruments à la fois, qu'on engage dans des directions différentes; en les rapprochant on cherche à sentir s'ils se touchent, ou s'ils sont séparés par un tissu intermédiaire; on peut ainsi arriver à déterminer approximativement l'angle d'incidence des deux bouts de l'intestin. On ne devra pas négliger, dans certains cas, l'usage de lavements de lait, de liquides colorés, qui, ressortant par l'ouverture anormale, indiqueront l'orifice du bout inférieur.

On complètera le diagnostic en constatant l'existence des complications, telles que: renversement de la muqueuse, invagination de l'intestin, et en reconnaissant si la tumeur qui en résulte est réductible ou irréductible.

PRONOSTIC. — L'anus contre nature constitue une maladie grave dans la majorité des cas. Le plus souvent, après avoir échappé aux premiers accidents, le malade qui en est atteint meurt d'inanition, sa nutrition se faisant d'une façon insuffisante. Lorsqu'il résiste, il conserve une infirmité dégoûtante, qui rend sa vie misérable et qui lui fait souvent désirer la mort.

Quant à la guérison spontanée, sur laquelle nous avons insisté plus haut, elle est très-rare. On ne doit guère y compter après les cinq à six

premiers mois, les adhérences étant alors trop fortement organisées et s'opposant aux efforts de la nature.

Avant ce terme on pourra conserver quelque espoir, surtout dans les cas d'anús contre nature consécutifs à des hernies; ceux qui ont succédé à des plaies offrent moins souvent cette terminaison heureuse, d'après ce qui a été constaté par tous les auteurs. C'est à tort, toutefois, que Scarpa en niait la possibilité.

Les caractères anatomiques modifieront également le pronostic. Un anus contre nature sans éperon sera dans des conditions plus favorables pour pouvoir se fermer spontanément. Toutefois il ne faudrait pas considérer ce fait comme une règle absolue. Depuis longtemps Velpeau a attiré l'attention sur la non-guérison par les efforts de la nature d'anús sans éperon, et Legendre a rapporté deux autopsies de guérisons spontanées dans lesquelles l'éperon fut retrouvé encore très-développé.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'anús contre nature varie : 1° suivant que la maladie est récente ou qu'elle est ancienne; 2° suivant la variété anatomique, anus contre nature sans éperon, anus avec éperon; 3° suivant qu'il existe des complications, ou que celles-ci font défaut. Nous allons passer en revue chacun de ces cas.

1° *L'anús contre nature est récent.* — Au début la guérison pouvant survenir par les seuls efforts de la nature, le traitement sera essentiellement médical et palliatif.

La première indication est de soutenir les forces du malade. On devra donc prescrire une alimentation abondante, et dans le choix des aliments il est bon de rappeler les recherches de Lallemand sur la digestibilité plus grande de certains aliments.

Il sera souvent nécessaire, lorsque le malade est très-affaibli, lorsque l'alimentation par la bouche paraît insuffisante, ou que les substances ingérées sont rendues sans avoir été transformées, d'avoir recours aux lavements nutritifs et plus particulièrement aux lavements de peptones.

Le traitement palliatif consistera à tenir le malade dans le plus grand état de propreté, en préservant la peau voisine de l'ouverture anormale du contact des matières stercorales, dont l'action irritante occasionne des excoriations, des érythèmes, etc. On pourra dans ce but se servir, soit de toile cirée, percée d'un trou central, laissant passer la saillie que fait l'anús contre nature, soit de collodion étendu sur la peau. On devra également avoir recours à certains appareils destinés à recevoir les matières fécales et qui consistent en un anneau d'ivoire, d'acier ou de bois, garni à sa circonférence d'un bourrelet de crin, recouvert d'un tissu imperméable, et qui ne laisse passage aux matières que par son centre. Ce cercle est soutenu par une ceinture élastique ou un bandage, suivant que l'anús est à l'ombilic, à l'aîne ou ailleurs. A cet anneau on adapte un tube de gomme élastique ou de métal, muni d'une soupape très-mobile, et qui s'ouvre de haut en bas. Une boîte d'argent ou d'étain vissée au tube sert de récipient aux matières stercorales.

2° *L'anús contre nature est formé depuis plusieurs mois.* — Dans ces conditions tout espoir de guérison spontanée étant désormais perdu, on doit avoir recours au traitement chirurgical.

Ce traitement comprend les deux indications suivantes : 1° rétablir le cours des matières; 2° fermer l'ouverture anormale.

Pour remplir la première indication, lorsqu'il s'agit d'un anus contre nature avec éperon, il faut avant tout refouler ou détruire cet éperon, qui barre la voie aux matières stercorales.

Divers procédés opératoires ont été préconisés dans ce but. Desault, qui le premier saisit cette indication, plaçait dans le bout supérieur et le bout inférieur une mèche, qui par sa partie médiane était à cheval sur l'éperon, le comprimait et le repoussait en arrière; il eut ainsi quelques succès.

Plus tard, Dupuytren essaya de produire ce même résultat au moyen d'un croissant en ivoire ou en ébène. Ce croissant, supporté par une tige mince, armée d'une plaque percée de trous à son autre extrémité, pouvait comprimer l'éperon sans gêner le cours des matières. Cet instrument ne fut appliqué qu'une fois par Dupuytren; il produisit des coliques, des nausées, qui l'obligèrent à le retirer.

Au lieu de tenter de refouler l'éperon, quelques chirurgiens se proposèrent de le détruire.

Le premier qui ait songé à détruire l'éperon paraît être Schmalkalden (1798), qui sectionna l'éperon en perforant la base de celui-ci avec un bistouri, qu'il ramenait de dedans en dehors. Un peu plus tard Physick, de Philadelphie, modifiait le procédé, et faisait la section de l'éperon avec un fil qu'il passait à sa base, et qu'il serrait graduellement; trois mois après la pose du fil, il faisait la section complète, lorsqu'il croyait être protégé par des adhérences.

Mais tous ces procédés exposaient à l'épanchement stercoral, et ne tardèrent pas à tomber dans l'oubli.

En 1815, Dupuytren, préoccupé de l'idée de provoquer des adhérences solides avant de sectionner l'éperon, crut tout d'abord réussir en passant un fil à la base de l'éperon, et le remplaçant par une mèche successivement plus grosse. Il n'eut pas la patience d'attendre que l'éperon eût disparu tout à fait et compléta la section avec les ciseaux. Il en résulta une péritonite mortelle. C'est après cet essai malheureux que Dupuytren créa son entérotome.

L'entérotome de Dupuytren est une pince, composée de deux branches, qui s'articulent comme les branches d'un forceps. L'une des branches, dite *branche femelle*, offre sur les côtés une gouttière assez large et profonde, qui reçoit le bord aigu de l'autre branche, appelée *branche mâle*. Le fond de cette gouttière est ondulé, et le bord de la branche opposée présente des ondulations correspondantes; cette disposition augmente l'étendue de la surface saisie par les pinces. Une vis de pression, qu'on engage dans une mortaise creusée sur la branche

mâle, sert à articuler et à rapprocher les deux parties de l'instrument.

Diverses modifications ont été apportées à l'entérotome de Dupuytren : tels sont les instruments de Panas, de Nélaton, de Richet, représentés figure 66, et qui ont pour effet soit de rendre l'application plus facile, soit d'assurer une action parallèle des deux branches l'une contre l'autre.

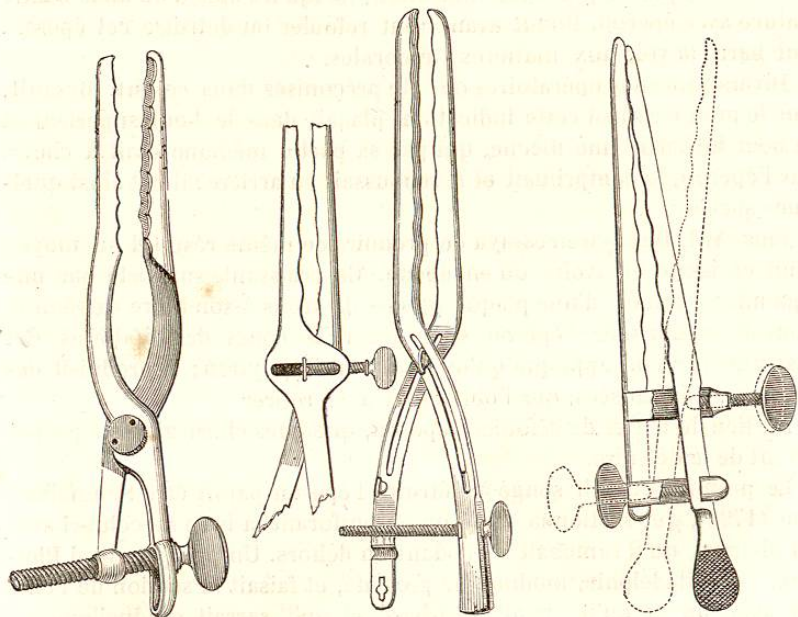


FIG. 66. — Diverses modifications à l'entérotome de Dupuytren.

Quel que soit l'entérotome dont on ait fait choix, pour l'appliquer, on glisse chaque branche isolément, l'une dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur, en se servant du doigt comme conducteur; l'éperon étant compris par cette manœuvre entre les mors de la pince, on rapproche les deux branches, et on serre au moyen de la vis. D'après Dupuytren, on doit exercer de suite une constriction suffisante pour empêcher toute circulation dans la partie comprise entre les mors de la pince. On éviterait ainsi l'inflammation.

Quelquefois, immédiatement après l'application de l'entérotome, le malade accuse une colique vive, qui se prolonge quelques heures et disparaît. La règle est que tout se passe ensuite sans accidents. Du huitième au dixième jour la pince devient mobile, et on peut la retirer; toute la portion de l'éperon comprise entre ses mors est sphacélée et tombe (fig. 67 et 68). Il existe alors une large communication entre les deux bouts de l'intestin. Cette communication persiste presque toujours; cependant on doit être prévenu de la possibilité d'un rétrécissement consécutif à la cicatrisation de la perte de substance due à la destruction de

l'éperon. Dans un cas de Lesauvage, l'anus contre nature s'était fermé, à la suite de l'application simple de l'entérotome; quatre mois après il se rouvrit, et à l'autopsie on trouva un rétrécissement inodulaire entre les deux bouts de l'intestin.

Après la section de l'éperon les matières commencent à se diriger du bout supérieur dans le bout inférieur, les garde-robes deviennent plus fréquentes en général, et à mesure que la quantité de matières que laissait passer l'ouverture anormale diminue, celle-ci se rétrécit, puis finit par s'oblitérer complètement au bout d'un temps qui varie entre plusieurs semaines et trois ou quatre mois. Il sera bon de faciliter l'oblitération au moyen d'un bandage légèrement compressif, voire même une pelote herniaire appliquée sur l'ouverture. Mais, ainsi que le fait remarquer Velpeau, il existe des cas, malheureusement encore assez fréquents, dans lesquels la section de l'éperon ne suffit pas pour amener la guérison; d'autres opérations deviennent alors nécessaires pour fermer l'orifice cutané.

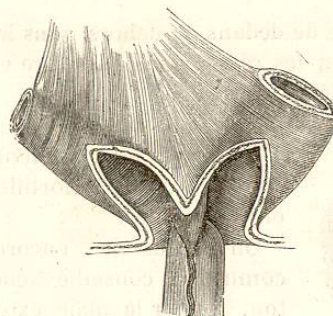


FIG. 67. — Entérotome appliqué.

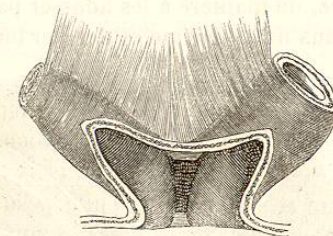


FIG. 68. — Éperon sectionné par l'entérotome.

Laugier a guéri un malade en transformant par des cautérisations énergiques au fer rouge la muqueuse de l'ouverture anormale en tissu inodulaire rétractile. Ce procédé n'est applicable que si l'ouverture est petite. Il en est de même de la *suture simple de la paroi abdominale*, qui consiste à aviver les bords de l'ouverture accidentelle et à les réunir par une suture à points séparés ou enchevillés.

Dans les cas où l'ouverture à combler est plus large, on a tenté d'obtenir ce résultat en pratiquant un large avivement sur la paroi abdominale; tels sont les procédés de Jobert (de Lamballe) et de Velpeau.

Procédé de Jobert (de Lamballe). — On avive sur une large étendue la paroi abdominale, et on pratique l'inflexion des deux surfaces l'une sur l'autre et leur réunion par quatre ou cinq points de suture enchevillée.

Procédé de Velpeau. — Le chirurgien avive les bords sur une large étendue de manière à ne pas comprendre l'intestin. On obtient ainsi

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.

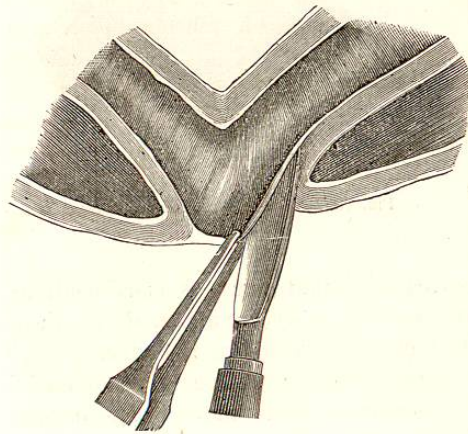


FIG. 69. — Procédé de Denonvilliers. Décollement de la muqueuse.

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.

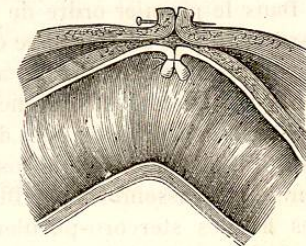


FIG. 70. — Suture séparée de la muqueuse et de l'ouverture cutanée.

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