

des matières stercorales, par défaut d'adhérences de l'intestin pincé.

Dupuytren ajoute que sur les 38 sujets survivants, 29 sont arrivés à une guérison complète. C'est ici surtout que le tableau me paraît un peu trop flatté; tous les chirurgiens savent, et Dupuytren l'a répété lui-même à satiété, combien il est difficile de fermer la plaie extérieure, même après la plus heureuse application de l'entérotome; la fistule se rétrécit d'abord très notablement, ce qui a pu faire croire à une guérison prochaine; mais ensuite elle demeure stationnaire, et offre une résistance opiniâtre. Je me bornerai à rappeler un fait d'anus ombilical donné comme guéri par les éditeurs des *Leçons orales de Dupuytren*; j'ai revu le sujet à Bicêtre; il n'avait jamais été guéri et n'avait aucune espérance de l'être.

Enfin, même après la guérison confirmée, il importe de savoir que la section de l'intestin, revêtue de tissu inodulaire, est exposée à se rétrécir. Lesauvage avait opéré sur l'éperon une section de 5 centimètres et demi au moins; au bout d'un mois la plaie extérieure était fermée. Mais quatre mois plus tard elle s'était rouverte, et une diarrhée continue finit par amener la mort. L'autopsie fit voir que l'ouverture de communication entre les deux bouts de l'intestin était réduite au point d'admettre à peine le bout du doigt.

3° *Fermeture de la plaie extérieure et de la plaie de l'intestin.* — Ce n'est pas sans raison que je signale l'une et l'autre plaie. En effet, avant moi, les chirurgiens s'occupaient exclusivement de la plaie extérieure, qu'on essayait d'oblitérer par la compression, la cautérisation, les divers procédés autoplastiques. J'ai déjà mentionné ailleurs (p. 20) l'avivement en cuvette imaginé par M. Velpeau, et la suture ne comprenant que les parties molles extérieures sans atteindre l'intestin. Par ce procédé, la fistule se trouve transformée en une sorte de cavité dont le fond est moins large que l'entrée; on ne peut donc en mettre la portion cutanée en contact sans forcer le fond à se fermer complètement; et d'un autre côté, les fils ne pénétrant pas jusqu'à l'intestin, on évite que les humidités intestinales tendent à en suivre le trajet. Aussi, pour ce qui concerne la réunion de la plaie extérieure, peu de procédés offrent autant d'avantages; mais il ne remplit toujours que la moitié de l'indication. C'est à la solution de continuité de l'intestin qu'il faut surtout s'attaquer. Lorsque le bord de l'intestin se prolonge dans la fistule et jusqu'à l'orifice extérieur, en dirigeant de ce côté les matières intestinales, une condition indispensable du succès est d'interrompre cette continuité, et de reporter la muqueuse et ses valvules en sens con-

traire. Alors même que l'intestin s'arrête juste au niveau du péritoine, il est à noter que la muqueuse se renverse en dehors et nuit à l'affrontement exact, comme dans les plaies intestinales récentes; il faut la replier en dedans, et réunir les bords de l'intestin par leur face externe. De là le procédé suivant, que j'ai appliqué sur le vivant avec un succès complet, et qui a pareillement donné deux succès remarquables à M. Nélaton et à M. Denonvilliers.

*Procédé de l'auteur.* — Je commence par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. Je renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et je les réunis par la suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, il ne reste qu'à aviver et réunir les chairs et les téguments par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties, et recourant au besoin aux divers procédés autoplastiques.

Comme on le voit, le point essentiel de ce procédé consiste à isoler l'intestin, et à replier en dedans ses deux lèvres pour fermer la plaie extérieure par-dessus. Quand l'intestin ne déborde pas le niveau du péritoine pariétal, les adhérences qu'il contracte avec cette membrane n'ont quelquefois que 3 à 4 millimètres de largeur, et le péritoine risque beaucoup d'être ouvert. Pour élargir ces adhérences, M. Laugier avait eu l'idée de traverser toutes les parties, à un centimètre environ de l'orifice intestinal, avec des épingles dont la pointe s'enfoncerait dans des bouchons logés dans l'intestin. C'est une idée qui vaut la peine d'un sérieux examen.

#### Art. IV. — Des ouvertures à pratiquer à l'estomac ou aux intestins.

##### 1° De la gastrotomie.

On a détourné ce nom, qui s'appliquait autrefois aux ouvertures faites au ventre même, pour l'appliquer aux incisions de l'estomac. Les annales de l'art contiennent quelques exemples d'incisions ainsi faites pour retirer des corps étrangers impossibles à extraire au-

trement, tels que des couteaux; le lieu de l'incision est alors généralement indiqué par la saillie du corps étranger.

Watson, en 1844, avait proposé d'établir une fistule à l'estomac pour nourrir les sujets dont l'œsophage ne livre plus passage même aux liquides; M. Sédillot a déjà pratiqué deux fois cette opération, à laquelle il a donné le nom de *gastrostomie*. La principale difficulté est de maintenir l'estomac en contact avec la plaie extérieure, tant il a de tendance, sous la pression de l'air extérieur, à se retirer en arrière. Dans sa deuxième opération, M. Sédillot fit une incision dans la partie gauche de l'épigastre, à deux travers de doigt de la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous des fausses côtes. Le péritoine ouvert, l'indicateur porté dans le ventre servit de guide à une pince courbe à mors circulaires avec laquelle on saisit et l'on attira au dehors la paroi extérieure de l'estomac, que l'on fixa à la peau moyennant cinq ou six points de suture, en remettant l'excision de l'organe après la formation des adhérences. Quelques heures après, dans un effort de toux, l'estomac rentra dans le ventre; il affluta l'aller rechercher avec la pince; et cette fois, enlevant les points de suture, on étreignit une petite portion du viscère amené au dehors entre les mors d'une pince à coulant placée en travers, pour obtenir à la fois des adhérences et la gangrène de la portion serrée par les mors. Le cinquième jour en effet, la gangrène était presque complète et les adhérences établies. On excisa avec des ciseaux les parties mortifiées; et la fistule ainsi établie, on commença à y faire des injections nutritives. Mais le malade s'affaiblit de plus en plus, et succomba dix jours après l'opération.

Le premier opéré n'avait vécu que vingt-quatre heures.

#### 2° Création d'un anus artificiel.

On est obligé d'établir un anus artificiel dans diverses circonstances: ainsi d'abord quand, après le débridement d'une hernie étranglée, l'intestin rétréci ne permet pas le libre cours des matières; ou bien encore quand un malade est réduit à une constipation absolue par un rétrécissement ou un cancer, soit du rectum, soit même d'une portion bien supérieure du gros intestin; et enfin lorsqu'un enfant vient au monde avec une imperforation très étendue du rectum. Le lieu où se pratique l'anus artificiel est donc très variable. Cependant, chez les enfants imperforés, Littré avait proposé la région iliaque gauche, pour ouvrir l'S iliaque à travers le péritoine; Callisen la région lombaire gauche, pour ouvrir le colon descendant, le péritoine respecté; et tous les procédés peuvent assez

bien se rallier à ces deux opérations. Ce sont donc les seules que nous décrirons.

1° *Méthode de Littré.* — L'S iliaque, chez l'adulte, commence à la fin de la région lombaire gauche, occupe profondément la fosse iliaque où elle décrit la double courbure qui lui a fait donner son nom, et se continue avec le rectum près de l'articulation sacro-vertébrale. Elle est entourée dans presque tout son contour par un repli lâche et fort étendu du péritoine, qui lui donne une assez grande mobilité, et elle est d'ailleurs recouverte par des circonvolutions du petit intestin.

Chez l'enfant nouveau-né, cette disposition est sujette à varier. Quelquefois l'S iliaque décrit une longue circonvolution qui commence dans la fosse iliaque gauche et même plus haut, se dirige transversalement jusque vers la fosse iliaque droite, formant comme une espèce de colon transverse inférieur, et de là se replie de nouveau pour plonger de droite à gauche dans le bassin. M. Huguier, qui a le premier signalé cette disposition, la croyait constante. M. Giraldès a examiné à cet égard 150 cadavres d'enfants au-dessous d'un mois, et 130 fois il a trouvé l'S iliaque située comme chez l'adulte; 20 fois seulement elle était déviée à droite comme l'avait vue M. Huguier. Ce n'est donc qu'une anomalie assez rare, et qui cependant doit rester présente à l'esprit du chirurgien.

*Procédé opératoire.* — Le sujet couché sur le dos, on pratique dans la région iliaque gauche une incision qui commence au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se prolonge à peu près parallèlement au ligament de Poupert, dans l'étendue de 6 à 8 centimètres. Les téguments, les muscles et le fascia transversalis sont tour à tour divisés avec les précautions convenables; après quoi l'on ouvre le péritoine, et l'on va à la recherche de l'S iliaque, que l'on trouve généralement dans la fosse iliaque même. Si toutefois, chez un nouveau-né, elle n'occupait point sa place ordinaire, il faudrait la chercher dans la direction signalée par M. Huguier. Au reste, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, il n'est pas rare de voir une portion de l'intestin grêle faire saillie au dehors à travers la plaie du péritoine; et lorsqu'il est dilaté et coloré en rouge par l'inflammation, on pourrait de prime abord le prendre pour le gros intestin. Mais on le reconnaît assez facilement à l'absence des bosselures et des bandes longitudinales, et à la résistance du mésentère qui vient du côté droit, tandis que la résistance du mésocolon iliaque se fait sentir du côté gauche. Quand enfin on a attiré une anse de l'S iliaque au dehors, quelques-uns passent une anse de fil dans le

mésocôlon pour fixer l'intestin à l'ouverture, et divisent alors celui-ci dans le sens de sa longueur; puis au bout de trois ou quatre jours, quand des adhérences suffisantes ont uni l'intestin au péritoine et à la plaie extérieure, ils retirent le fil du mésentère. D'autres, sans toucher au mésocôlon, ouvrent directement l'intestin, et réunissent les bords de cette ouverture par des points de suture à la plaie extérieure. Cette suture me paraît offrir plus de sécurité contre l'épanchement des matières fécales.

2<sup>e</sup> *Méthode de Callisen. Anatomie chirurgicale.* — Le côlon lombaire gauche considéré chez l'adulte descend d'abord au-devant du rein, dont il n'est séparé que par de la graisse, puis au-devant de l'aponévrose du transverse et du carré lombaire, dont il est également séparé par une légère couche de tissu adipeux. Au-dessous de cette aponévrose, il atteint la crête iliaque, au delà de laquelle il n'est plus accessible à nos instruments. Or, le rein descendant jusqu'au-dessous de la deuxième vertèbre lombaire et quelquefois jusqu'à la troisième, on voit combien est rétréci l'espace où l'on peut atteindre le côlon; l'incision extérieure ne doit pas remonter à plus de deux doigts au-dessus de la crête iliaque. En général, le côlon répond à la rainure aponévrotique qui sépare le carré lombaire du transverse, et qui elle-même correspond au bord externe de la masse commune du sacro-lombaire et du long dorsal, facile à reconnaître sous la peau chez les sujets d'embonpoint médiocre. Quelquefois pourtant il se porte plus en dedans, et se trouve alors caché, au moins en grande partie, par le carré lombaire. Dans tous les cas, c'est au niveau du bord externe du sacro-lombaire, et plus profondément sous le bord externe du carré lombaire, qu'on est le plus sûr de le trouver.

Les couches à diviser sont la peau, le tissu graisseux sous-cutané; au-dessous de celui-ci le grand dorsal en arrière, le grand oblique en avant; plus profondément le petit oblique, puis le transverse, avec les lames celluluses qui les séparent; puis l'aponévrose du transverse, commune aussi au carré lombaire; puis la couche adipeuse qui recouvre l'intestin, et enfin l'intestin lui-même. Il n'y a d'ailleurs à blesser que l'un des nerfs dorsaux, accident insignifiant, et des artérioles sans importance. Mais les rapports de l'intestin avec le péritoine réclament une sérieuse attention.

Presque constamment, le côlon gauche est dépourvu de péritoine dans le tiers postérieur de sa circonférence. Mais l'espace dans lequel il est ainsi en dehors de la séreuse est très variable, et il faut d'autant plus prendre garde de léser le péritoine en dehors que cette membrane en ce point est très mince, et presque adhérente à

l'aponévrose du transverse. Aucun indice certain n'avertit de cette limite; bien plus, la position seule nous avertit que nous sommes sur le côlon plutôt que sur un autre intestin qui serait recouvert du péritoine pariétal; car des trois bandelettes longitudinales du côlon qui auraient pu nous servir de guides, l'une se trouve en avant, l'autre en dedans, la troisième en dehors; et c'est l'espace compris entre ces deux dernières que nous avons à attaquer en arrière. Heureusement, dans les cas où l'opération est nécessaire, l'intestin est généralement distendu par des matières fécales et par des gaz.

Chez les nouveau-nés, les rapports sont très différents. Le rein, deux fois plus gros pour le moins, proportionnellement, que chez l'adulte, descend jusque dans le bassin, et occupe conséquemment tout l'espace ilio-costal. Heureusement le côlon n'est pas en avant, mais descend le long de son bord externe; et c'est là qu'il faut le chercher. Si toutefois il s'était porté plus en dedans pour gagner le côté droit, comme dans les anomalies signalées par M. Huguier, on remonterait le long du bord externe du rein, sûr de le trouver à sa place normale dans sa partie supérieure.

*Procédé d'Amussat.* — Je décrirai d'abord l'opération chez l'adulte. Le malade doit être couché sur le ventre, un peu incliné du côté droit, et l'abdomen soulevé par un ou deux coussins. On pratique une incision transversale à la peau, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, en commençant au bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, et poursuivant en dehors dans l'étendue de quatre à cinq travers de doigt. Après la peau et les couches sous-cutanées, on tombe sur le grand dorsal, qu'il faut diviser en travers dans le tiers postérieur de l'incision, et sur le grand oblique, qu'on divise dans les deux tiers antérieurs; au-dessous d'eux le petit oblique, puis le transverse, puis l'aponévrose. Toutes ces couches musculaires sont divisées d'abord en travers, puis verticalement, pour avoir une incision cruciale et mieux découvrir l'intestin; on peut même au besoin soulever le carré lombaire et inciser son bord externe. On arrive enfin sur le tissu adipeux qui enveloppe le côlon, et qu'il faut enlever avec précaution; après quoi le point important est de s'assurer de la position de l'intestin et de ses limites.

Sur le cadavre, on le reconnaît à sa couleur verdâtre; ce signe existe aussi quelquefois sur le vivant. Par la percussion, on s'assure bien qu'on se trouve sur un intestin quelconque; la pression avec le doigt fait éprouver une sensation de résistance sur l'intestin, tandis qu'en dehors il y a comme un défaut de résistance; néanmoins, pour ne conserver aucun doute, il faut le mettre à

découvert des deux côtés. S'il était contracté, on le chercherait en arrière; quelquefois, dans ce cas, il est complètement caché sous le carré lombaire, qu'il faudrait diviser.

Le côlon enfin reconnu, on le traverse en haut et en bas avec deux aiguilles; de telle sorte qu'on puisse le tendre avec les deux anses de fil, écartées d'environ 3 centimètres l'une de l'autre. Dans l'intervalle des deux anses, on donne un coup de trocart: l'issue des gaz ou même des matières fécales délayées avertit que l'on est bien dans l'intestin, et avec un bistouri herniaire, on y fait une incision cruciale. Les matières commencent à sortir; on aide leur expulsion par une ou deux injections d'eau tiède, dirigées dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. Quand le ventre est bien dégagé, on attire en avant l'ouverture faite à l'intestin à l'aide de trois pinces à torsion, et on la fixe à la peau par quatre points de suture entrecoupée, en renversant la muqueuse en dehors.

L'opération ainsi décrite n'offre pas de difficultés sérieuses. Je l'ai pratiquée deux fois: dans le premier cas, le ventre du malade était assez ballonné pour que les coussins sous l'abdomen fussent inutiles; mais dans le second il n'en était pas de même, et le rapprochement des côtes et de la crête iliaque, déterminé par une déviation de l'épine, ajoutait encore des difficultés d'un nouveau genre. Toutefois, ni dans un cas ni dans l'autre, je n'ai trouvé qu'il fût nécessaire de diviser crucialement les couches musculaires, qui se rétractent assez pour laisser voir le fond de la plaie; et pour mieux ménager le péritoine en avant, je me bornai à ouvrir l'intestin de haut en bas, avec une incision horizontale en dedans.

Mais chez les nouveau-nés, la présence du rein gêne singulièrement le chirurgien, surtout s'il n'est pas bien au courant des rapports anatomiques; dans un cas, Amussat divisa le rein croyant ouvrir l'intestin; dans un autre, il entama la capsule surrénale. Il faut donc se rappeler que le côlon est au côté externe du rein, et repousser celui-ci en dedans et en arrière pour aller chercher l'intestin en dehors.

*Appréciation.*—De prime abord, l'opération de Callisen offre sur l'autre cet immense avantage qu'elle n'ouvre pas le péritoine; j'ajoute pour mon compte qu'elle place l'anus artificiel en arrière. Mais plusieurs chirurgiens, préférant au contraire placer l'anus en avant, et regardant la plaie du péritoine comme peu de chose, donnent la préférence à l'opération de Littre. Laissons là les raisons théoriques, et examinons les résultats.

Amussat a rassemblé 44 opérations à la méthode de Littre, prati-

quées sur des nouveau-nés; il y a eu 7 morts et 7 guérisons. On avait craint que ces guérisons ne pussent assurer à l'enfant une vie bien longue; M. Rochard a communiqué à l'Académie trois observations d'enfants ainsi opérés qui ont vécu quatorze, trente et quarante-trois ans; et deux autres relatives à des femmes qui vivent encore, l'une à l'âge de quarante-trois ans, l'autre à quarante-six ans. La première a eu quatre enfants bien conformés; chez la seconde, robuste et bien constituée, on a noté que les selles sont solides, périodiques, et jusqu'à un certain point volontaires. Elle a le sentiment du besoin de la défécation, retire alors son bandage, et le remplace quand le besoin est satisfait. Dans les intervalles, il ne s'échappe qu'un petit suintement muqueux par le bout supérieur.

L'opération de Callisen, à ma connaissance, n'a été faite dans les mêmes circonstances que cinq fois. Bougon ne put éviter d'ouvrir le péritoine; l'enfant mourut. Sur les trois opérés d'Amussat, l'un a succombé le huitième jour; un autre a été perdu de vue le quatrième; le dernier, une petite fille, se portait bien un an après. Enfin Roche et Sanson parlent d'un jeune homme portant un anus lombaire depuis sa naissance, mais qu'ils n'ont pu voir ni interroger.

La balance des morts est donc à peu près égale; et les difficultés de l'opération pèsent fortement contre la méthode de Callisen.

Pour les adultes, je ne trouve que quatre opérations par le procédé de Littre, plus trois autres dans lesquelles on a ouvert le péritoine; 4 sujets ont échappé à l'opération; et l'on peut y ajouter une petite fille de quatre ans opérée avec succès par Desgranges. Pour l'opération de Callisen, pratiquée soit à droite soit à gauche, j'en ai rassemblé 10 cas, sur lesquels il y a eu 4 morts. Sans doute ici il faut faire la part de la lésion primitive, de l'état d'épuisement des malades; mais ces considérations sont communes aux deux opérations; et l'ouverture du péritoine paraissant plus grave chez les adultes que chez les nouveau-nés, c'est l'opération de Callisen qui paraît mériter la préférence.

## CHAPITRE VIII.

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

#### 1<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> l'anus