

## RECTOTOMIE

La rectotomie est employée plus fréquemment depuis quelques années, comme un des moyens du traitement palliatif du cancer du rectum, compliqué de rétrécissement. Deux procédés sont généralement usités : la rectotomie *postérieure* proprement dite et la rectotomie *linéaire*.

**Rectotomie postérieure.** — *Ce procédé, qui est dû au professeur Panas, se pratique à l'aide du thermocautère.*

Le malade est placé dans la position de la taille.

On introduit dans le rectum, préalablement nettoyé avec une solution antiseptique, un gorgéret de bois qu'on pousse jusqu'au niveau du rétrécissement pour écarter la paroi antérieure du rectum.

Avec le couteau du thermocautère, on incise lentement et couche par couche la paroi postérieure de l'intestin et les parties molles sur la ligne médiane, depuis l'orifice de l'anus jusqu'au niveau du rétrécissement, qui remonte parfois jusqu'au coccyx.

Quand on arrive à ce point, on introduit dans le rétrécissement une sonde cannelée qui sert à guider le couteau du thermocautère pour couper le rétrécissement.

La plaie qui en résulte est assez large pour permettre de bien voir si le rétrécissement est suffisamment incisé.

La plaie saupoudrée d'iodoforme est recouverte de gaze iodoformée, et les eschares se détacheront d'elles-mêmes.

**Rectotomie linéaire.** — M. Verneuil indique un autre procédé dans lequel l'incision est faite avec l'écraseur.

On introduit dans le rectum l'index gauche jusqu'au-dessus du rétrécissement ; — on enfonce, à un centimètre et demi en avant de la pointe du coccyx un trocart courbe de Chassaignac, que l'on dirige de façon à sortir dans le rectum, au-dessus du point rétréci.

Le doigt introduit dans le rectum sent la pointe du trocart et le fait basculer avec force de manière à faire sortir sa pointe par l'anus sans blesser les autres parois.

Quand le rétrécissement est trop étroit pour laisser introduire le doigt, on introduit dans le rectum une gouttière creuse, ou la canule d'un trocart plus volumineux que celui qui a fait la ponction, afin d'y recevoir la pointe de ce dernier et le guider hors de l'anus.

On passe dans la canule de ce dernier trocart un fil très fort qui entraîne la chaîne de l'écraseur, et l'on serre alors de façon à faire marcher l'instrument d'un cran, par quart de minute.

On pansera comme dans le procédé de Panas.

**RECTOTOMIE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE.** — La nature *sypilitique* du rétrécissement n'est pas une contre-indication à la rectotomie.

J'ai vu, dans la clinique du professeur *Albert*, de Vienne, une femme chez laquelle la constriction du rectum, due à un rétrécissement syphilitique, avait amené de sérieuses difficultés dans l'évacuation, ce qui provoquait des accidents inflammatoires du côté de l'intestin.

Malgré le caractère franchement syphilitique de ces lésions, le chirurgien n'avait pas hésité à débrider le rétrécissement.

Les accidents inflammatoires avaient cédé, et les lésions étaient en pleine voie de guérison, grâce à un traitement antisypilitique qui réussissait d'autant mieux que l'état général de la malade était devenu plus satisfaisant à la suite de l'opération.

## GASTROTOMIE

Cette opération, dont l'utilité est contestée dans les rétrécissements de l'œsophage dus au cancer, est pratiquée assez fréquemment aujourd'hui et avec succès, aussi bien pour l'extraction des corps étrangers de l'estomac que pour nourrir les malades dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'œsophage formés par une cicatrice.

Dans ces derniers cas, la gastrotomie peut rendre en effet des services inespérés.

J'ai vu, dans le service du Dr Albert, de Vienne, un malade qui, à la suite de l'ingestion d'un caustique, avait un rétrécissement de l'œsophage qui ne permettait plus l'introduction d'aucun aliment même liquide.

Au moment où ce malade fut amené au professeur Albert, il était dans un état d'affaiblissement complet et présentait les phénomènes convulsifs de l'inanition.

Immédiatement le chirurgien se mit en demeure de pratiquer en deux séances la fistule stomacale.

Il passa d'abord les points de suture destinés à faire adhérer les parois du péritoine, mais l'état d'affaiblissement du malade était tel qu'il n'aurait pas été prudent d'attendre que l'adhésion fût complète.

Il pratiqua donc de suite l'ouverture du péritoine et de la poche stomacale pour alimenter son malade par cette voie. L'aliment injecté d'abord fut du lait.

Quelques jours après, on pratiqua à différentes reprises des tentatives de cathétérisme du conduit œsophagien, qui échouèrent.

Il fallut chloroformer le malade pour pouvoir introduire, après beaucoup de difficultés, par la voie buccale, une longue tige métallique flexible du diamètre du n° 6 de la filière française.

Cette tige fut alors saillie à l'orifice cardiaque dans l'estomac, où on put la saisir par une pince pour la tirer au dehors.

Ce premier cathétérisme, qui n'avait pu être pratiqué avec succès que neuf mois après l'accident, démontra l'existence d'un rétrécissement en chapelet qui occupait toute la longueur de l'œsophage.

Depuis ce premier cathétérisme, qui avait eu lieu quatre semaines avant que je pusse voir le malade, le chirurgien était arrivé à passer le n° 8 et le cathétérisme se pratiquait sans chloroforme.

Le malade passait lui-même une assez grande partie de cette sonde à travers son rétrécissement; il était du reste complètement remis de son affaiblissement, il avait engraisé notablement et sa santé générale était parfaite.

Dans ce même service du professeur Albert, j'ai vu un autre malade opéré dans des conditions semblables.

Ce dernier est arrivé à dilater graduellement son rétrécissement, au point de passer dans l'œsophage une sonde grosse comme le pouce. Ce malade, qui a été opéré il y a deux ans environ, maintient le calibre du conduit, en y passant une grosse sonde, tous les deux en deux mois.

J'ai cité ces deux observations pour montrer que la gastrotomie peut rendre de grands services et sauver véritablement la vie aux malades dans certains cas spéciaux.

Cette opération a été pratiquée également dans des cas où l'obstruction est due à des tumeurs de l'œsophage.

Le moindre service qu'elle ait rendu a été de donner une survie considérable aux malades.

Quel que soit en effet le pronostic éloigné de cette opération, ce qui domine dans beaucoup de cas où l'inanition est le symptôme principal et menaçant, c'est la nécessité d'intervenir immédiatement pour assurer à tout prix l'alimentation.

**Méthode opératoire.**

Le malade étant étendu sur le dos, on l'endort avec le chloroforme, après lui avoir fait au préalable une injection sous-cutanée de morphine, afin d'éviter les mouvements

spasmodiques de l'estomac, qui pourraient gêner au cours de l'opération ou tirailler les sutures ensuite.

**Labbé** conseille de tracer une première ligne à 1 centimètre au-dessous des fausses côtes gauches et parallèlement à elles.

Il trace une seconde ligne allant du cartilage de la neuvième côte droite au cartilage de la neuvième côte gauche.

C'est au point d'intersection de ces deux lignes qu'il convient de commencer une incision sur le trajet de la première ligne marquée, incision que l'on prolonge en haut de 4 à 6 centimètres.

On incise, couche par couche, l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine, que l'on soulève délicatement avec une pince pour y faire une petite ouverture par laquelle on passe la sonde cannelée.

Sur cette sonde, on incise le péritoine dans toute l'étendue de la plaie.

On cherche alors à reconnaître la paroi stomacale, ce qui n'est pas toujours facile. Pour y réussir, le mieux est d'aller de suite accrocher avec l'index la petite courbure de l'estomac, afin de s'orienter; puis, à l'aide d'une pince portée le plus près possible du cardia, on saisit la face antérieure de l'estomac et on l'amène doucement au dehors.

Le colon transverse vient souvent se présenter à l'ouverture et on pourrait le confondre avec l'estomac; on le reconnaît à ses bosselures et à ses appendices épiploïques.

On fait maintenir avec une érigne la portion herniée et, après avoir rétréci l'incision abdominale par des points de fil d'argent, on fixe l'estomac à la plaie en enfonçant une aiguille fine, bien courbe, armée d'un fil, dans la paroi de l'estomac.

Cette aiguille est dirigée dans la cavité stomacale de façon à ressortir à un centimètre et demi du bord de la plaie en traversant la peau.

On passe, de la même façon, une seconde suture du côté opposé, et l'on continue ainsi à faire autant de sutures qu'il est nécessaire, sur tout le pourtour de l'incision.

Quand tous les fils sont passés, on les fixe solidement en les nouant.

La suture terminée, on fait à la paroi stomacale une petite incision dans laquelle on introduit à frottement une sonde de caoutchouc rouge du n° 20 de la filière française.

La pénétration de cette sonde est limitée par un fil d'argent qui traverse d'une part le caoutchouc et, d'autre part, est accroché à l'une des sutures de la paroi abdominale.

Le pansement consistera en application d'une couche épaisse de gaze iodoformée, de quelques lames de coton hydrophile, et on maintiendra le tout par un bandage de corps modérément serré.

La réunion s'effectue par première intention, mais il est important, pour l'obtenir sans incident fâcheux, d'appliquer constamment de la vaseline boriquée sur les bords de la plaie, afin d'empêcher l'irritation que peut produire le contact du suc gastrique, qui s'écoule par la fistule.

Quand on a seulement pour but d'extraire un corps étranger, il est inutile de mettre un tube dans la plaie; on l'abandonne au contraire à elle-même et elle s'oblitére spontanément.

Quand la gastrotomie a été pratiquée pour faire l'alimentation, on peut remplacer ce tube par une canule double qui se fixe en dehors, à l'aide de liens passés dans ses anneaux. Grâce à son double tube, on peut facilement nettoyer la canule.

Dans l'intervalle des repas, on ferme le tube à l'aide d'un fausset, et l'on place sur la fistule une lame de coton maintenue par un bandage de corps.

Telle est la technique généralement employée pour la gastrotomie.

On comprend cependant que la situation du point sur lequel doit se faire l'incision ne sera pas constante. Elle variera dans une limite restreinte, selon que l'on aura affaire à des sujets qui ont un thorax moyen, large ou étroit.

Ces indications ont été données par le docteur Larger au congrès français de chirurgie de l'année 1885.

Choix du point  
à inciser.

Chez un adulte dont la poitrine est d'une largeur moyenne, le point d'élection est situé au niveau ou à un travers de doigt environ au-dessous de la pointe de l'apophyse xiphoïde.

Chez les individus à thorax étroit et surtout chez les femmes, le point s'abaisse à 2, 3 et, exceptionnellement, à 4 travers de doigt au-dessous de la pointe xiphoïdienne.

Enfin, chez les individus robustes à thorax très large, ce point se trouve notablement au-dessus de la pointe du xiphoïde, au sommet de l'angle formé par la base de cet os et le cartilage des côtes.

Chez les individus à thorax large et moyen, en faisant une incision longue de 3 travers de doigt environ, à partir du creux xiphoïdo-costal, on arrivera certainement sur le point indiqué; tandis que chez les sujets à thorax étroit, l'incision devra partir de 1 et demi à 2 travers de doigt au-dessous du niveau de la pointe xiphoïdienne.

Si l'on constate l'hypertrophie du foie, l'incision sera pratiquée un peu plus bas.

L'estomac, d'après ces données, devra être recherché avec le doigt, de *haut en bas* et non pas de *bas en haut*, comme on a coutume de faire dans la méthode de Labbé.

Dans ce procédé, la paroi de l'estomac se présente avec plus de facilité à l'ouverture pratiquée sur la paroi de l'abdomen.

#### CURE RADICALE DES HERNIES

L'innocuité relative de l'ouverture de la cavité péritonéale, sous le spray, a décidé les chirurgiens à pratiquer l'ablation complète du sac herniaire pour la cure radicale de certaines hernies, ou simplement pour faciliter le maintien de la réduction de la tumeur, dans des cas où son volume et la difficulté de la réduire la rendent très gênante pour le malade.

Aujourd'hui, l'ablation du sac est le complément obligatoire de l'opération de la hernie étranglée et personne n'en conteste l'opportunité.

Il n'en est pas de même pour l'opération qui s'adresse à la hernie non étranglée; beaucoup de chirurgiens discutent encore la légitimité de cette intervention chirurgicale.

Pour ma part, je crois qu'en effet l'on doit restreindre cette opération aux cas où la tumeur devient une gêne insupportable pour le malade ou une menace constante d'étranglement.

Certains symptômes nerveux, provoqués par les tiraillements de la tumeur sont aussi une indication absolue à cette opération.

Il faut que les chirurgiens n'oublient pas que, si son *innocuité* est relativement assez grande, c'est à la condition qu'ils emploieront, avec la *rigueur* la plus absolue la *méthode antiseptique* sans laquelle cette opération ne doit pas être tentée.

#### Opération.

On incise la peau pour découvrir le sac, comme on a coutume de le faire dans la hernie étranglée.

Quand l'épiploon n'est pas adhérent, on réduit l'intestin avant d'ouvrir le sac; si au contraire il y a des adhérences, on ouvre le sac pour réduire l'intestin et lier le