

Denonvilliers a constaté que la muqueuse se sépare facilement des autres tuniques; il ne détache donc que la muqueuse qu'il renverse vers la cavité de l'intestin et qu'il suture comme dans le procédé de Malgaigne; une seconde suture réunit les autres tuniques et les bords de l'ouverture cutanée (fig. 608).

Laugier a guéri un malade en transformant par des cautérisations énergiques au fer rouge la muqueuse de l'ouverture anormale en tissu inodulaire rétractile. On pourrait essayer ce moyen

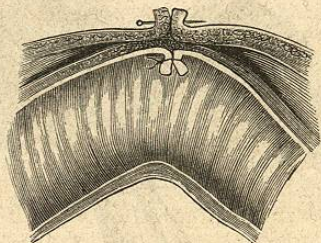


FIG. 608.

Procédé de Malgaigne modifié par Denonvilliers. — Suture séparée de la muqueuse intestinale et de la peau.

pour de petites fistules, il nous paraît impraticable quand l'ouverture est large.

Sous l'influence des mêmes idées qui ont engagé les chirurgiens à réséquer, à suturer et à réduire l'intestin gangrené dans une hernie étranglée, on a cherché à guérir l'anus anormal par la résection et la suture de l'intestin. Dans sa conception générale, le procédé est assez simple : on fait une incision, au niveau de l'anus anormal intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; arrivé sur l'intestin, on dissèque ses adhérences à la paroi, on le libère, on l'isole et on l'amène à l'extérieur. Pour empêcher l'écoulement intempestif des matières, on applique sur lui une ligature circulaire modérément serrée, ou bien on le saisit entre les mors d'une pince à forcipressure garnie de caoutchouc; on procède de même pour l'autre bout, après quoi on résèque sur chaque bout quelques centimètres d'intestin et on les réunit par une suture circulaire, soit celle de Lambert, soit celle de Gely. On réduit et on ferme la plaie abdominale.

Mais dans la pratique les choses ne sont pas aussi simples. Parfois on a de la peine à trouver un des deux bouts de l'intestin;

puis lorsqu'il faut les réunir on se trouve en présence de deux bouts intestinaux d'un calibre bien différent, car le bout inférieur se rétracte quelquefois beaucoup. Puis il faut compter sur les difficultés imprévues. Il fallut à Bouilly, bien qu'opérateur habile, une heure et demie pour terminer l'opération, et dans la dissection il coupa d'abord le canal déférent et ensuite l'artère épigastrique. On est exposé au cours de l'opération, si la compression se dérange, à voir les matières s'épancher dans le ventre. Du reste l'analyse des cas publiés va nous permettre d'apprécier la valeur de cette innovation. Barette a réuni 29 opérations sur lesquelles il y eut 17 guérisons et 13 morts, c'est une mortalité de 45 pour 100 environ. Reichel sur 37 cas, trouve 21 succès, 2 insuccès et 14 morts. C'est encore 37 pour 100 de mortalité, et c'est aussi le chiffre auquel est arrivé Bouilly.

Or, s'il est un point absolument incontestable, c'est que l'entérotomie est loin de présenter de pareils dangers. Heimann a réuni 83 cas d'anus anormal traité par l'entérotomie. Dans 50 cas il y eut guérison complète; dans 26 cas il restait une petite fistule, et l'issue des matières était empêchée par la compression. Dans 7 cas seulement l'opération fut suivie de mort; c'est donc une mortalité de 8 pour 100, à opposer à une mortalité minimum de 37 pour 100, cela seul suffit à juger la question. L'entérotomie est une opération classique, qui n'a pas la nouveauté et le brillant d'une résection intestinale, mais elle a pour elle la sécurité, et le chirurgien ne doit pas oublier qu'il opère dans l'intérêt du malade et non dans le but de se faire un mérite du succès éventuel d'une opération nouvelle, mais dangereuse. Ce n'est qu'après avoir tenté inutilement l'entérotomie suivie de l'application des procédés de Malgaigne et de Denonvilliers qu'on pourrait être autorisé à pratiquer la résection, après avoir toutefois exposé au malade les risques qu'on lui fait courir pour le débarrasser d'une infirmité le plus souvent compatible avec la vie.

ARTICLE X

OPÉRATIONS SUR LA RATE

La rate a été enlevée dans des cas où elle était herniée après un traumatisme; elle a été extirpée de propos délibéré dans des cas où elle paraissait au chirurgien être une cause de maladie, ou un obstacle à la guérison d'affections concomitantes. Ces deux classes d'opérations doivent être absolument distinguées; c'est ce que les faits vont nous montrer.

1° *Extirpation pour traumatisme.* — Elle a été assez souvent purement accidentelle, en ce sens que la rate herniée à la suite d'un traumatisme a été enlevée par le chirurgien qui ne pouvait la réduire et parfois sans que l'opérateur sût d'avance quel était l'organe dont il pratiquait l'extirpation.

Timothée Clarke raconte qu'un chirurgien, en 1673, extirpa la rate herniée à la suite d'un coup de couteau. Henneus, 1689, rapporte une observation analogue, sans citer le nom du chirurgien. Baillons fait de même et prétend que le chirurgien, peu instruit, ne savait pas ce qu'il avait enlevé. C. Bell, 1844, dit qu'un de ses élèves, pratiquant dans l'Amérique du Sud, enleva une rate herniée et gangrenée et que le malade guérit. Pour les autres cas, le nom des opérateurs nous est connu; ce sont : Viard (2 cas) 1581; Mathias, 1678; Purmann, 1680; John Fergusson, 1738; Wilson, 1743; Dorsch, 1797; O'Brien, 1814; Lenhossch, 1815; Donnel de Purneat, 1836; Berthet, 1844; Schultz, 1856; Baizille, 1869; Pietrzynski, 1873. Dans tous ces cas, il s'agissait d'une rate herniée à la suite d'un traumatisme. Dans presque tous les cas la méthode suivie fut la même; la rate herniée, ne pouvant être réduite, fut liée à sa base et extraite. A ces faits nous pouvons ajouter l'observation de Ferrerius, lequel, ouvrant un abcès de l'abdomen sur une femme de trente ans, trouva dans la plaie quelque chose de gangrené, il l'extirpa; c'était la rate. Chose remarquable, ces dix-neuf extirpations furent toutes suivies de guérison; et, s'il est fort probable que d'autres faits moins heureux n'ont pas eu les honneurs de la publication, il n'en est pas moins légitime d'en tirer cette conséquence que dans les cas de hernie traumatique de la rate, lorsque la hernie est déjà ancienne, que la rate est flétrie et montre même des signes de mortification, lorsqu'il ne paraît pas prudent de tenter la réduction, ou lorsque cette réduction ne serait possible qu'après un large débridement, il y a indication précise à extirper l'organe. Ces faits prouvent que la vie est compatible avec l'absence de la rate; l'opéré de Dorsch vivait encore, très bien portant, vingt-trois ans après; celui de Berthet a succombé à une pneumonie treize ans plus tard. Si dans un certain nombre de cas l'extirpation de la rate n'a été que partielle, dans le plus grand nombre elle a été totale. Ces guérisons contrastent avec la mortalité que nous allons constater avec l'extirpation chirurgicale préméditée.

2° *Extirpation pour tumeurs.* — Zacarelli (de Naples) en 1549, ayant à traiter une femme de vingt-quatre ans, atteinte d'une hypertrophie considérable de la rate, enleva cet organe et sa malade guérit. Près de trois siècles s'écoulèrent avant que Quit-

tenbaum (de Rostock) répéta l'opération sur une femme de vingt-deux ans qui en mourut. Kuchler (de Darmstadt) en 1855, Spencer Wells en 1865, Bryant en 1866 la pratiquèrent également et avec le même insuccès; mais en 1867, Péan croyant avoir à extirper un kyste de l'ovaire, rencontra un kyste de la rate, il fit l'ablation de l'organe et la malade guérit. Cela mit en goût les opérateurs et chaque année vit l'extirpation d'un certain nombre de rates. Disons tout d'abord comment se pratique l'opération.

L'incision de la paroi abdominale est faite, tantôt sur la ligne blanche (Czerny), tantôt le long du bord externe du muscle grand droit (Kuchler, Bryant, Spencer Wells). Le péritoine ouvert, on rencontre la rate et l'on recherche s'il y a des adhérences entre elle et les organes voisins. S'il en existe, ce qui n'est que trop ordinaire, on les détruit avec les précautions habituelles et l'on isole la rate, que l'on attire à l'extérieur. Il faut alors lier son pédicule. Quelques-uns lient en masse tous les vaisseaux; d'autres comme le conseille Franzolini lient séparément l'artère et la veine en deux points différents et sectionnent le pédicule entre les deux ligatures. La conduite à l'égard du pédicule varie aussi avec les époques. Lorsque l'on maintenait à l'extérieur avec le clamp le pédicule ovarique, on a également maintenu à l'extérieur le pédicule splénique; la plupart des opérateurs dans ces dernières années ont rentré dans le ventre le pédicule bien lié et ont suturé par-dessus la paroi abdominale.

Appréciation. — L'ablation de la rate a été faite dans trois conditions qu'il importe de distinguer : 1° pour des kystes de cet organe; 2° pour des déplacements de la rate; 3° pour des hypertrophies amenées par des fièvres antérieures et coïncidant le plus souvent avec la leucémie. Les ablations pour kystes de la rate sont au nombre de quatre. Elles ont été faites par Péan en 1867 sur une femme de vingt ans, à la suite d'une erreur de diagnostic; par Kœberlé en 1873 sur une femme de vingt-sept ans; par Credé (de Dresde) en 1881; par Knowley Thornton (de Londres) en 1884 sur une femme de dix-huit ans. Les opérées de Péan, de Credé, de Knowley Thornton ont guéri, celle de Kœberlé seule a succombé après dix-sept heures. Les résultats, en définitive, ne sont pas très défavorables, étant donnée la nature de la maladie et de l'opération.

Deux fois des ablations ont été pratiquées pour cause de déplacement de la rate; la première par Martin (de Berlin) en 1877 sur une femme; la seconde par Czerny (de Heidelberg) en 1878. Ces deux malades guérirent. Malgré ces succès je ne saurais accepter

Opération dans ces conditions. On peut soulager efficacement les malades avec des ceintures appropriées; on peut même par l'application d'appareils espérer de ramener la rate à la position normale, et en particulier dans le cas de Czerny, la lecture de l'observation ne révèle aucun état assez grave pour réclamer une opération aussi dangereuse.

En laissant de côté le cas de Zacarelli qui remonte à 1549 et qu'il est difficile de bien apprécier, vingt-neuf opérations ont été faites depuis 1826 pour enlever la rate hypertrophiée, chez des malades atteintes de leucémie, ou exemptes de cette complication. La meilleure manière d'apprécier le mérite de cette thérapeutique est d'énumérer rapidement les faits. Quittenbaum (Rostock, 1826), femme de 22 ans; Kuchler (Darmstadt, 1855), homme de 36 ans; Spencer Wells (Londres, 1865), homme de 20 ans; Bryant (1867), femme de 40 ans; Kœberlé (Strasbourg, 1867), femme de 42 ans; Urbinato (Cesana, 1873); Spencer Wells (1873), femme de 42 ans; Watson (Edimbourg, 1873), homme; Péan (1876), femme de 24 ans; Spencer Wells (1876), femme de 27 ans; Billroth (1877), femme de 45 ans; Langley Brown (1877), homme de 20 ans; Fuchs (Bihar, 1877), femme de 40 ans; Simmons (Sacramento, 1877), homme; Volney d'Orsay (Amérique, 1878); Czerny (1878), femme de 24 ans; Arnison (Angl., 1878), homme de 37 ans; Geissel (Essen, 1878), femme de 30 ans; Franzolini (Udine, 1881), femme de 22 ans; Havard (Angl., 1881); Baker-Brown (1881); Chiarleoni (Milan, 1881), femme; F. Terrier (Paris, 1881), femme de 43 ans; Billroth (1884), femme de 43 ans; Kœberlé (1884), femme de 46 ans; Blum (Paris, 1885), 12 ans; Le Bec (Paris, 1885), homme de 19 ans.

De ces vingt-neuf opérés, vingt-six sont morts. (Il y a doute sur le sort de l'opéré de Volney porté par les uns comme guéri, par les autres comme mort.) Les trois opérées guéries sont celles de Péan, Franzolini et Billroth. Les vingt-six autres ont été ou peut le dire tués par l'opération.

Je ne connais pas quelle a été la survie de l'opérée de Geissel; mais nous le savons pour les autres : la mort est survenue pendant l'opération (Watson, Baker-Brown); quelques instants après (Kœberlé); quinze minutes après (Bryant), après une heure et à la suite d'hémorragie (Bryant, Billroth); deux heures après (Kuchler, Simmons); trois heures (Czerny); quelques heures (Spencer Wells, Chiarleoni, Terrier, Kœberlé, Blum); quatre heures (Billroth); cinq heures (Brown); six heures (Quittenbaum, Arnison); sept heures (Havard); dix-huit heures (Fuchs).

Les opérées d'Urbinato et de Spencer Wells ont survécu trois jours et la plus longue survie a été pour deux malades de Spen-

cer Wells et de Le Bec, mais elle ne va pas au delà du sixième jour. En résumé, sur ces vingt-neuf opérés, vingt-six sont morts, dont vingt-deux dans les vingt-quatre heures. La démonstration me paraît complète et surtout suffisante.

Autre chose est, au point de vue du pronostic, d'extirper, en liant simplement son pédicule, une rate herniée à travers une plaie et chez un blessé, lequel a déjà résisté aux premières conséquences d'une blessure si grave, et qui, dans la plupart des cas, remontait déjà à quelques jours, que de dégager par une opération longue, laborieuse, une rate hypertrophiée et dégénérée ayant souvent contracté des adhérences avec les parties contenues dans l'abdomen. Il y a encore une autre raison qui peut ne pas arrêter un opérateur, mais qui arrêtera toujours un clinicien, c'est que l'hypertrophie de la rate due à l'existence de fièvres intermittentes antérieures, est un des symptômes, un des effets de la maladie, mais elle n'est ni la cause de la maladie, ni la maladie elle-même. L'ablation de la rate dans ces cas, comme dans ceux de leucémie, est une opération que condamnait déjà la clinique et que condamne définitivement l'expérience.

ARTICLE XI

OPÉRATIONS SUR LE REIN

Trois opérations sont pratiquées sur le rein; la *néphrotomie* ou incision de l'organe; la *nephrectomie* ou son ablation et enfin la *néphrorraphie* qui par la suture du rein aux organes voisins a pour but de le fixer dans sa situation normale.

Toutes ces opérations sont de date relativement récente. La *néphrotomie* avait été regardée comme possible par Cousinot en 1622 et Bordeu en 1754 pour extraire des calculs du rein. Ducham (de Londres) le 3 février 1870, pratiqua la *néphrotomie*; déjà le 2 août 1869 Simon (d'Heidelberg) avait enlevé pour la première fois le rein, dans un cas de fistule urinaire sus-pubienne consécutive à la section de l'uretère dans une ovariectomie.

Quelques-unes des premières extirpations furent dues à des erreurs de diagnostic; Paslee (de New-York) en 1872, Scheteling et Meadows (de Londres), croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire, rencontrèrent des kystes du rein et extirpèrent l'organe. L'opération fut faite de propos délibéré en Angleterre par Spencer Wells, Thornton, Lucas, Lawson Tait; en Allemagne par