

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

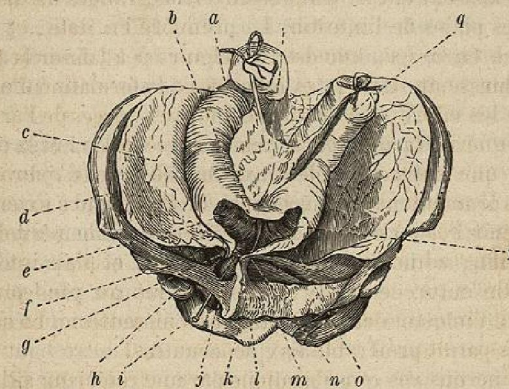


Fig. 494 1.

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

¹ 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.

qui s'y rendent, l'une supérieure, l'autre inférieure, sont plus ou moins écartées. Suivant que ces deux bouts se réunissent à angle plus ou moins aigu, la paroi intestinale postérieure fait plus ou moins de saillie vers l'ouverture de l'anus accidentel, et le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur est plus ou moins difficile. Le degré de l'angle formé par les deux bouts de l'intestin est en raison de l'étendue de la solution de continuité éprouvée par l'intestin. Celle-ci est elle peu considérable, l'angle est très-obtus. S'étend-elle au contraire à tout le calibre de l'intestin, y a-t-il eu perte de substance, l'angle devient aigu et peut diminuer au point que les deux bouts de l'intestin sont adossés dans une certaine étendue.

La saillie formée par la paroi postérieure de l'intestin en regard de l'anus accidentel a reçu de Dupuytren le nom d'*éperon*. Celui-ci, sous la pression des matières intestinales, tend à s'avancer vers le bout inférieur, et à en recouvrir l'orifice à la manière d'une valvule. A la longue, le bout supérieur s'élargit et s'épaissit; l'inférieur, au contraire, de moins en moins parcouru par les matières, se flétrit en quelque sorte; les ganglions mésentériques qui y correspondent s'atrophient, tandis que ceux de l'autre bout se développent. Il est difficile que l'atrophie du bout inférieur aille jusqu'à l'oblitération, et la plupart des chirurgiens nient que cela puisse arriver; mais Dupuytren cite un cas rencontré par Bégin au Val-de-Grâce, dans lequel la cavité de l'intestin avait complètement disparu. Le sujet avait environ quatre-vingts ans, et portait un anus accidentel depuis près de quarante années.

Scarpa a montré un véritable génie dans ses études anatomo-pathologiques de l'anus accidentel, suite de hernie gangrenée, et a surtout indiqué un phénomène de la plus haute importance, la formation d'un *entonnoir membraneux* entre l'orifice de l'intestin et celui de la paroi abdominale. Cet *infundibulum* résulte de la traction constante qu'exercent les bouts de l'intestin sur le collet du sac auquel ils sont adhérents, le collet ne tenant lui-même aux parties sous-jacentes que par un tissu cellulaire assez lâche. L'entonnoir membraneux a sa base à l'intestin et son sommet à l'orifice extérieur. Ce sommet tend à se rétrécir à mesure que l'intestin s'éloigne de la paroi abdominale, c'est-à-dire à mesure que l'entonnoir s'allonge. Un autre phénomène a lieu en raison directe de cet éloignement de l'intestin du point auquel il adhère: c'est la diminution de la saillie de l'éperon, diminution de laquelle résulte un plus facile passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin. Avant de passer d'un bout dans l'autre, les matières s'accumulent dans l'entonnoir, et par cette accumulation même

contribuent à éloigner l'intestin de la paroi abdominale, c'est-à-dire à agrandir l'entonnoir. Tel est le mécanisme de la cure spontanée de l'anus accidentel. Mais si l'angle de réunion des deux bouts est très-aigu, l'éperon s'affaisse difficilement, et les matières ont toujours plus de facilité à passer par l'ouverture extérieure qu'à s'engager dans le bout inférieur de l'intestin.

Pour Scarpa, l'entonnoir membraneux est la condition essentielle de la curabilité des anus accidentels, et la présence d'un sac herniaire est la condition la plus favorable à la production d'un entonnoir membraneux. Les mêmes phénomènes peuvent néanmoins s'accomplir, quoique plus difficilement, à la suite des plaies intestinales. Dans ce cas, le péritoine doit se décoller de ses adhérences abdominales et suivre le mouvement de retrait de l'intestin, ou se rétrécir par une sorte de collet constricteur et finir par s'oblitérer.

Accidents et pronostic. Les accidents ou complications sont: les excoriations et érysipèles du voisinage de l'anus accidentel, résultat de l'irritation produite par les matières intestinales; les indurations et les callosités, qui en sont également la suite; l'invagination du bout supérieur ou du bout inférieur. Dans l'immense majorité des cas, la muqueuse s'échappe au dehors et forme une tumeur d'une grande étendue (0^m,21, Sabatier). La muqueuse invaginée est susceptible d'être étranglée par l'ouverture extérieure.

Le pronostic est plus ou moins grave, suivant que l'intestin est ouvert plus ou moins près de l'estomac, c'est-à-dire selon que les matières alimentaires parcourent, avant d'être expulsées, une plus ou moins grande étendue du canal digestif, et livrent plus ou moins de matériaux à l'absorption.

Traitement. Le traitement de l'anus accidentel présente les indications suivantes: 1^o combattre les complications; 2^o s'il n'y a pas d'éperon, fermer l'ouverture extérieure; 3^o s'il y a un éperon, l'affaïsser ou le diviser, rétablir la communication des deux bouts de l'intestin, puis fermer la plaie extérieure; 4^o lorsque l'anus accidentel est situé très-haut et que la nutrition est compromise, suppléer au mode naturel d'alimentation; 5^o si l'anus accidentel n'est pas opérable ou si l'opération a échoué, pallier autant que possible l'infirmité. Ces deux dernières indications nous occuperont sous le titre de *traitement palliatif*. Les trois autres constituent le *traitement curatif*. Lapeyronie avait préconisé la *cura famis*. Louis s'est élevé contre ce moyen, qu'il a accusé de déterminer le rétrécissement de l'intestin dans le point lésé, de manière à développer des accidents lorsque plus tard le malade recommence à se nourrir, accidents qui peuvent aller jusqu'à la déchirure du bout supérieur.