

application plus longue et plus difficile que celui de M. Lembert, et doit être réservé pour les plaies longitudinales de l'intestin. L'anse simple de Ledran est la ressource la plus simple, la plus sûre et la plus employée dans les petites plaies. La plupart des autres procédés, que nous n'avons pas rappelés, sont abandonnés et voués à l'oubli. En résumé, malgré tous les perfectionnements apportés aux sutures intestinales, les succès et les revers partagés des unes et des autres laissent encore en présence trois grandes méthodes de traitement des plaies de l'intestin. La première en date, et la plus facile à mettre en usage, consiste à retenir ou à laisser la portion de l'intestin blessé au dehors, et à favoriser la formation d'un anus anormal, que les efforts de la nature ou les ressources de l'art pourrout souvent guérir; la seconde, à réunir immédiatement la plaie de l'intestin par une suture simple ou invaginée et à le réduire dans l'abdomen en le maintenant au voisinage de l'ouverture extérieure, afin de prévenir l'épanchement des matières dans le péritoine; la troisième, enfin, admettant l'exacte réunion de la plaie intestinale par le mode de suture employé, coupe les fils au plus près des nœuds, réduit l'intestin dans le ventre et l'y abandonne. La seconde méthode nous paraît préférable aux deux autres.

Nous terminerons ces considérations par une remarque pratique : lorsqu'on emploie une suture fixe pour réunir les plaies intestinales, la plaie des parois abdominales ne peut et ne doit être qu'incomplètement fermée : quand on a recours à une suture perdue, il a été conseillé de fermer la plaie; mais il arrive souvent que le ballonnement du ventre oblige à la rouvrir; c'est pourquoi la suture enchevillée, dont on se sert habituellement, ne doit pas être arrêtée par des nœuds, mais par des rosettes simples, faciles à desserrer sans ôter les fils, si des accidents surviennent, et également faciles à resserrer, lorsque les accidents s'amendent.

## ANUS ACCIDENTEL.

L'*anus accidentel* est une ouverture organisée de l'intestin à la surface de l'abdomen. Il doit être distingué de l'*anus anormal*, qui consiste dans l'ouverture du rectum ailleurs que dans le siège ordinaire, et de l'*anus artificiel*, ouverture faite par l'art pour suppléer à l'anus naturel.

Lapeyronie et Louis, puis Sabatier, Desault, Scarpa, Dupuytren etc. ont successivement étudié et éclairci ce sujet, dont l'histoire est une de celles qui honore le plus la chirurgie moderne.

*Causes.* Les causes les plus fréquentes de l'anus anormal sont la gangrène d'une hernie étranglée, les plaies des intestins, enfin les corps étrangers venus de l'extérieur, ou formés dans le tube digestif, qui, traversant l'intestin, le font adhérer aux parois abdominales et donnent lieu à un abcès.

L'ouverture de l'anus accidentel est généralement arrondie, enfoncée, entourée de plis rayonnés, comme les cicatrices dites en

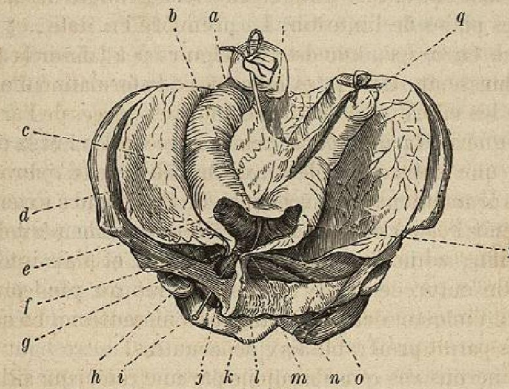


Fig. 494 1.

*cul de poule.* Les matières fécales irritent les téguments du voisinage. Quelquefois, au lieu d'une ouverture il y en a plusieurs qui traversent une cicatrice fine et rouge. L'orifice cutané peut être plus ou moins éloigné de l'orifice intestinal; un canal à parois indurées les réunit (voy. pour ces détails et ceux qui vont suivre, la fig. 494). Mais ce sont les dispositions intérieures qu'il importe surtout de connaître. La portion d'intestin qui est le siège de l'anus accidentel touche d'abord la paroi abdominale et y adhère fortement : puis elle s'en éloigne, et les deux extrémités de l'intestin

<sup>1</sup> c Péritoine. — *m* Portion du péritoine qui formait primitivement le collet du sac herniaire, et qui s'est convertie en une sorte d'entonnoir membraneux mettant en communication les deux orifices de l'intestin divisé par la gangrène. — *e p* Orifice supérieur de l'intestin. — *f* Orifice inférieur. — *g* Point où l'étranglement avait eu lieu par le collet du sac. — *b* Éminence en forme de promontoire ou d'éperon, résultant de la situation parallèle des deux portions de l'intestin divisé. — *b* Paroi postérieure de l'intestin, correspondant à l'attache du mésentère. Dans cet endroit la continuité de l'intestin n'avait pas été détruite. — *i* Sillon le long duquel les matières alimentaires descendaient de l'orifice supérieur de l'intestin dans l'entonnoir membraneux, d'où elles se reportaient dans l'orifice inférieur du même intestin. — *j* Petit conduit fistuleux formé en partie par les restes du sac herniaire et en partie par les aponeuroses des muscles abdominaux et par les téguments de l'aîne. — *a* Portion supérieure de l'intestin iléon. — *q* Portion inférieure. — *p* Mésentère. — *o* Aponeurose des muscles abdominaux renversée sur l'arcade crurale. — *d* Crête de l'os des îles. — *g* Cavité cotyloïde. — *k* Tubérosité de l'ischion.