

vrir une large voie, et en maintenant l'ouverture dilatée par des mèches de charpie ou des canules en gomme volumineuses, on ne se met pas toujours à l'abri de la récidive. L'absence de sphincter produit un écoulement incessant des matières au dehors. Il y a de plus à redouter l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire du petit bassin; la cautérisation du trajet de la plaie s'étendant du périnée à l'extrémité inférieure du rectum, cautérisation proposée par Vidal (de Cassis) ne remédierait que temporairement à cet accident. Pour prévenir l'incontinence des matières, Goyrand veut que l'on ménage le sphincter anal, en pratiquant l'incision au périnée sur la ligne médiane, ce qui permettrait de diviser les tissus profonds pour arriver sur l'ampoule rectale sans intéresser les fibres musculaires. Mais il reste à savoir si, en cas d'absence de l'anus et d'une partie du rectum, il existe un sphincter anal. Pour faciliter l'ouverture de l'extrémité inférieure du rectum, Martin a proposé d'ouvrir d'abord l'S du côlon, à la région iliaque, d'après le procédé de Littre (voy. plus loin); d'introduire dans cet intestin une sonde que l'on porte de haut en bas vers l'anus, pour se diriger sur l'extrémité de l'instrument que l'on sent avec le doigt porté à la surface du périnée ou dans la profondeur de l'incision préalablement pratiquée à cette région. Une fois l'anus périnéal bien constitué, on ferme l'anus artificiel iliaque. Demarquay a cherché à perfectionner le procédé de Martin, en se servant d'une sonde armée d'un stylet aiguillé; avec cet instrument il traverse de haut en bas l'ampoule rectale et le périnée pour rétablir l'anus normal. Le fil que porte le stylet aiguillé sert à conduire de bas en haut une mèche de grosseur croissante, pour dilater le trajet artificiel.

Pour s'opposer à l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire du petit bassin, Amussat décolle la muqueuse rectale, l'attire en bas et en fixe les bords aux lèvres de la plaie périnéale au moyen de la suture. Ce procédé mérite d'être conservé, bien qu'il ne soit applicable qu'aux cas dans lesquels l'ampoule rectale n'est pas éloignée du périnée, et qu'Amussat lui-même, sur cinq opérations de ce genre, n'ait obtenu qu'un seul succès bien avéré.

2° Anus artificiel iliaque. Méthode de Littre. Cette méthode consiste à ouvrir l'S iliaque du côlon; elle a été proposée par Littre en 1710; exécutée pour la première fois, en 1776, par Pillore (de Rouen), qui ouvrit le *cæcum* et non l'S iliaque. Ce n'est qu'en 1793 que Duret (de Brest) opéra, avec succès, par cette méthode, un nouveau-né, qui, d'après Miriel, vivait encore en 1835. Depuis cette époque, Desault, Voisin, Ouvrard, Roux, Desgranges, Serand, Freer, Miriel, Bizet, Klewig, ont pratiqué cette même opération avec des succès variés. En 1823, Amussat a pu réunir vingt et une observations, parmi lesquelles on compte d'incontestables succès.

Manuel opératoire. Le sujet est couché sur le dos, les cuisses étendues. Le chirurgien pratique, un peu au-dessus du milieu du ligament de Fallope, parallèlement à peu près à ce dernier, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis, une incision d'environ 5 centimètres de long. Il divise successivement, et couche par couche, la peau, le fascia superficialis, l'apo-

névrose du grand oblique, les fibres inférieures des muscles petit oblique et transverse, le fascia transversalis et le péritoine, dont on agrandit ensuite l'ouverture sur une sonde cannelée. L'intestin, distendu par les matières, se présente de lui-même derrière la plaie; l'aspect de son enveloppe séreuse et la disposition de ses fibres musculaires permettent de le reconnaître facilement. On amène l'intestin doucement en dehors, à l'aide du doigt recourbé en crochet, et on le maintient par un fil passé à travers le mésentère. On pratique alors une petite incision parallèlement à la plaie de l'abdomen, sur la face convexe de l'intestin, et on donne issue aux matières. Les adhérences s'établissent promptement entre la surface du côlon et les bords de la plaie abdominale. Du troisième au cinquième jour elles sont assez solides pour permettre de retirer le fil passé à travers le mésentère.

Le procédé que nous venons de décrire expose à l'épanchement des matières intestinales dans le péritoine et à une péritonite consécutive promptement mortelle. Pour éviter cet accident, on a cherché, avant d'ouvrir l'S iliaque, à faire naître des adhérences entre le péritoine et l'intestin. Les procédés très-ingénieux proposés par Costallat et Vidal (de Cassis), pour arriver à ce but, ont le grand inconvénient de forcer le chirurgien à retarder de plusieurs jours l'ouverture de l'intestin. Or, comme chez le nouveau-né il faut se presser d'évacuer le méconium, au risque de laisser se développer une péritonite spontanée par la stase prolongée des matières, ces procédés, calqués du reste sur ceux que nous avons mentionnés pour les kystes du foie (t. I, p. 168), ne sauraient être appliqués que chez l'adulte, pour les cas de tumeurs du rectum déterminant une rétention complète des matières fécales. Il y aurait au contraire tout avantage, pour prévenir un épanchement dans l'abdomen, de mettre à exécution le procédé imaginé par Nélaton, et que nous avons décrit à la page 617 de ce volume.

Quel que soit le procédé auquel on ait recours, l'opération présente de grandes difficultés. Le paquet intestinal est toujours plus ou moins distendu par des gaz, et quand la cavité abdominale est ouverte, il tend à se précipiter au dehors; parfois il est difficile de le refouler ou de le contenir pour aller à la recherche de l'S iliaque du côlon. Dans un cas de ce genre, Hugnier fut forcé de fixer et d'ouvrir l'intestin grêle pour ne pas prolonger outre mesure l'opération. De plus le côlon n'a pas chez le nouveau-né la fixité qu'il présente chez l'adulte; il est en quelque sorte flottant dans la cavité abdominale; de là des recherches et des manœuvres qui ne sont pas sans avoir d'influence sur le développement d'une péritonite consécutive.

3° Anus artificiel lombaire. Méthode de Callisen. Cette méthode consiste à pratiquer un anus artificiel aux dépens de la portion du côlon lombaire gauche, qui est dépourvue de péritoine. Proposée par Callisen, elle n'est entrée dans la pratique que depuis les travaux d'Amussat, qui pratiqua sa première opération en 1839, en présence de Breschet, Récamier, Barras, sur une dame chez laquelle il avait constaté un obstacle situé au-dessus du rectum. Voici le procédé adopté définitivement par ce chirurgien :

Procédé d'Amussat. On pratique, à deux travers de doigt au-dessus de l'os des îles, ou mieux, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête iliaque, une incision transversale qui commence au bord externe et postérieur des muscles sacro-lombaire et long dorsal, pour se terminer au milieu du bord supérieur de l'os des îles, ou sur la ligne latérale du corps. Cette incision a une longueur de trois à quatre travers de doigt. Les apophyses épineuses lombaires, la dernière fausse côte, et surtout la crête de l'os des îles, sont les points osseux sur lesquels on se guide. L'incision des parties molles doit être parallèle au tiers moyen du bord supérieur de l'os iliaque. Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on incise *crucialement* les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin. L'incision *transversale* donne beaucoup d'espace, et permet de soulever le carré lombaire, d'en diviser même le bord externe. L'incision *cruciale* rend les recherches beaucoup plus faciles; il y aurait avantage à la pratiquer sur la peau si le sujet avait beaucoup d'embonpoint. Après avoir divisé tous les tissus superficiels et profonds, on découvre le *côlon le long du bord externe du muscle carré des lombes*, ou un peu en arrière de ce bord si l'intestin est médiocrement distendu. Le tissu cellulaire grasseux péri-intestinal est écarté ou enlevé avec précaution; on se rappellera que chez les très-jeunes enfants le rein descend très-bas, afin d'éviter la lésion de cet organe. Pour reconnaître le *côlon*, on peut se guider quelquefois sur la coloration verdâtre de cet organe; la percussion, la sensation de résistance au niveau de l'intestin, l'absence de cette sensation en dehors du *côlon*, perçues avec le doigt qui explore le fond de la plaie, sont autant d'indices qui mettent sur la voie. Dès que l'on a reconnu l'intestin, on le saisit avec des pinces, ou bien on le traverse avec deux anses de fil, écartées l'une de l'autre d'environ 3 centimètres, et, dans leur intervalle, on fait une ponction avec une lancette ou un trocart; l'ouverture est agrandie dans le sens vertical. Quand les matières se sont écoulées au dehors, on fixe à la peau les lèvres de la plaie intestinale, attirées en dehors par quelques points de suture entrecoupée. On emploie le même mode de réunion pour les lèvres de l'incision cutanée, au niveau de l'angle antérieur et postérieur de la plaie.

Amussat a remarqué que, dans les premiers temps, l'anus artificiel lombaire, pratiqué aux nouveau-nés, livre un passage facile aux matières fécales, mais qu'il a une très-grande tendance à se resserrer; on est obligé de le tenir dilaté avec de petits bouchons de cire ou de gomme élastique. Chez un des petits opérés, le rétrécissement de l'orifice mit deux fois la vie du sujet en danger. Pour prévenir cette atrésie, Amussat conseille d'aviver tous les deux jours les angles de la plaie, en décollant la membrane pyogénique, qui tend toujours, à mesure qu'elle s'organise, à attirer vers le centre les bords de la plaie.

L'opération de Callisen, avant qu'Amussat la remit en honneur, était proscrite par les chirurgiens; Boyer avait déjà fait remarquer que le *mésocôlon*, chez les enfants, permet à l'intestin de flotter dans le ventre; d'où il résulte deux difficultés pour l'opération: 1° on peut rencontrer et per-

forer le péritoine, après avoir incisé l'aponévrose du muscle transverse, le long du bord externe du carré des lombes, ainsi qu'il est arrivé à Callisen lui-même dans le seul essai qu'il ait fait sur le cadavre d'un nouveau-né; 2° on est forcé de tirer sur le *mésocôlon lombaire* pour ramener vis-à-vis de l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale le *côlon flottant*, afin de chercher le côté de sa circonférence qui n'est pas recouvert de péritoine; ces manœuvres favorisent le développement de la péritonite. Chez l'adulte, la disposition anatomique est différente: ordinairement le *mésocôlon lombaire gauche* n'existe pas, de façon que le côté du *côlon* dépourvu de péritoine répond au rein et au muscle carré des lombes, dont il n'est séparé que par du tissu cellulaire plus ou moins abondant; cette partie de l'intestin est plus facile à rencontrer; l'état morbide dans lequel se trouve le canal intestinal ajoute encore aux chances de succès, parce que la distension du *côlon descendant* par les matières fécales accumulées, non-seulement accroît le volume de l'intestin, mais en étend la partie postérieure ou *extrapéritonéale* sur laquelle le chirurgien doit agir et qu'il trouve facilement. L'opération a donc plus de chances de succès chez l'adulte que sur les nouveau-nés. Chez ces derniers, on risque de blesser le péritoine, comme lorsqu'on agit par la méthode de Littre; il faut aussi tenir compte des anomalies de position du *côlon descendant*, qui parfois, au lieu de côtoyer le bord externe du rein, se dévie plus ou moins en dedans, et passe en avant de cet organe. Pour saisir l'intestin et le ramener jusqu'à l'ouverture de la paroi abdominale, on tire la séreuse, d'où encore le danger d'une péritonite; enfin il se peut qu'on ne trouve pas le *côlon*, et qu'on tombe sur l'intestin grêle. Ajoutons qu'on est forcé d'opérer à une certaine profondeur, et de diviser des couches musculaires très-épaisses. Ces divers inconvénients ont eu pour conséquence de faire abandonner presque complètement, chez les nouveau-nés, la méthode de Callisen pour lui substituer celle de Littre; la première restant réservée pour quelques cas exceptionnels chez l'adulte seulement.

Un autre argument donné en faveur de la méthode de Littre, c'est que dans cette dernière l'anus anormal est situé en avant, et peut être pansé par le malade; tandis que dans la méthode de Callisen l'ouverture est placée en arrière, ce qui nécessite l'intervention de soins étrangers.

L'anus artificiel une fois établi, quel que soit le procédé employé, le malade est exposé à quelques-uns des troubles fonctionnels que nous avons signalés pour l'anus accidentel (voy. p. 674). Quelquefois il survient un renversement de l'intestin, et cet accident se présente avec tous les caractères qui ont été indiqués à la page 676.

Pour remédier à l'incontinence des matières, on a recours au moyen qui a été indiqué à la page 682.

On s'est adressé à la statistique pour comparer la valeur des deux méthodes. Il faut distinguer les cas dans lesquels l'opération a été faite sur des adultes et ceux qui se rapportent à des *enfants imperforés*.

Amussat rapporte avoir pratiqué *trois fois* un anus lombaire, à gauche, chez des enfants imperforés. Amussat fils m'a communiqué une quatrième