

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'anus, 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'anus 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'anus 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.

Détails anatomiques. Le tableau suivant, que nous empruntons à Vidal, de Cassis, renferme des indications anatomiques très-précises sur la position du colon descendant et sur l'étendue de l'intervalle péritonéal dans lequel on peut inciser cet intestin.

AGE ET SEXE DES SUJETS.	L'intestin est à la distance des apophyses épineuses du rachis.	La portion du colon descendant dépasse le niveau de la crête iliaque.	Circonférence de l'intestin in- sufflé.	Étendue de la portion dépourvue de péritoine de l'intestin insufflé.
Sur une jeune fille de 15 ou 16 ans.	0m,080	0m,140	0m,150	0m,060
Homme de 30 ans.	0m,130	0m,140	0m,140	0m,045
Id. de 50 ans.	0m,110	0m,130	0m,190	0m,050
Femme de 55 ans.	0m,080	0m,110	0m,140	0m,040
Id. de 60 ans.	0m,090	0m,150	0m,160	0m,045
Id. de 65 ans.	0m,120	0m,135	0m,120	0m,050
Id. de 75 ans.	0m,120	0m,160	0m,140	0m,020

Procédé d'Amussat. Une incision transversale est pratiquée 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. Cette incision commence au bord externe et postérieur des muscles sacro-lombaire et long dorsal, et s'étend jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des îles, ou jusqu'à la ligne latérale du corps, dans une longueur de trois à quatre travers de doigt.

Les apophyses épineuses lombaires, la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles sont les points osseux qu'on peut prendre pour guides. Cependant la crête de l'os des îles est le point de repère le plus sûr, et l'on peut dire que l'incision transverse doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os.

Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on coupe en croix les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin. L'incision transversale donne beaucoup d'espace et permet de soulever le carré lombaire et d'en diviser le bord externe; mais une incision cruciale profonde favorise singulièrement les recherches; elle devrait être faite également sur la peau, si le sujet avait beaucoup d'embonpoint.

Le temps le plus délicat de l'opération est celui où l'on ouvre le colon après l'avoir mis à découvert; on le trouve le long du bord externe ou antérieur du muscle carré lombaire, et même un peu plus en arrière, si cet intestin est peu développé. Le tissu cellu-

laire graisseux péri-intestinal est écarté et enlevé avec précaution, et chez les très-jeunes enfants le rein, qui descend très-bas, doit être évité.

La pression avec le doigt et la percussion sont les meilleurs moyens d'exploration; le défaut de résistance en dehors du colon est un signe fort important. Quelquefois on aperçoit la couleur verdâtre de l'anse intestinale. On saisit alors le colon avec des pinces ou on le traverse avec un fil, et l'on en fait la ponction avec une lancette ou un trocart; l'ouverture est agrandie dans le sens vertical. Les lèvres de la plaie sont tirées en dehors et fixées à la peau par quelques points de suture. Le reste de la solution de continuité tégumentaire est réuni.

Appréciation. Quelles que soient les anomalies rectales: atrésies, imperforations, absence plus ou moins étendue de l'intestin, la première indication qu'elles présentent est de se rendre un compte exact des lésions, et de chercher à rétablir l'anus normal. L'incision périnéale, les ponctions prudemment exécutées le long de la courbure du sacrum, en ménageant le vagin et la vessie, peuvent faire découvrir l'ampoule rectale, dont on amène les parois à la peau, pour les y réunir, si la laxité des adhérences le permet. Quant aux anus ouverts dans la vessie, le vagin, l'urèthre, nous avons indiqué les procédés qui leur sont applicables. Le maintien prolongé de mèches et de canules dans l'intestin restauré est indispensable pour prévenir une atrésie consécutive. Si le rectum est introuvable, il faut choisir entre les méthodes de Littre et de Callisen. La première, adoptée par Sabatier, Dupuytren, Velpeau, Goyrand, Robert, Rochard, de la Rochelle, défendue avec talent par M. Marchal (de Calvi), compte de nombreux succès; M. Giraldès, dans l'article *Malformation de l'anus* (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), cite des opérés qui ont vécu depuis quatorze jusqu'à quarante-trois ans. La plaie est située en avant et susceptible d'être pansée par le malade. La méthode de Callisen a pour avantage de ne pas ouvrir le péritoine, le colon descendant étant incisé entre les deux feuillettes de son mésentère. Mais l'anus est placé en arrière et exige l'intervention de soins étrangers. Aussi réserverions-nous cette opération pour les adultes ou les vieillards atteints de cancers, avec obstacle au passage des matières, et nécessairement mortels, et aurions-nous recours à celle de Littre, chez les nouveau-nés, avec la ressource des procédés de MM. Martin et Demarquay, pour rechercher et rétablir l'anus normal dans les cas les plus favorables.