

Czerny, Bergmann, Bardenhauer, Hahn, Billoth, etc. En France, l'ablation du rein fut faite pour la première fois le 20 mai 1880, par moi, sur un malade ayant eu l'uretère coupé par un coup de couteau; mon exemple fut suivi en 1881 par Ledentu. Depuis 1880 les opérations se sont multipliées à tel point que Brodeur a pu réunir 235 observations de néphrectomie.

### I. — Néphrectomie.

L'ablation du rein ou néphrectomie s'est faite d'abord par deux procédés : l'un atteignant le rein par la voie lombaire, l'autre par la voie abdominale en ouvrant la cavité péritonéale; mais un autre procédé permet d'arriver au rein, sans ouvrir le péritoine, bien que l'incision soit faite sur la paroi abdominale, d'où la nécessité de modifier la dénomination du premier procédé abdominal, que Clément Lucas a proposé d'appeler transpéritonéal. Nous aurons donc à décrire trois procédés : 1° le transpéritonéal, 2° le lombaire; 3° le lombo-abdominal.

1° *Procédé transpéritonéal.* — Ce fut le premier procédé employé par la raison toute simple que les premières néphrectomies faites par Wolcot, Peaslee, Meadows, Campbell ont été le résultat d'erreurs de diagnostic et que l'opération avait été faite dans la conviction qu'il s'agissait de tumeurs du foie ou de l'ovaire.

La première néphrectomie par la voie transpéritonéale faite intentionnellement est celle de Köcher (de Berne) en 1876.

L'incision de la paroi abdominale peut être faite sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic que les uns coupent verticalement, que les autres contournent. Comme dans l'ovariotomie, c'est à ce dernier mode d'opérer que je donne la préférence. Langenbuch a conseillé de faire l'incision en dehors du muscle grand droit, dans le but de permettre d'arriver plus facilement sur la partie externe du rein. Elle expose moins, aussi, à la sortie de l'intestin, et, sauf circonstances particulières, elle paraît devoir être préférée à l'incision médiane, surtout quand on opère à droite.

L'incision de la paroi faite avec les précautions ordinaires on s'oppose le plus possible à l'issue de l'intestin grêle qu'on refoule. On aperçoit alors le rein recouvert par le côlon. On repousse le côlon en dedans, de manière à arriver à son côté externe. Si la disposition de la tumeur ne le permet pas, il faut le reporter en

dehors, mais redoubler de précautions pour ménager les vaisseaux dans l'incision du péritoine. Le péritoine incisé on arrive sur le rein. Si à ce moment on reconnaît que le péritoine est perforé, les vaisseaux mésentériques enveloppés par la tumeur, l'intestin envahi, il faut suivant le conseil de Czerny s'arrêter et refermer le ventre.

Le rein est énucléé, avec précaution, du tissu cellulo-graisseux qui l'enveloppe et on l'isole de manière à voir distinctement son pédicule. La ligature en masse ne doit être faite qu'en cas de nécessité; il faut, s'il est possible, lier séparément l'uretère, l'artère et la veine. Il est prudent de placer une seconde ligature en masse du côté du rein avant de sectionner le pédicule, pour empêcher le reflux dans le ventre des matières contenues dans le bassinnet au moment où on détache le rein.

L'opération faite on se conduit à l'égard du péritoine pré-rénal suivant les circonstances. Si on a été obligé d'enlever une partie, on l'abandonne à lui-même; s'il est intact et qu'on puisse parfaitement en rapprocher les deux lèvres, on le suture.

Quoi qu'il arrive, il est important de suivre le conseil donné par Barwell et de faire une contre-ouverture à travers la masse lombaire, pour y introduire un gros drain qui permettra l'évacuation des matières sanguinolentes ou purulentes qui pourraient se produire et s'accumuler dans la loge rénale et n'auraient, sans cette précaution, d'autre issue probable que la cavité péritonéale.

F. Terrier a proposé pour éviter cette contre-ouverture de suturer les deux lèvres du péritoine anté-rénal aux lèvres de la plaie abdominale. L'idée me paraît peu heureuse, et son exécution serait d'ailleurs assez souvent impraticable, le péritoine postérieur ne pouvant dans beaucoup de cas être amené au contact de la paroi antérieure. La tentative qu'a faite Terrier a du reste été malheureuse.

Quant à la suture de la paroi antérieure, elle est faite avec les précautions ordinaires de ce temps de la laparotomie.

2° *Néphrectomie par la voie lombaire.* — Simon (de Heidelberg) qui a fait la première opération coucha le malade sur le ventre. C'est la meilleure position au point de vue de la facilité de l'opération; mais elle convient peu à cause de la chloroformisation. J'ai fait placer mes deux opérés sur le côté sain et un peu dans le décubitus abdominal en les couchant sur un coussin épais et résistant. C'est la position que je conseille et celle d'ailleurs qu'ont employée la plupart des opérateurs.

L'incision peut être faite avec le thermo-cautère ou le bistouri;



mais c'est au bistouri qu'il faut donner la préférence. L'incision peut être droite, verticale ou oblique, et même transversale; courbe à convexité postéro-supérieure, ou inversement; ou multiple. Ce sont autant de procédés ou plutôt de procédonscules qu'il est inutile de décrire, je me bornerai à citer les principaux et ceux qui ont une véritable utilité. L'incision *verticale* de Simon, en dehors de la masse sacro-lombaire, a l'inconvénient d'être un peu courte; même en la prolongeant de la douzième côte à la crête iliaque, comme je l'ai fait avec beaucoup d'autres, elle ne donne pas toujours un espace suffisant.

Bruns reporte l'incision un peu plus avant, mais toujours en partant de la douzième côte; en bas on arrive sur la crête iliaque à 0<sup>m</sup>,08 des apophyses épineuses. Après avoir dénudé la douzième côte de son périoste, on la résèque.

Czerny se porte plus en avant encore, en avant de la douzième côte, et commence son incision à la onzième. Dans une de ses opérations, il réséqua également une partie de cette côte. Clément Lucas ajoute à la partie supérieure de cette incision une seconde incision parallèle au bord inférieur de la douzième côte.

J'ai dit que l'incision de Simon ne donne pas un jour suffisant et j'ai pu m'assurer que, sur le vivant, la résection de la douzième côte laisse encore subsister des difficultés. Si on se porte sur le bord externe de la masse sacro-lombaire on arrive plus directement sur le hile du rein, mais on est gêné par l'étroitesse de l'ouverture; si on se porte plus en avant on tombe sur le colon; mais, avec un peu de soin, on peut éviter sa blessure et le refouler en avant. Le procédé qui réunit le plus d'avantages est donc celui-ci: incision en avant de la douzième côte, commençant à la onzième et descendant vers le milieu de la crête iliaque. A deux centimètres au-dessous de la onzième côte, incision parallèle à cette côte, section des muscles abdominaux en avant du carré des lombes; refoulement en avant du colon. On arrive alors sur le rein. Si l'espace paraît trop étroit, on peut isoler la onzième côte et en réséquer une partie, en se rappelant que la cavité pleurale descend à ce niveau et qu'il importe de ne pas l'ouvrir.

Le rein mis à découvert il faut le dégager du tissu cellulo-graisseux qui l'enveloppe. En général cette couche est assez épaisse et assez lâche pour que l'isolement du rein soit facile; mais on peut au contraire rencontrer dans ce temps de l'opération les plus grandes difficultés. Dans ma première opération, il s'agissait d'un malade ayant eu l'uretère coupé par un coup de couteau à une faible distance du rein. Il s'en était suivi une infiltration d'urine, un abcès ayant fusé jusque dans la fosse iliaque; abcès que le

chirurgien qui avait soigné le malade avant moi avait ouvert et avait regardé comme un abcès de la fosse iliaque sans relation avec les organes urinaires. Le rein était entouré d'un tissu cellulaire épais durci par l'inflammation, adhérent intimement au rein dont il était impossible de le dégager. Je fis une incision jusqu'au tissu du rein et j'en fis une véritable *énucléation*, en ce sens que je séparai le rein de sa capsule fibreuse propre. Il me fut alors facile de l'isoler jusqu'au bassin et de faire une ligature en masse. Dans ces cas difficiles Bruns et Linser ont dégagé le hile et posé une ligature en masse avant de faire l'énucléation.

J'ai déjà dit qu'il était préférable de lier isolément l'uretère et les vaisseaux, plutôt que de les comprendre dans une même ligature. L'uretère lié ne s'oblitére pas et Rosenbach a signalé le reflux possible de l'urine de la vessie vers l'orifice coupé de l'uretère; c'est ce qui a amené Thornton à conseiller de dégager l'uretère et à le fixer aux lèvres de la plaie. Outre que le conseil est plus facile à donner qu'à suivre, ce phénomène est assez rare pour qu'on puisse négliger cette précaution. Une bonne ligature suffit.

Quant au pansement je n'ai rien à en dire, ne partageant pas les idées régnantes. Désinfecter la plaie par un lavage à l'alcool camphré ou avec une solution phéniquée, la recouvrir de quelques compresses humides suffit largement.

### 3° Néphrectomie par la voie abdominale extrapéritonéale. —

Dans un cas où il essaya infructueusement d'enlever un rein atteint d'hydronéphrose, Simon fit son incision tout à fait latérale sur le prolongement de la ligne axillaire. L'opération a été faite de cette façon par Bardenheuer. On se porte aussi plus en avant, jusque près du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, on décolle le péritoine sans l'ouvrir, on arrive ainsi dans le tissu cellulaire pré-rénal et on atteint le rein au niveau du hile. Ce procédé présente quelques difficultés, précisément au niveau de l'incision, pour décoller le péritoine qui peut être déchiré et ouvert, accident arrivé à Trélat en employant ce procédé.

La néphrectomie est une opération des plus graves. Gross a relevé 233 cas, qui ont donné 129 guérisons et 104 morts: c'est une mortalité de 44,6 p. 100. Brodeur sur 235 opérations trouve 133 guéris et 102 morts, mortalité un peu plus faible, mais toujours élevée, de 43,4 p. 100, près de la moitié des malades. Or, ici encore, comme pour toutes les statistiques résultant d'observations puisées dans les journaux et recueils scientifiques, on peut dire que la non-publication de nombreux cas mortels et la publi-



cation de presque tous les cas de succès a pour résultat d'atténuer la gravité réelle de l'opération.

La néphrectomie donne au minimum un mort sur deux opérés; elle ne doit donc être faite qu'en cas de nécessité, et il est juste de dire que lorsqu'on lit les observations rassemblées dans le travail de Brodeur, on constate que bien des opérations n'étaient nullement justifiées et que beaucoup de malades ont été sacrifiés à la folie opératoire actuelle et au désir du chirurgien de pratiquer une opération encore nouvelle, réputée difficile et qui, en cas de succès, appelle favorablement sur l'opérateur l'attention publique. Quelques observations luttent d'étrangeté et font preuve de peu de sévérité dans le diagnostic.

J'eus l'occasion de voir à Londres il y a une quinzaine d'années une malade dont on explorait l'utérus pour y chercher la cause de douleurs existant dans la région rénale. J'appris, non sans étonnement, qu'en guise d'exploration on avait pratiqué la néphrotomie *pour voir* s'il n'existait pas de calcul dans le rein. Ne trouvant rien dans l'utérus, on revint plus tard au rein que Durham extirpa et qu'on trouva absolument sain. La malade mourut quelques jours après. On ne trouva aucune altération ni dans le rein gauche, ni dans la vessie, ni dans les uretères.

G. Peters, après avoir traité sans résultat un malade de trente-six ans pour un rétrécissement, une cystite et un calcul vésical, s'apercevant qu'il s'agissait d'un abcès peri-néphrétique, fit une ponction exploratrice avec le trocart aspirateur et retira trois onces de pus clair. Ayant retiré en même temps quelques grains microscopiques de matière granuleuse qu'on prit pour des fragments de calculs, on crut à une pyélite calculeuse et l'on fit la néphrotomie. Le doigt et la sonde ne purent trouver de calculs et, dit l'observation, par suite de ces manœuvres, le rein avait tant souffert qu'on se décida à l'extirper. On n'y trouva pas davantage de calculs, mais le malade mourut après trois jours.

La néphrectomie a été faite pour des affections très diverses, je passerai très rapidement en revue les résultats obtenus, tels qu'ils résultent des cas publiés. Le rein déplacé et mobile a donné lieu à 26 opérations ayant donné 18 guérisons et 8 morts, ou une mortalité de 30 p. 100; six de ces opérations ont été faites par la voie lombaire, les six opérés ont guéri. La mortalité par la voie abdominale a donc été de 40 p. 100. Je n'admets l'opération dans ces cas qu'en désespoir de cause, après l'essai de tous les moyens de traitement par les massages, les ceintures ou la néphrorraphie dont je vous parlerai tout à l'heure; ce n'est pas malheureusement ce qui a été fait et je considère la plupart des opéra-

tions faites comme non justifiées par la lecture des observations.

L'hydronéphrose et les kystes du rein ont donné lieu à 34 néphrectomies, dont 24 abdominales avec 13 morts ou 55 sur 100; et 10 lombaires avec 4 morts ou 40 p. 100 de mortalité. C'est au total une mortalité de 50 p. 100, la moitié des opérés. Ici encore je n'accepte pas la néphrectomie, surtout faite d'emblée, avant tout autre opération, en particulier la néphrotomie. La néphrectomie n'est justifiée que si l'état des reins, transformés en une masse kystique, autorise à croire que la simple incision de l'organe, malgré la profonde modification qui en est la conséquence, serait une intervention insuffisante.

Les traumatismes, plaies ou contusions ont engagé dix fois à faire la néphrectomie; trois fois par la voie abdominale avec un mort; sept fois par la voie lombaire avec deux morts. Quelques observations, entre autres celles de Maunoury (de Chartres), qui a été l'ablation de fragments de rein perdus dans un abcès, plutôt qu'une véritable néphrectomie, étaient justifiées par l'altération profonde de l'organe; mais, dans quelques autres, mieux eût valu remettre en place le rein hernié et blessé, en laissant la plaie ouverte, que de faire l'extirpation, fort dangereuse, d'un organe qui pouvait reprendre ses fonctions.

Les fistules urinaires persistantes dues à la blessure du rein et surtout de l'uretère ont engagé 18 fois à faire l'ablation du rein: 17 fois par la voie lombaire avec 5 morts, une fois par la voie abdominale. C'est un des cas où l'opération est le mieux justifiée; j'y apporte cependant quelques restrictions. Chez mon opéré de 1880, il n'y avait aucune hésitation. L'urine versée par l'uretère au haut d'un vaste abcès lombo-iliaque entretenait le mal, la vie du malade était prochainement compromise et l'ablation du rein s'imposait. Mon malade est mort de l'opération, mais il serait mort bientôt de son affection, si je n'étais pas intervenu. Dans des cas analogues où la fistule urinaire entretient des fistules purulentes et menace la vie du malade, je suis partisan de l'extirpation; mais je ne l'admets pas quand il n'y qu'une simple fistule urinaire abdominale, vaginale, etc. Dans des cas où l'on a cru pouvoir intervenir, un urinal bien confectionné pouvait suffire à diminuer les inconvénients d'une infirmité compatible avec la vie et même avec la vie sociale, alors que l'opération expose à une mort immédiate près de la moitié des opérés.

Les calculs du rein, traités le plus souvent par la néphrotomie, n'ont donné lieu qu'à deux néphrectomies lombaires dont une suivie de mort, mais les pyélo-néphrites calculeuse et tuberculeuse et la pyélo-néphrite suppurée ont occasionné 39 néphrec-



tomies, dont 17 par la voie abdominale avec 9 morts et 72 par la voie lombaire avec 31 morts; au total 49 guéris, 40 morts, ce qui est une mortalité de 44 p. 100. Sauf les cas exceptionnels la néphrectomie ne doit pas être le but que se propose le chirurgien. C'est à la néphrotomie qu'il doit recourir tout d'abord et ce n'est qu'en cas de désorganisation profonde du rein, de persistance d'un abcès fistuleux que la néphrectomie sera indiquée. Les calculs du rein ne suffisent pas à justifier l'ablation de l'organe, ce n'est pas parce qu'on a enlevé le rein qu'on a guéri l'état constitutionnel qui se traduit par la formation de calculs et l'expérience a montré que l'ablation du rein calculeux a été suivie de la formation de calculs dans le rein conservé.

Trente-neuf néphrectomies ont été faites pour sarcomes ou fibromes du rein, le plus souvent (33 fois) par la voie abdominale, ce qui s'explique par le volume et le siège de la tumeur qui a donné souvent naissance à des erreurs de diagnostic; la mortalité est de 50 p. 100 pour les opérations par la voie lombaire, de 42,4 p. 100 pour des opérations par la voie abdominale. Sauf pour le sarcome chez les enfants, suivi, toujours ou presque toujours, de récurrence rapide, l'ablation de la tumeur est indiquée.

Reste enfin le cancer qui sur 17 opérations dont 12 par la voie abdominale a donné seulement 6 guérisons et 11 morts, ou une mortalité de 64,7 p. 100, plus des deux tiers. Or, quand on sait ce qu'est la durée de la guérison qui suit l'ablation du cancer vrai, surtout dans ces conditions, on peut repousser la néphrectomie dans les cas où l'on a cru pouvoir porter le diagnostic de cancer du rein. Le bénéfice n'est pas en rapport avec le danger de l'opération.

Gross regarde la néphrectomie d'emblée comme indiquée dans le sarcome des adultes et les néoplasmes bénins, au début de l'affection tuberculeuse, dans les plaies et les fistules de l'uretère. Il ne l'admet qu'après l'insuccès de tentatives de guérison par d'autres moyens, dans les déchirures et les hernies du rein, dans les plaies récentes de l'uretère au cours d'une opération abdominale, dans les suppurations, les kystes, l'hydroméphrose, les calculs et les reins flottants. Il la repousse dans le sarcome des enfants, dans la tuberculose avancée, dans le cancer à tout âge.

J'accepte à peu près complètement ces sages réserves qui contrastent tant avec la conduite chirurgicale de ces dernières années; mais je ne conseille pas l'opération d'emblée dans les fistules de l'uretère quand elles se bornent à une simple fistule urinaire.

Quant au choix du procédé, jusqu'à ce que l'expérience se soit

prononcée pour ou contre l'incision abdominale extrapéritonéale, on peut dire que la voie lombaire doit être la voie d'élection.

Cent vingt-cinq néphrectomies lombaires ont donné une mortalité de 39,6 p. 100; cent dix néphrectomies abdominales ont donné une mortalité de 50 p. 100. Cependant l'incision transpéritonéale peut être non pas seulement justifiée, mais commandée dans certains cas de tumeurs prédominant du côté du ventre.

## II. — Néphrotomie.

Les détails opératoires dans lesquels je suis entré pour la néphrectomie abrègent beaucoup ce que j'ai à dire de la néphrotomie qui n'est en quelque sorte, sauf l'incision du rein, que le premier temps de l'ablation de l'organe. Le rein mis à nu, le chirurgien fait l'incision sur la partie qui lui paraît être le siège du mal, abcès, kyste, etc. La difficulté dans quelques cas est précisément de savoir si cette incision doit être faite. Dans les cas où l'on croit à la présence de calculs on peut avec le doigt explorer le bassin et le commencement de l'uretère par leur surface extérieure pour constater si l'on y sent un calcul. Quelquefois même le rein étant saisi entre les doigts on n'a pu reconnaître des calculs dont l'incision ultérieure a révélé la présence. On a proposé, et l'on a mis plusieurs fois la proposition à exécution, de faire l'acupuncture du rein, mis à nu, pour rechercher la présence et la position des calculs; c'est un moyen fort aléatoire comme l'expérience l'a prouvé, et si le diagnostic fait avec la rigueur désirable donne la conviction de la présence de calculs, il ne faut pas hésiter à inciser le bassin.

Une fistule urinaire d'une durée plus ou moins longue est la suite ordinaire de la néphrotomie; il faut donc ne pas fermer complètement la plaie et y placer un drain d'un certain volume.

*Appréciation.* — La néphrotomie, quand elle est faite d'après des indications sagement raisonnées, est une bonne opération; aussi peut-on s'étonner tout d'abord de ne trouver dans les relevés statistiques que 77 néphrotomies à opposer à 235 néphrectomies. Cette différence se justifie en partie par ce fait qu'assez souvent, alors que le chirurgien croit pouvoir se borner à une incision du rein, il trouve l'organe assez désorganisé pour que l'ablation lui paraisse nécessaire; mais malheureusement, il faut dire aussi qu'il est visible à la lecture des observations que l'amour-propre de l'opérateur l'a emporté sur l'amour désintéressé de l'art. Une incision du rein, cela ne frappe pas l'imagination du public mé-



dical ou autre, tandis qu'une ablation du rein, si toutefois elle réussit, cela vous distingue tout de suite des chirurgiens vulgaires. Ajoutons aussi qu'il faut tenir compte de cette différence au point de vue de la publication des observations, aussi est-il probable que les néphrotomies ont été plus nombreuses qu'il ne paraît.

Quoi qu'il en soit, 77 néphrotomies ont donné 55 guérisons et 22 morts, ce qui est une mortalité de 26,5 p. 100. 12 opérations par la voie abdominale ont donné 7 guérisons et 5 morts. 65 néphrotomies lombaires ont donné 48 guérisons et 17 morts, ce qui n'est qu'une mortalité de 26 p. 100. Mais pour apprécier la gravité de l'opération, il faut distinguer les cas dans lesquels elle a été faite : 35 néphrotomies pour pyélo-néphrites calculeuses, tuberculeuses et suppurées ont donné 16 morts. Cette mortalité de 45 p. 100 s'explique par l'état grave antérieur du malade, tandis que 30 néphrotomies lombaires pour hydronéphrose, kystes et calculs du rein ont donné 29 guérisons et un seul mort. Il est inutile d'insister et il est de toute évidence que, dans ces cas surtout, la néphrectomie d'emblée doit être absolument condamnée.

### III. — Néphrorraphie.

Le rein mobile, beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme, où il est exceptionnel, se rencontre aussi beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche. Il peut donner naissance à des douleurs assez vives pour attirer vivement l'attention du chirurgien. J'ai dit que je repoussais la néphrectomie dans ces circonstances. Hahn (de Berlin) en 1881, dans un cas de ce genre, fit l'incision lombaire, atteignit le rein, fit passer à travers les capsules cellulo-adipeuse et fibreuse du rein six fils de catgut et sutura le rein au bord de son incision lombaire en le fixant ainsi à sa place normale. La malade guérit rapidement et, d'après Gross, Hahn répéta cinq fois, toujours avec le même succès, son opération. D'après la statistique de Gross la néphrorraphie aurait été faite dix-huit fois en Amérique, en Angleterre, en Italie avec un seul cas de mort. En France l'opération n'a jamais été faite.

L'idée de Hahn me paraît des plus heureuses, je n'hésiterais pas à avoir recours à la néphrorraphie après l'insuccès de tous les appareils contentifs. Les succès de l'opération ne condamnent que mieux la néphrectomie dans ces cas et c'est seulement après avoir essayé de le ramener et de le fixer à sa place qu'on pourrait, en cas d'insuccès définitif, songer à l'ablation du rein.

## CHAPITRE VIII

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ANUS ET LE RECTUM

#### I. — Imperforation de l'anus.

*Anatomie.* — Quelquefois, chez les nouveau-nés, le rectum se termine en cul-de-sac; et ceci a lieu de trois manières : 1° l'anus n'est fermé que par une membrane mince, ou par une couche de tissus qui ne dépasse pas l'épaisseur de quelques millimètres; 2° l'anus est ouvert, mais une cloison également mince existe à une légère hauteur; 3° enfin, soit que l'orifice anal existe ou n'existe pas, le cul-de-sac du rectum en est éloigné par une telle épaisseur de parties, qu'il est impossible de reconnaître le point où il se trouve. Il faut ajouter d'autres anomalies dans lesquelles l'intestin s'ouvre dans la vessie chez l'homme, dans le vagin chez la femme, ou enfin en quelque point de la paroi abdominale.

1° *Oblitération simple de l'anus.* — Quand une simple membrane ferme l'anus, et que la fluctuation, un relief, une tache bleuâtre, indiquent nettement la position du rectum, il suffit de plonger la pointe d'un bistouri droit au centre présumé de l'intestin; puis, soit avec le même bistouri, soit avec un bistouri boutoné, on fend la membrane de dedans en dehors et crucialement, on saisit chaque angle avec une pince, et l'on en fait l'excision. On panse ensuite avec une mèche un peu grosse, pour prévenir le rétrécissement de l'anus.

2° *Oblitération du rectum à quelque distance de l'anus.* — On conseille généralement alors de faire une ponction avec le trocart ou le bistouri garni de linge jusque près de sa pointe; puis d'inciser la membrane en croix, et d'insister sur la dilatation.

Ce point de pratique demande de plus amples éclaircissements. La cloison se trouve d'ordinaire à un centimètre au-dessus de l'anus, au niveau du plancher aponévrotique du bassin, au-dessus duquel le rectum est renflé en une large ampoule remplie de méconium. La ponction au trocart est généralement inutile, le méconium étant trop épais pour s'écouler par la canule; la ponction au bistouri ne peut non plus être admise que comme le premier temps de l'incision. Mais cette incision, au lieu de se faire à l'aveugle, peut être pratiquée presque aussi facilement que si