

de son méso pour en refouler le contenu ; on place deux ligatures à la soie forte, à quelques centimètres de distance l'une de l'autre, afin de sectionner l'intestin entre les deux (fig. 733). Auparavant, on s'est assuré que le bout supérieur sera assez mobile pour être amené au dehors et servir à la constitution d'un anus iliaque sans trop de traction. L'intestin coupé au thermocantère, et la surface de section essuyée, puis cautérisée, on coiffe chaque extrémité soit d'un petit sac en caoutchouc, soit de gaze qu'on fixe en capuchon avec un fil de soie. Entre deux pinces, on poursuit de bas en haut la libération de l'intestin jusqu'au méso-rectum ; on entoure le bout inférieur d'une compresse et l'on procède à l'incision iliaque gauche.

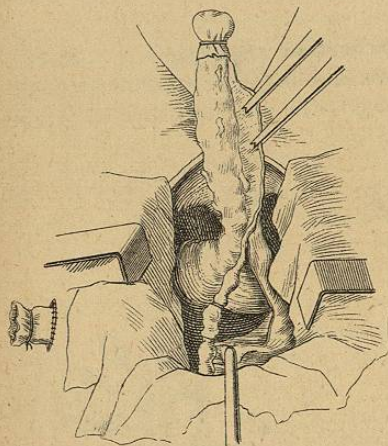


Fig. 734.

Amputation du rectum par voie abdomino-périnéale (QUÉNU). Création de l'anus iliaque. Libération du rectum. Ligature et section du méso-sigmoïde.

Le bout supérieur, toujours fermé, est actuellement hors du ventre, et ne nous embarrasse plus ; on peut procéder au troisième et dernier temps de l'opération abdominale, à savoir l'amorce de la libération rectale.

« *Amorce de la libération rectale.*—Reprenant le bout inférieur, nous incisons de chaque côté le méso-rectum, puis nous faisons porter le bout inférieur tendu en avant contre le pubis.

« Le doigt qui part du promontoire rencontre de haut en bas une corde : ce sont les vaisseaux hémorroïdaux qu'on lie, s'ils

ne l'ont été déjà ; alors rien ne retient plus le rectum en arrière et on peut racler avec les doigts toute la face antérieure du sacrum jusqu'à sa pointe (fig. 734). Sur les côtés, on dénude en quelques secondes jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance. En avant, on incise le cul-de-sac recto-vésical, si cela est possible, si l'accès en est difficile mieux vaut s'abstenir.

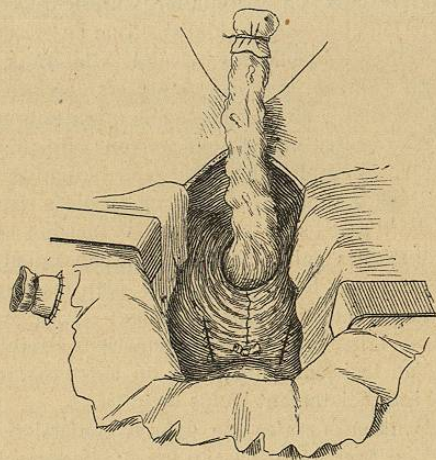


Fig. 735.

Suture des incisions de ligature des hypogastriques, des vaisseaux hémorroïdaux et du méso-sigmoïde.

« On s'assure que le bout inférieur est toujours bien garni et protégé ; on le replie vers le fond de la cavité pelvienne, par-dessus on applique une ou deux compresses qu'on laisse dans le ventre et l'on ferme rapidement la paroi abdominale. Chez un malade, je rapprochai et suturai les débris du méso-rectum afin de diminuer la brèche péritonéale (fig. 735). On peut dire qu'à ce moment, plus des trois quarts de la besogne sont faits. L'achèvement par la voie périnéale ne demande pas plus de dix à quinze minutes.

« *Extirpation périnéale.*—Le patient est mis en position de la

taille. La région opératoire est à nouveau rapidement savonnée et lavée à l'éther et au sublimé. Nous conseillons chez la femme la voie périnéale, de préférence à la voie vaginale. Les mêmes règles sont à suivre que dans toute extirpation périnéale. L'anus fermé solidement à l'aide d'une soie et circonscrit latéralement par deux incisions qui se prolongent en avant et en arrière, on sectionne les releveurs ; on libère la face antérieure avec précaution ; on ouvre le cul-de-sac péritonéal s'il ne l'a été déjà par en haut, on sectionne les pédicules vasculaires latéraux et tout le bout intestinal s'amène, avec les compresses derrière.

« On peut accomplir en une dizaine de minutes tout ce temps opératoire sans une ligature, et nous pouvons dire qu'on regagne largement le temps employé au début pour la ligature préalable des artères iliaques. Comme pansement, on place dans la plaie un drain et de la gaze ; sans la bourrer. L'incision cutanée est réduite par quelques points de suture ; le pansement extérieur est garni d'ouate de bois qui absorbe bien les liquides. Une sonde est placée à demeure dans la vessie.

« Nous avons laissé le bout colique supérieur étroit par le fil de soie jusqu'au troisième jour ; dans un autre cas, nous avons confectionné immédiatement l'anus définitif.

« Pour cela, mêmes règles que dans la confection d'un anus périnéal, section avec hémostase au fur et à mesure des parties molles péri-intestinales et réduction de ces parties sous la peau, suture au catgut de la tunique musculaire intestinale aux plans de la paroi, section de l'intestin et suture de la muqueuse à la peau.

« Rien de plus aisé, grâce à l'adhésion, que de protéger la suture abdominale contre les souillures de la plaie iliaque. » (QUÉNU.)

**Fistules ano-rectales.** — Les fistules recto-cutanées<sup>1</sup> sont sous-sphinctériennes ou extra-sphinctériennes suivant que le trajet chemine en dedans et au-dessous du sphincter externe ou en dehors de ce muscle. Les diverses variétés de ces fistules peuvent

<sup>1</sup> Pour les fistules recto-urétrales, recto-vésicales et recto-vaginales, voir urètre, vessie, vagin.

être traitées par deux méthodes, l'incision ou l'excision suivie de sutures.

**Incision.** — **Fistules sous-sphinctériennes.** — Lorsque la fistule est *borgne externe* ou *complète*, c'est-à-dire lorsqu'il existe un orifice cutané, le malade ayant été purgé et nettoyé, placé dans la position de la taille et endormi, on introduit une sonde cannelée par l'orifice externe, aussi loin qu'elle peut aller sans effort. Un doigt placé dans l'anus suit l'extrémité de l'instrument, qui remonte sous la muqueuse aussi haut qu'il peut aller facilement. Arrivé à la limite du décollement muqueux, l'opérateur perfore d'un coup sec la muqueuse en protégeant le rectum avec le doigt qui s'y trouve. Ce même doigt accroche l'extrémité de la sonde cannelée et l'attire doucement hors de l'anus.

Protégeant les téguments par des compresses glissées sous la sonde cannelée, on prend, avec des pinces de Kocher, la peau de part et d'autre de la section que l'on va pratiquer, pour pouvoir écarter les lèvres de la plaie. On incise alors tout le pont de tissu soulevé par la sonde cannelée, soit avec le bistouri, soit avec le thermocautère. On étale la plaie grâce aux deux pinces placées d'avance, et on enlève la sonde cannelée.

Avant d'aller plus loin, on inspecte avec le plus grand soin tout le fond de la plaie pour y chercher l'entrée d'un ou de plusieurs diverticules qu'il faudrait traiter comme le trajet principal, remontant sous la muqueuse jusqu'à l'extrémité du décollement.

Tous les trajets et diverticules étant ouverts dans toute leur étendue, il faut détruire le fond du trajet fistuleux en le brûlant au thermocautère. On promène sur toute l'étendue de la plaie étalée la lame rouge, et on panse à plat.

Le pansement est renouvelé tous les jours jusqu'à la cicatrisation, toujours très longue à obtenir.

Si la fistule est *borgne interne*, il faut chercher l'orifice par la muqueuse. On commence par dilater l'anus pour en étaler la muqueuse, et par l'orifice trouvé, on introduit, de dedans en dehors, une sonde cannelée qui se dirige vers la peau. On fait

alors, en sens inverse, la même opération que pour les fistules externes.

**Fistules extra-sphinctériennes.** — Ici l'incision complète est mauvaise parce qu'elle coupe le sphincter externe. On peut obtenir la guérison par l'incision, sans sectionner le sphincter. Souvent les fistules ne communiquent pas avec l'intestin, et ce sont quelquefois des fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur, dont le trajet est rétréci au niveau du passage à travers le muscle releveur (QUÉNU et HARTMANN).

Avant d'en arriver à la section du sphincter, que l'on ferait suivre d'une suture comme dans le procédé par excision, on peut tenter la guérison par l'incision large sans communication rectale.

On incise, sur l'orifice externe, dans le sens antéro-postérieur, ouvrant progressivement tout le trajet jusqu'à ce qu'on atteigne son fond. On curette et brûle les parois, laisse largement ouvert et bourre la cavité avec de la gaze.

Si le trajet dépasse le releveur vers l'espace pelvi-rectal supérieur, il faut fendre aussi, toujours dans le sens antéro-postérieur, le muscle releveur, et son aponévrosé. Le foyer ouvert, on le gratte à la curette et le draine en ayant soin d'en régulariser les parois.

La cicatrisation doit se faire lentement, du fond à la surface.

**Excision et suture** <sup>1</sup>. Le malade est préparé comme pour la résection de la muqueuse ou d'un segment du rectum, cette préparation doit être très soignée, le but cherché étant la réunion par première intention. L'opéré est placé dans la position de la taille et endormi complètement. On pratique d'abord la dilatation forcée de l'anus comme nous l'avons indiqué <sup>2</sup>.

L'opération se compose de deux temps : l'excision et la suture.

<sup>1</sup> QUÉNU. *Société de chirurgie*, 1887, p. 533 et thèses de Longo, Paris, 1888; de Sendler, Paris, 1890; de Roux, Paris, 1899. — Pierre Delbet, in thèses de Legras, Paris, 1892-93; de Arsonneau, Paris 1901. — Souligoux in Barge, Thèse de Paris, 1900.

<sup>2</sup> Voy. p. 255 et 261.

L'excision peut être pratiquée de deux façons. Dans l'une on incise d'abord la fistule et les diverticules sur la sonde cannelée comme dans le procédé de l'incision, puis on extirpe avec le bistouri et les ciseaux tous les tissus indurés qui tapissent le fond et les bords éversés de la fistule, de façon qu'il ne reste aucun point dur, et qu'on soit partout en tissu sain. Si la fistule est élevée, extra-sphinctérienne, on coupe le sphincter, le repérant avec des pinces pour le suturer plus tard.

Dans l'autre procédé, on extirpe le trajet fistuleux avec sa paroi indurée non ouverte, comme on enlèverait une tumeur sans la morceler. Pour les trajets sous-tégumentaires, sous-sphinctériens, l'opération est simple, on place une sonde cannelée dans le trajet, on saisit avec une pince de Museux la sonde et le trajet, et on extirpe le tout sans ouvrir le trajet, d'un bout à l'autre. Si le trajet est élevé, extra-sphinctérien, remontant ou non au-dessus du releveur anal, l'extirpation doit être faite sans section du sphincter externe. On glisse une sonde cannelée dans le trajet, sans perforer la muqueuse si le trajet n'aboutit pas à son contact, la perforant si la sonde y arrive. On extirpe au bistouri tout le canal qui se trouve autour de la sonde, s'aidant d'une large incision cutanée, mais sans prolonger celle-ci jusqu'à la muqueuse et sans couper le sphincter. On creuse ainsi peu à peu une cavité régulière et profonde. Si le trajet traverse le sphincter on ne coupe de ce muscle que les fibres qui touchent les parois que l'on dissèque. (SOULIGOUX.)

La suture se fait différemment suivant qu'on a extirpé un trajet en incisant complètement la peau et la muqueuse, ou qu'on a creusé une cavité en tissus sains autour du trajet disséqué.

Dans le premier cas on a une vallée plus ou moins profonde, dont il faut réunir les lèvres en partie muqueuses, en partie cutanées. On commence par les sutures muqueuses au catgut, l'anus étant ouvert par une valve et on arrive peu à peu aux sutures cutanées, au crin de Florence. Chaque point suturé doit comprendre non seulement les lèvres, mais tout le fond de la plaie, de façon à ne laisser aucun espace mort. Si le sphincter a été pris, on peut le réunir par des sutures particulières, en-

fouies ensuite dans les anses totales, mais ces anses totales, prenant le muscle avec tous les autres tissus, suffisent à la réunion du sphincter.

Dans le cas de dissection sans section complète cutanéomuqueuse, il existe ou non une plaie de la muqueuse rectale. On suture la plaie rectale comme une plaie de l'intestin; un premier plan de catgut sur la muqueuse, un second plan sur le tissu périrectal, comprenant les fibres du sphincter si on en a sectionné quelques-unes. Quant à la plaie de la fosse ischio-rectale, on la suture par un surjet de catgut qui tasse tous les tissus. La peau est recousue avec des crins.

Le pansement comprend, dans tous les cas, des lames de gaze stérilisées extérieures, sans tamponnement ni tube intra-rectal.

La constipation, par le régime de l'opium, est maintenue huit à dix jours, les fils sont enlevés le dixième jour, puis la première selle est facilitée par une purgation.

Si la plaie s'infecte, il faut enlever toutes les sutures et laisser la réunion se faire lentement, du fond à la surface, comme dans le procédé de l'incision.

**Imperforation et absence du rectum.** — L'impossibilité de connaître d'avance la situation de l'ampoule terminale de l'intestin, et l'avantage d'une opération uniquement périnéale sans ouverture du péritoine doivent faire commencer toujours l'opération par le périnée. On s'efforcera par la *voie périnéale* de trouver l'ampoule, en s'aidant de diverses manœuvres complémentaires; et si on ne découvre pas l'ampoule, on pratiquera un anus iliaque sur l'ampoule iliaque, selon les règles ordinaires<sup>1</sup>, ou bien on cherchera à abaisser, par *voie abdominale*, l'ampoule terminale jusqu'au périnée.

**Voie périnéale.** — Lorsque le cul-de-sac terminal bombe sous une mince membrane visible, il suffit d'exciser la membrane après avoir ouvert et vidé le rectum.

Lorsque l'ampoule, plus élevée, n'est pas visible, on place

<sup>1</sup> Voy. p. 128, t. II.

l'enfant, endormi s'il se défend, couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le ventre. Tout étant nettoyé soigneusement, on trace une incision antéro-postérieure et médiane, allant des

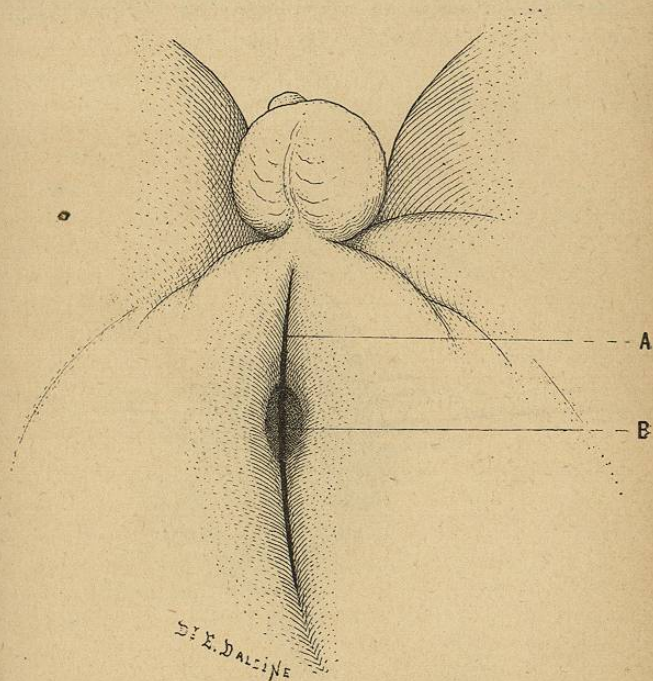


Fig. 736.

Imperforation ano-rectale. Incision médiane (LEJARS, *Chirurgie d'urgence*).

bourses ou de la fourchette vulvaire à la pointe du coccyx. Cette incision divise en deux moitiés la dépression anale et le bourrelet qui l'entoure (fig. 736).

Il importe de toujours rester exactement sur la ligne médiane dans la suite de l'opération, arrêtée dès qu'on rencontre l'ampoule.

On peut être arrêté dès le tissu cellulaire sous-cutané et la graisse (fig. 737), ou au contraire, se dirigeant toujours en arrière vers le sacrum pour éviter le vagin ou la vessie qui bombent, on arrive au coccyx qu'il faut réséquer (VERNEUIL) après l'avoir libéré sur les côtés (fig. 738).

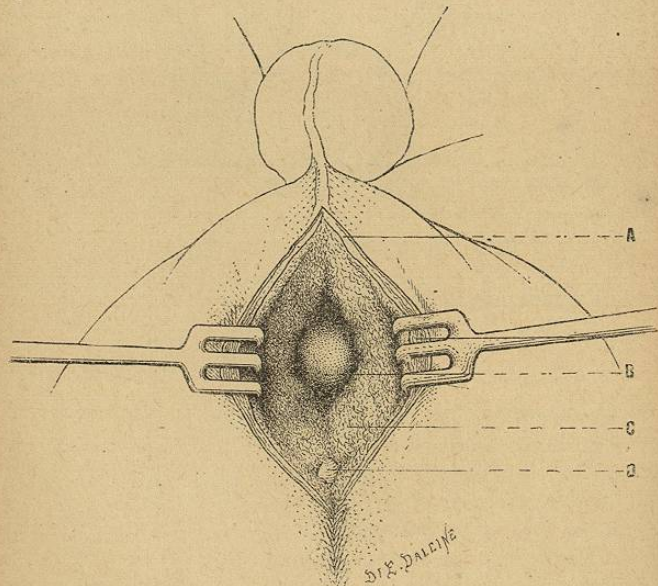


Fig. 737.

Imperforation ano-rectale. Découverte de l'ampoule (LEJARS).

Enfin, avant de renoncer à la voie périnéale, sans entreprendre de résection du sacrum, on peut encore essayer l'incision du cul-de-sac péritonéal pour chercher à attirer l'ampoule élevée. Mais les recherches sont de plus en plus pénibles. Au fond de la plaie périnéale, on ne voit plus ce que l'on fait; et mieux vaut abandonner cette voie.

Lorsque l'ampoule est trouvée par la voie périnéale, il ne faut pas l'ouvrir, mais la dégager pour l'abaisser jusqu'à la

peau anale. Si, pendant les manœuvres de dégagement et d'abaissement, l'ampoule mince s'est rompue, on évacue le contenu, lave abondamment, et, agrandissant l'ouverture, on suture la muqueuse à la peau.

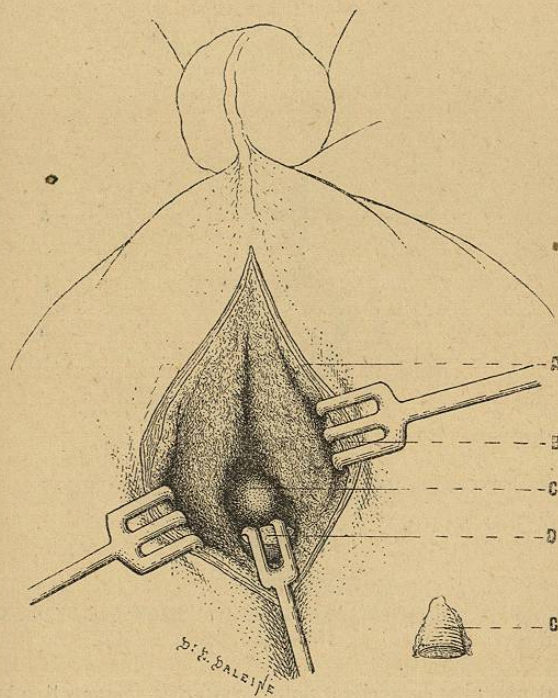


Fig. 738.

Imperforation ano-rectale. Découverte de l'ampoule après excision du coccyx (LEJARS).

Si l'ampoule a pu être abaissée non ouverte, avant de l'ouvrir on la fixe à la plaie anale par deux anses de fil traversant seulement une partie de l'épaisseur du rectum et les téguments (fig. 739). Puis on ouvre, évacue, lave, et on fixe la muqueuse

éversée à la peau périnéale, au niveau de la dépression anale (fig. 740). Il faut s'efforcer de placer l'anus à sa position nor-

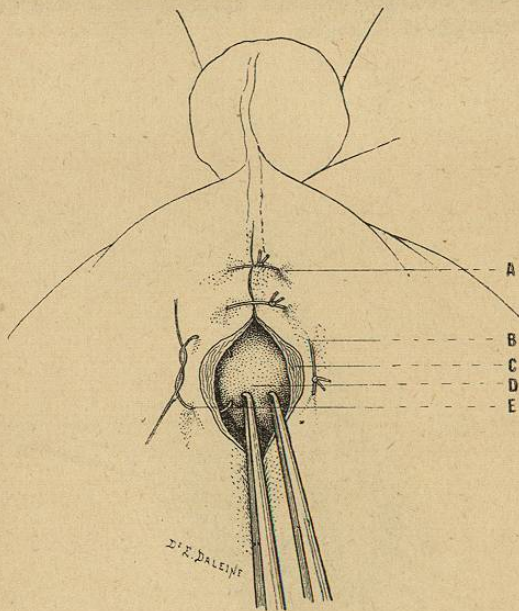


Fig. 739.

Imperforation ano-rectale. Abaissement et fixation de l'ampoule (LEJARS).

male, et non plus en arrière, pour profiter de l'appareil sphinctérien qui existe ordinairement.

**Voie abdominale** (MACLEOD-HADRA). — *Procédé de Chalot* (de Toulouse). — La périnéotomie n'ayant donné aucun résultat, après avoir suffisamment relevé le bassin au bord de la table, les jambes maintenues en extension, on fera la laparotomie, non sur la ligne médiane, mais au niveau de la fosse iliaque gauche, parce que c'est de ce côté qu'on trouve toujours

l'ampoule terminale du gros intestin (fig. 741), et que l'anus de LITTRE serait mieux placé si cet anus devenait une absolue nécessité.

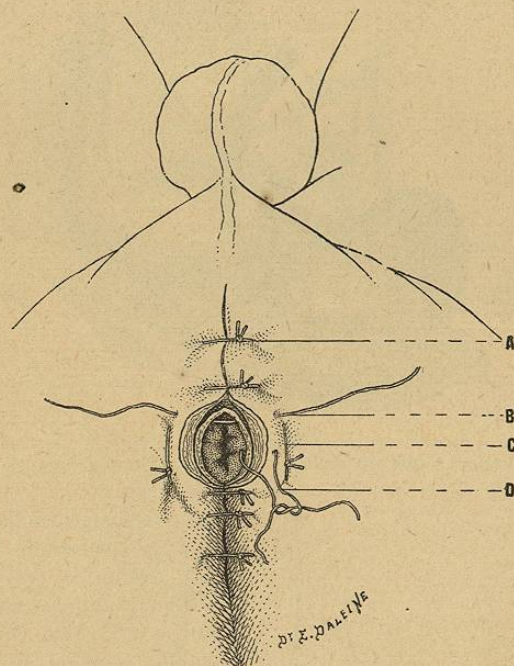


Fig. 740.

Imperforation ano-rectale. Suture muco-cutanée (LEJARS).

L'incision courbe de la fosse iliaque gauche, menée à un doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure (fig. 742), ouvre le péritoine. Refoulant les anses intestinales et écartant la plaie, on cherche au siège ordinaire de l'anse oméga, et là on trouve l'extrémité ampullaire du gros intestin, tantôt entièrement libre et flottante, tantôt fixée par un court pédicule cellulo-vasculaire ou une bandelette fibreuse soit à la face postérieure de

l'utérus, soit sur le flanc gauche du promontoire, ou ailleurs

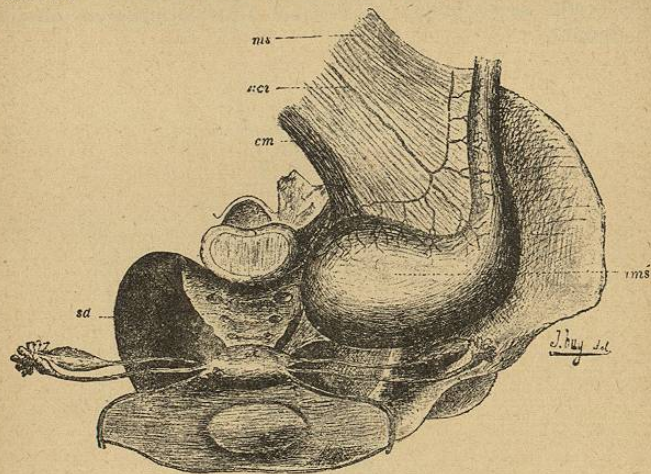


Fig. 741.  
Absence totale du rectum, ampoule sigmoïde (CHALOT).

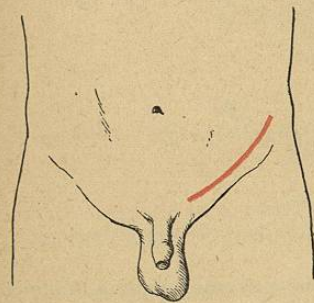


Fig. 742.  
Imperforation ano-rectale. Incision abdominale de Chalot.

dans le voisinage. On la reconnaît à sa distension, à son aspect charnu, à ses bandes longitudinales, à sa continuité avec le colon. On libère l'ampoule, coupant au besoin un peu du méso entre ligatures, de façon à obtenir une longueur de 6 à 7 centimètres environ (distance normale du promontoire à la pointe du coccyx chez le nouveau-né). Si l'ampoule est remplie de méconium, il faut la vider en l'amenant au dehors pour ne pas souiller l'abdomen. Portant alors le doigt en bas, le long de la concavité sacrée,

on perfore le cul-de-sac séreux et pénètre dans la plaie périméale précédemment faite ; et on fait attirer par cette plaie à l'aide d'un fil ou d'une pince, l'ampoule terminale (fig. 743).

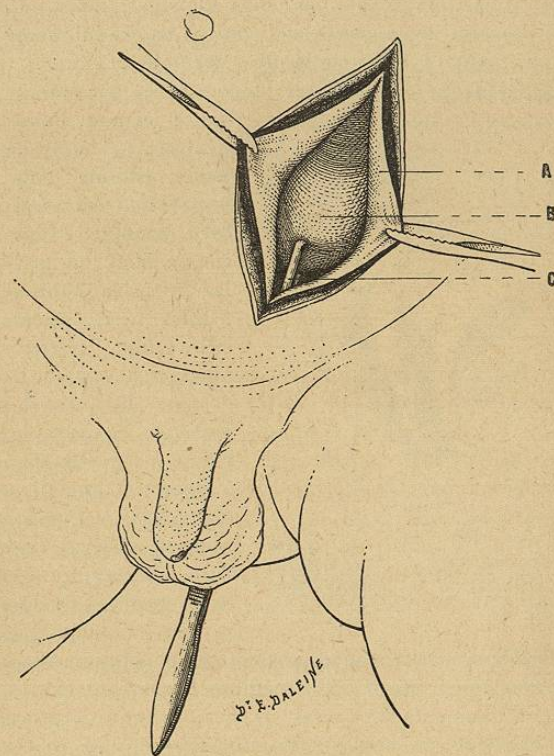


Fig. 743.  
Absence congénitale du rectum. Laparotomie iliaque et abaissement de l'ampoule (LEJARS).

La plaie abdominale est fermée, et, par la plaie périméale, on attire le cul-de-sac terminal, on l'ouvre et le fixe, comme nous l'avons vu, à la peau du périnée.

**Abouchement anormal.** — L'abouchement anormal du rectum est *bas situé* (scrotal ou vulvaire) ou *haut situé* (vésical, urétral ou vaginal). Ce n'est pas l'extrémité du cul-de-sac intestinal qui s'ouvre au point anormal, mais un trajet rétréci partant de ce cul-de-sac, qui se trouve lui-même, plus ou moins haut au-dessus de la place normale de l'anus.

Dans les *abouchements élevés*, on commence par établir, d'urgence ou non, l'anus périméal sur l'extrémité de l'ampoule, comme dans l'imperforation complète. Plus tard, lorsque l'anus fonctionne bien, on traite par les procédés habituels les fistules vagino-rectale, vésico-rectale, uréthro-rectale qui persistent †.



Fig. 744.

Abouchement anormal du rectum.  
Transplantation de l'anus (KIRMISSON).

Dans les *abouchements bas situés*, on pratique l'opération à laquelle KIRMISSON a donné le nom de *transplantation de l'anus* (DIEFFENBACH, RIZZOLI). On introduit une sonde cannelée dans l'orifice anormal, et la fait basculer pour en faire saillir la pointe, contenue dans l'ampoule, au périnée. On incise exactement sur la ligne médiane, lentement, pour isoler avec soin l'ampoule sur toutes ses faces, et on la sépare de la communication anormale. Le rectum, devenu libre, est attiré en bas; l'orifice est agrandi et fixé à la peau comme dans la confection d'un anus périméal (fig. 744). L'autre orifice (vaginal ou vulvaire) du trajet anormal, est oblitéré.

« Il est nécessaire, même lorsqu'il existe un canal anal et un sphincter, de fendre assez largement le raphé en avant et en

† Voy. vagin, vessie, urètre.

arrière du bourrelet anal, en comprenant celui-ci dans la section; on ne pourrait sans cela faire une section méthodique de l'ampoule rectale au fond de la dépression anale avec laquelle on se propose de l'aboucher.

On profite de la partie antérieure de l'incision, de l'avivement nécessité par la dissection de l'abouchement anormal, pour constituer un plan périnéal aussi épais et aussi résistant que possible; il faut, bien entendu, réunir par quelques points de suture les incisions qui ont porté sur les parties antérieure et postérieure du cercle anal et du sphincter (BERGER)<sup>1</sup>. »

### III. — APPAREIL URINAIRE

#### VESSIE ET URETÈRE (PARTIE PELVIENNE)

##### A. — VESSIE

**Exploration métallique de la vessie.** — L'instrument employé est l'explorateur de Guyon (fig. 745) dont il existe plusieurs modèles, pour enfant, adulte et prostatique.

Le malade est couché, le siège soulevé par un coussin, les genoux fléchis et couchés sur leur côté externe. Le gland est savonné et lavé à l'eau bouillie; on injecte dans la vessie une centaine de grammes d'eau stérilisée tiède, à l'aide d'une seringue (fig. 746) stérilisée par l'ébullition, ou mieux d'un bock ou d'un entonnoir de verre munis d'un tube de caoutchouc, le tout bouilli.

Prenant la verge de la main gauche, et écartant les lèvres du méat, on saisit de la main droite l'explorateur, stérilisé et graissé.

L'introduction du cathéter métallique se fait en quatre temps (GUYON).

L'instrument est d'abord présenté au méat de façon que sa concavité regarde la face interne de la cuisse droite, la tige perpendiculaire à l'axe du corps. On pousse doucement jusqu'au

<sup>1</sup> BERGER. *Revue de chirurgie*, 1899, n° 8, p. 147.