

un anus lombaire sans ouvrir la cavité péritonéale. Mais ce détail anatomique a perdu beaucoup de son importance depuis que, la blessure du péritoine étant moins à redouter, la méthode de Callisen est avantageusement remplacée par la méthode de Littre, c'est-à-dire par l'établissement d'un anus sur l'S iliaque du côlon.

*S iliaque du côlon ou anse Oméga.* — L'S iliaque du côlon est la portion du gros intestin qui présente le plus de variétés. Disons tout d'abord que, si le côlon descendant est le plus privé de méso-côlon, il n'en est pas ainsi de l'S iliaque qui est toujours pourvue, au contraire, d'un méso-côlon plus ou moins développé et parfois très long. Il en résulte que l'S iliaque jouit d'une grande mobilité, que la torsion de cette anse est possible et susceptible de donner naissance à une variété très intéressante d'obstruction intestinale, le *volvulus* de l'S iliaque survenant de préférence chez des sujets atteints de constipation habituelle et dont cette partie de l'intestin a pris en largeur et en longueur une dimension double ou triple de celle de l'état normal. La courbure décrite par l'anse Oméga est loin de représenter toujours la forme d'un *S*. Regardez, par exemple, la figure 232, page 744, sur laquelle les anses sont très développées et plongent dans le bassin : la forme de ces anses représente assez exactement un N majuscule.

Chez l'enfant, l'S iliaque se porte vers la fosse iliaque droite et arrive au contact du cæcum ; cette disposition peut aussi se rencontrer chez l'adulte, lorsque cette partie de l'intestin est très développée.

L'S iliaque se dégage quelquefois très bas du côlon descendant. On peut voir, par exemple, sur la figure 232, qu'un anus contre nature établi au-dessus de l'arcade crurale dans le point classique aurait, en réalité, porté sur la fin du côlon descendant et non sur l'S iliaque, ce qui, d'ailleurs, n'offre pas d'inconvénient.]

J'ai observé sur le vivant un résultat plus singulier provenant de la courbure de l'intestin. Il me paraît très difficile, lorsque l'anse intestinale a été attirée dans la plaie et ouverte, de distinguer le bout supérieur de l'inférieur. Examinez la figure 232, et vous comprendrez que si l'anus contre nature avait porté au point PA, le bout supérieur de l'intestin eût été en bas de la plaie et le bout inférieur en haut. Il est même probable que cette disposition doit se rencontrer assez fréquemment. Or, l'un des inconvénients les plus sérieux de l'anus iliaque est de voir l'éperon, c'est-à-dire la séparation entre les deux bouts, s'affaïsser peu à peu, malgré toutes les précautions prises, et les matières fécales repasser après un certain temps par le bout inférieur, si bien que le malade se trouve privé des bénéfices de l'opération. Pour obvier à cet inconvénient, on a eu la pensée rationnelle d'oblitérer complètement le bout inférieur ; mais on voit tout de suite le résultat de cette manœuvre si, considérant comme bout inférieur celui qui est en bas de la plaie, on oblitère, en réalité, le bout supérieur. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas. Les conséquences furent insignifiantes parce que, en prévision de l'accident, j'avais laissé le bout oblitéré au dehors et que les matières fécales firent sauter les sutures, mais la mort eût été fatale si j'avais sectionné complètement l'anse attirée au dehors et réduit dans le ventre l'anse suturée. Cette considération me paraît devoir faire renoncer sans retour à cette dernière méthode. Mais il