

forme de cuiller conduit sur l'indicateur gauche. Sabatier n'a pas cité sans malice le fait de quatre médecins qui avaient pris pour une tumeur de mauvaise nature une masse stercorale en partie saillante à l'extérieur, sur laquelle ils avaient pratiqué une incision cruciale avant de l'appeler en consultation.

VICES DE CONFORMATION DU RECTUM.

Le rectum peut être fermé par une membrane, ou s'ouvrir à travers le sacrum, aux lombes, à l'ombilic, à l'hypogastre, à la fourchette vulvaire, dans la vessie; dans le vagin, ce qui constitue l'anus anormal; il peut être rétréci à diverses hauteurs; enfin, il manque en partie ou en totalité.

Occlusion par une membrane. Procédé opératoire. Si la membrane est située tout à fait à la partie inférieure du rectum, on attend que les matières la fassent saillir pour l'inciser avec une lancette ou un bistouri, et l'on place une mèche dans la plaie. Levret faisait une ouverture circulaire. On a proposé l'incision en croix, suivie de l'excision des lambeaux. Si la membrane occupe un point plus élevé du rectum, on commence par la ponctionner, puis on la fend, ou on l'enlève après avoir constaté la sortie du méconium. L'opération est délicate et demande beaucoup de précaution.

Anus anormal. Chaque fait offre des indications particulières; nous ne pouvons donc établir de règles générales pour le traitement de l'anus anormal, en quelque point qu'il se trouve. Disons seulement que s'il s'ouvre extérieurement, loin de son siège ordinaire, il faut que le chirurgien se résigne à l'abstention.

Anus anormal ou recto-vulvaire ou recto-vaginal. Dieffenbach ayant eu à traiter un anus anormal ouvert dans le vagin (*Annales de Hecker, 1826*), commença par faire au périnée une ouverture destinée à loger le rectum; dans un autre temps de l'opération, entrepris plus tard, il détacha le rectum du vagin, puis l'engagea et le fixa dans la plaie périnéale.

M. Rizzoli (de Bologne) a rapporté quatre succès, dus à un procédé de son invention appliqué à des cas d'anus anormal recto-vulvaire. Ce chirurgien incisa le périnée sur la ligne médiane, du coccyx à la fourchette, détacha toute l'extrémité du rectum munie de son sphincter, et la transporta au milieu du périnée, où il la fixa. La dernière opération fut exécutée en 1865. Il pense ménager ainsi les muscles transverses du périnée et conseille de fendre l'orifice anal vers le coccyx, lorsque cet orifice est trop étroit, ce qui

n'abolit pas la faculté de conserver et d'évacuer volontairement les matières. La plaie vulvaire se ferme spontanément ou peut être réunie par la suture.

Dans un cas où l'anus s'ouvrait à la fourchette chez une petite fille, Brachet introduisit une sonde cannelée par l'ouverture anormale, et divisa sur cette sonde avec un bistouri tous les tissus jusqu'au périnée, par un procédé analogue à celui qu'on emploie pour la fistule à l'anus. Une canule fut introduite dans l'intestin au delà de l'incision, et servit à l'écoulement des matières; la plaie se cicatrisa, et l'opération réussit. On agirait de même pour un anus recto-vaginal. Il a été proposé de faire la suture de la plaie sur la canule. On pourrait introduire un stylet ou une sonde par l'anus anormal, et chercher à faire saillir le périnée, qu'on inciserait sans toucher à la cloison recto-vaginale. Si, nonobstant le rétablissement de l'anus naturel, l'anus anormal persistait à l'état de fistule, on l'oblitérerait par des injections, les caustiques ou l'incision.

Anus anormal recto-vésical ou uréthral. La seule opération indiquée serait d'aller à la recherche de l'extrémité du rectum par le périnée. M. Cavenne a proposé de réunir dans une même incision la vessie, le rectum et le périnée.

La guérison des fistules vésico-vaginales par la méthode américaine montre la possibilité de fermer la vessie dans les conditions les plus compliquées; mais la reconstitution d'un anus périnéal offre parfois, comme nous le verrons, des obstacles encore plus grands.

Rétrécissement congénital du rectum. Il peut être débridé avec un bistouri boutonné, s'il est situé près de l'anus. S'il y a impossibilité de l'atteindre, l'indication de l'anus artificiel est posée.

Absence du rectum. La première indication qu'elle présente est la recherche du rectum; la seconde, l'établissement d'un anus artificiel, si les investigations sont restées infructueuses.

Aller à la recherche du rectum. Procédé ordinaire. S'il n'existe aucun indice du rectum, le chirurgien, se guidant sur le coccyx, divise les téguments dans l'étendue de deux à trois centimètres, à 0^m,020 environ en avant de cet os; puis, son indicateur gauche précédant toujours l'instrument, il incise les tissus, d'abord presque perpendiculairement, puis vers le sacrum, jusqu'à une profondeur de 0^m,04. Si l'intestin ne peut être découvert, on s'abstient de nouvelles recherches. S'il est trouvé, on donne issue au méconium, et l'on agrandit l'incision dans plusieurs sens. Une mèche ou une canule servent à dilater la plaie, et l'opération est

terminée. Une ponction avec le trocart serait à tenter, en raison de la dilatation considérable qu'offre ordinairement l'intestin distendu, au-dessus de la coarctation; mais il ne faudrait pas engager l'instrument trop profondément.

Procédé de Vidal, de Cassis. C'est une application de la méthode en deux temps, condamnée par l'urgence de l'issue des matières, dont la rétention cause tous les accidents.

Procédé d'Amussat. Amussat décollait la muqueuse rectale, l'attirait en bas, et la fixait aux lèvres de la plaie à l'aide de la suture. Ce procédé, applicable aux seuls cas où l'extrémité rectale n'est pas très-élevée, mérite d'être imité. Il prévient les infiltrations et assure la persistance du nouveau trajet.

Procédé de M. Martin. On ouvre l'S du colon à la région iliaque, par le procédé de Littre, puis on introduit dans l'intestin une sonde, que l'on dirige en bas vers l'anüs, et que l'on cherche à reconnaître avec le doigt porté sur la surface du périnée ou dans la profondeur de l'incision préalablement pratiquée sur cette région.

M. Demarquay, adoptant l'idée de M. Martin, a proposé de se servir d'une sonde armée d'un stylet aiguillé pour percer et traverser de haut en bas l'ampoule rectale et le périnée, afin de pouvoir rétablir le trajet normal. Le fil laissé en place sert à conduire du bas en haut une mèche de plus en plus volumineuse à travers le périnée; on peut ensuite fermer l'anüs artificiel pratiqué dans la région iliaque.

ANUS ARTIFICIEL.

Si le rectum manque, ou est rétréci par un cancer ou par toute autre cause, dans sa partie supérieure, il n'y a d'autre alternative que la mort plus ou moins prompte du malade ou la pratique d'une opération qui offre des dangers immédiats, et dont le résultat le plus favorable est une infirmité dégoûtante. Néanmoins, comme avant tout il faut sauver la vie, et que des opérés ont vécu longtemps avec un anus artificiel, le chirurgien devra tenter cette dernière ressource.

Deux méthodes se présentent: celle de Littre, qui consiste à ouvrir l'S iliaque du colon, et celle de Callisen, dans laquelle on divise le colon descendant sans intéresser le péritoine.

Méthode de Littre. Littre proposa, en 1710, d'ouvrir l'S du colon; mais ce fut Pillore, chirurgien de Rouen, qui, le premier, en 1776, mit cette opération à exécution, avec cette différence toutefois qu'il

rechercha et perfora le cæcum, au lieu du colon sigmoïde, qui était malade. En 1793, Duret fendit l'S iliaque sur un nouveau-né. L'opération eut des suites heureuses, et le malade vivait encore en 1835, d'après M. Miriel, qui l'a connu à Brest, et en a publié l'histoire. Cet exemple fut imité, avec des résultats variés, par Desault, Voisin, Desgranges, Legris, Serand, Freer, Miriel, Ouvrard, Bizet, Klewig, Roux etc. Amussat en a réuni, en 1823, vingt et une observations, parmi lesquelles on compte d'incontestables succès.

Procédé ordinaire. On fait, un peu au-dessus du milieu du ligament de Fallope, jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, une incision d'environ 0^m,05, comprenant successivement la peau, le fascia superficialis, l'aponévrose 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, reconnu et saisi, est amené au dehors et maintenu par un fil passé dans son mésentère. Une petite incision longitudinale est pratiquée avec précaution sur le milieu de la face libre ou dorsale de l'intestin et donne issue aux matières. Des adhérences ne tardent pas à s'établir. Du troisième au cinquième jour, on retire le fil mésentérique, et l'anüs est formé.

M. Huguier a soutenu devant la Société de chirurgie que l'S iliaque du colon est ordinairement situé à droite, à l'époque de la naissance, et qu'il y aurait avantage à pratiquer l'incision dans la fosse iliaque droite.

La remarque de M. Huguier n'est vraie qu'exceptionnellement. M. Giraldès, ayant recherché la disposition de l'S iliaque du colon sur cent cinquante enfants âgés de moins d'un mois, a trouvé cent trente fois l'S iliaque à gauche, et vingt fois seulement à droite. Dans ce dernier cas, l'intestin se dirigeait transversalement vers la fosse iliaque droite et se repliait de nouveau de droite à gauche pour se continuer avec le rectum. Ces détails ont de l'importance et peuvent éviter beaucoup d'embarras aux chirurgiens.

Méthode de Callisen. On appelle ainsi l'opération dans laquelle on ouvre le colon descendant dans le point où il ne présente pas de mésentère, et où l'on peut y pénétrer sans intéresser le péritoine. Cette méthode porte le nom de Callisen, qui la cite cependant comme *une méthode que l'on a proposée*. La plupart des chirurgiens l'avaient condamnée. Roux, toutefois, en avait parlé avec faveur. Amussat, reprenant cette opération, se l'est, pour ainsi dire, appropriée.