

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

la cloison était à l'anüs ; Malgaigne y a ajouté une modification utile.

Procédé de Malgaigne. — Le petit doigt porté dans l'anüs, et la cloison bien reconnue, on agrandit l'anüs en avant d'un coup de bistouri; alors, l'enfant poussant de lui-même, on voit apparaître à chaque effort la cloison rectale presque au niveau de la peau. On la saisit avec des pinces à dents de souris, on la fend en croix, et l'on excise les deux angles postérieurs; après quoi on vide le rectum du méconium qu'il contient. Quant aux angles antérieurs, après les avoir dépouillés de leur muqueuse du côté de l'anüs, on les attire jusqu'au niveau de l'incision cutanée, à laquelle on les réunit par quelques points de suture entrecoupée.

On a ainsi une chance de plus d'éviter le rétrécissement consécutif, si commun après les opérations de ce genre. Toutefois il ne faudrait pas pour cela omettre de le surveiller; il est donc utile de passer de temps en temps le petit doigt dans le rectum; et si l'on y rencontrait un rétrécissement, de débrider au besoin de quatre côtés avec un bistouri boutonné. Au lieu de faire l'incision en avant, comme le conseille Malgaigne, il est mieux de la faire en arrière, où en cas de besoin on peut la prolonger, ce qu'on ne pourrait faire en avant.

3° Ouverture du rectum dans le vagin. — Martin avait proposé de diviser le périnée et la cloison jusqu'à l'anüs anormal, et de porter l'incision en arrière jusqu'au voisinage du coccyx, alors on aurait placé dans le fond de la plaie une canule qui aurait continué le rectum, et l'on aurait réuni la portion antérieure de la plaie sur cette canule. Dieffenbach a suivi, à peu de chose près, ce procédé sur une enfant de trois ans, et a réussi. Nélaton a imaginé un procédé meilleur, qu'il a mis en usage avec succès sur un enfant nouveau-né.

Procédé de Nélaton. — Il fit au périnée une incision cruciale, qui le conduisit sur le rectum. Il isola cet intestin en bas d'abord, puis sur les côtés; et, à l'aide d'un instrument mousse, parvint à le décoller complètement jusqu'au vagin. Enfin, avec un bistouri, il coupa circulairement l'orifice anormal au ras du vagin; l'extrémité inférieure de l'intestin, devenue mobile, put alors être facilement déplacée et attirée en bas, et son orifice rattaché par des points de suture à la peau du périnée. L'intestin garda ainsi toute sa longueur; et de la fistule vagino-rectale il ne resta que l'orifice vaginal, qui ne communiquait plus avec le rectum.

J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération et j'ai pu voir que le procédé de Nélaton n'est pas toujours applicable. Il s'agissait d'une petite fille de trois mois, et l'anüs anormal était à l'orifice même du vagin, en avant de l'hymen. J'incisai couche par couche jusqu'au rectum que je me gardai d'ouvrir; mais j'essayai en vain de décoller l'intestin du côté du vagin. Je fis à l'ordinaire l'opération de l'anüs imperforé et de ce côté tout se passa régulièrement. Quant à l'ouverture anormale, j'en avivai la circonférence, comme pour une fistule vaginale, par le procédé américain, et je plaçai quatre points de suture. La suture supérieure manqua, et il resta encore un petit orifice qui dans les efforts violents de défécation, malgré l'existence de l'anüs créé par l'opération, laissa passer quelques matières. Ce qui fait la difficulté dans ces cas, c'est que par suite de la direction vicieuse du rectum, l'effort porte sur la paroi postérieure du vagin et non dans la direction de l'anüs nouveau. Il en résulte que le périnée se tend et que l'anüs artificiel se ferme comme le ferait une boutonnière. Je crois qu'il est prudent de ne pas faire de trop bonne heure l'opération, les tissus se coupant trop facilement sur les ligatures.

J'ai rapporté dans ma thèse de concours de 1864 l'histoire d'une femme de quarante-huit ans qui présentait ce vice de conformation; son mari, le médecin qui l'avait accouchée trois fois et elle-même l'ignorait. Ce fut Gibert du Havre qui s'en aperçut en voulant pratiquer le toucher rectal.

4° Absence de la partie inférieure du rectum. — Il y a ici deux ressources : rétablir l'anüs naturel en créant dans l'épaisseur des tissus la portion du rectum qui manque, ou établir un anus artificiel. J'ai traité ailleurs de la création d'un anus artificiel; il ne sera donc ici question que du rétablissement de l'anüs naturel.

Procédé ordinaire. — On incise les téguments au lieu où devrait se trouver l'anüs naturel, en se rapprochant plus du coccyx que de la partie antérieure du périnée; et l'on pénètre profondément dans la direction du rectum en incisant les tissus couche par couche, et faisant précéder chaque coup de bistouri d'une exploration avec le doigt indicateur pour éviter le vagin ou la vessie, et pour tâcher de reconnaître par la saillie et la fluctuation le siège du cul-de-sac du rectum. Quand on a le bonheur d'y arriver, on y fait une ponction, puis une incision qu'on agrandit en plusieurs sens, et l'on insiste sur la dilatation.

Ce procédé expose à l'infiltration des matières intestinales dans

le tissu cellulaire où l'on a créé le trajet nouveau; et si l'enfant a échappé à ce premier danger, le rétrécissement ultérieur du trajet amène d'autres accidents auxquels il est bien rare qu'il puisse échapper. Amussat a cherché à éviter ce double péril à l'aide du procédé suivant.

Procédé d'Amussat. — Il s'agissait d'une petite fille chez laquelle le rectum s'arrêtait en cul-de-sac, à 5 centimètres et demi environ du périnée; de plus, complication rare, l'anus existait, mais allait s'ouvrir dans le vagin. L'opérateur négligea cette complication, et songea à refaire un autre anus de toutes pièces.

L'enfant étant placée sur une table, comme pour être taillée, le chirurgien fit une incision transversale de 15 à 18 millimètres d'étendue, derrière l'anus vaginal; une autre incision dirigée vers le coccyx donna la forme d'un T à l'ouverture, par laquelle il introduisit son doigt pour se frayer un passage entre le vagin, le coccyx et le sacrum. Il coupa et déchira le tissu cellulaire qui unit ces parties; une sonde placée dans l'anus vaginal mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin; et il pénétra ainsi à près de 6 centimètres, où il rencontra l'extrémité de l'intestin. Dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement, et donna le moyen de reconnaître beaucoup mieux que par le vagin la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche.

L'opérateur accrocha cette poche avec une double érigne; en tirant à lui, il dégagait l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où il fut forcé de se servir du bistouri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvements de traction, que bientôt on aperçut au fond de la plaie la poche intestinale; le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors, on transperça le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et, à l'aide de ce moyen et de l'érigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. On saisit avec des pinces à torsion les bords de cette ouverture, et on les attira jusqu'au niveau de la peau, à laquelle on les réunit par six à huit points de suture, dans le but d'empêcher les matières stercorales de filtrer entre la muqueuse et la peau.

Tout alla à merveille: les fils ne coupèrent les tissus que du cinquième au dixième jour, et l'enfant n'éprouva aucun accident. Cependant, à partir du douzième jour, l'anus artificiel commença à se rétrécir, et il fallut le maintenir dilaté avec de grosses bougies

à demeure. Amussat a pu avoir des nouvelles de l'enfant jusqu'à l'âge de huit ans et demi; elle allait à merveille; mais on était obligé d'entretenir la dilatation du rectum avec une canule de bois introduite de temps en temps.

Procédé de Verneuil. — On fait au périnée une incision médiane jusqu'au coccyx qu'on met à nu et dont on résèque environ un centimètre. Verneuil, qui a pratiqué plusieurs fois avec succès cette opération, déclare qu'on peut ainsi atteindre facilement à une profondeur de trois centimètres et trouver méthodiquement l'ampoule rectale.

II. — Corps étrangers dans le rectum.

Les instruments à employer varient selon la nature et le volume des corps étrangers que l'on doit extraire: ainsi, on peut employer une curette, une cuiller, des pinces à polypes, des tenettes à lithotomie, pour tous les corps qui peuvent être saisis; une vrille ou un tirefond pour les morceaux de bois; des tenailles incisives pour diviser les anneaux métalliques et autres corps du même genre; enfin les pinces à trois branches peuvent trouver une utile application. On cite particulièrement l'heureuse inspiration de Marchettis, qui, ayant à retirer de l'anus d'une fille publique une queue de cochon introduite par sa base, et dont les soies coupées de court arc-boutaient contre l'intestin dans les efforts d'extraction, parvint à faire glisser sur le corps étranger une canule de roseau, par laquelle il retira la queue sans difficulté.

Dans les cas les plus difficiles, on a conseillé, pour dilater l'anus, l'emploi d'un spéculum à deux ou trois branches; ou bien encore de fendre largement l'anus du côté du coccyx avec un bistouri boutonné. Je pense que la dilatation forcée, par le procédé qui sera indiqué pour la fissure, serait plus prompte, plus simple, et pour le moins aussi efficace.

Dans un cas où le malade s'était laissé introduire dans le rectum un de ces grands verres coniques appelés vulgairement « choppe », je le fis placer la tête en bas et je coulai dans l'intérieur du verre de la bouillie de plâtre, je pus alors sans danger de le briser introduire les deux branches d'un petit forceps et le retirer. Dans un cas survenu plus tard à l'Hôtel-Dieu, cette précaution ne fut pas prise par le chirurgien, le verre fut brisé, les fragments blessèrent profondément le rectum et le malade succomba. Désormeaux a retiré avec succès une bouteille de 19 cen-

timètres de hauteur, et Montanier un pilon de mortier de cuisine long de 30 centimètres. Le même individu s'étant introduit ultérieurement un cylindre de 55 centimètres, se perfora l'S iliaque et succomba à une péritonite aiguë, le lavement qu'il s'administra pour calmer la douleur ayant passé dans la cavité péritonéale.

III. — Fissure à l'anus.

La fissure à l'anus est une sorte de gerçure accompagnée de constriction spasmodique du sphincter; et l'on trouve même des cas où cette constriction sans fissure donne lieu aux mêmes accidents. De là deux éléments, auxquels on s'est attaqué tour à tour. Ainsi, on a cherché à ramener la fissure aux conditions d'une plaie ordinaire, à l'aide de pommades toniques, astringentes, narcotiques; ou en la cautérisant avec le nitrate d'argent, ou enfin en excisant toute la surface ulcérée: moyens peu sûrs, et qui échouent le plus souvent. On a mieux réussi en combattant la constriction du sphincter; et il y a ici deux procédés, l'incision et la dilatation forcée.

1° *Incision.* — L'incision complètement abandonnée aujourd'hui se faisait par deux procédés, celui de Boyer, celui de Dupuytren. Boyer divisait la muqueuse, la peau et le sphincter jusqu'au delà de ce muscle. Blandin avait essayé, sans succès du reste, l'incision sous-cutanée du sphincter. Dupuytren se bornait à faire une très petite incision de la muqueuse au niveau de la fissure, dans le but de transformer une plaie sans tendance à la guérison en plaie récente et saignante. J'ai encore vu Laugier opérer de cette manière et sur un malade, atteint de légères hémorroïdes et d'une fissure; l'incision simple faite par Laugier amena l'infection purulente et la mort.

Chassaignac faisait l'opération de Boyer en enfonçant le trocart conducteur de la chaîne à deux centimètres de l'anus, pour le faire sortir par l'ouverture anale, et sectionnait par écrasement toutes les parties intermédiaires.

2° *Dilatation forcée.* — Le sujet couché sur le bord du lit, les cuisses fortement fléchies et écartées, on introduit l'un après l'autre les deux pouces dans le rectum, les quatre autres doigts de chaque main appliqués en dehors sur les tubérosités sciatiques. On a la sensation d'une rupture profonde; un peu de sang coule

de la fissure; il y a aussi une ecchymose plus ou moins forte autour de l'anus; mais jusqu'ici on n'a pas vu d'autre accident. Tout pansement est inutile; et, dès le jour même ou le lendemain, les malades peuvent se tenir debout et s'asseoir sans douleur.

Appréciation. — L'élément important n'est point la fissure, mais la contraction spasmodique et douloureuse du sphincter. La seule méthode à employer est donc la dilatation forcée.

IV. — Fistule à l'anus.

On distingue les fissures *borgnes externes*, qui ne communiquent point avec l'intestin; les fistules *borgnes internes*, qui ne communiquent point à l'extérieur; et les fistules *complètes*, qui présentent un trajet étendu de l'intestin à la peau qui avoisine l'anus. Souvent il y a plusieurs orifices à l'extérieur, plus rarement à l'intérieur; parfois plusieurs clapiers communiquent avec le trajet principal. L'orifice interne est quelquefois bordé d'un bourgeon saillant; mais presque toujours il est lisse et ne peut être reconnu au toucher. Il se rencontre généralement entre la peau et le sphincter, ou dans le tissu même du sphincter, et rarement à plus de 3 centimètres au delà de l'anus. Quand il s'élève plus haut, assez souvent l'intestin est décollé des tissus ambiants dans une certaine étendue.

Les fistules *borgnes externes* se traitent comme les ulcères fistuleux ordinaires, par les injections, par la compression, la cautérisation; ou bien en ravivant leur trajet, ou en agrandissant l'orifice extérieur qui ne donne passage au pus que difficilement, ou encore en enlevant quelque portion de peau calleuse et malade; et si enfin la paroi du rectum est trop amincie pour qu'on puisse en espérer le recollement, un dernier moyen est de comprendre le rectum dans l'incision du trajet fistuleux.

Les fistules *borgnes internes* doivent être largement ouvertes par une incision qui comprend à la fois le rectum et les téguments.

Quant aux fistules *complètes*, on a aussi essayé de les traiter comme des ulcères fistuleux, par les injections, la compression, la cautérisation; et l'on a ainsi obtenu quelques guérisons, aussi rares que les guérisons spontanées. La communication avec le rectum, le suintement des matières qui traversent cet intestin, l'effort