

VI

DIAGNOSTIC DES TUMEURS
ET DES RÉTRÉCISSEMENTS DU GROS INTESTIN

Quand, en clinique, on est arrivé au diagnostic de tumeur ou de rétrécissement du gros intestin, on pense d'abord au cancer, plus fréquent et mieux connu. Nous verrons que parfois un ensemble symptomatique précis permet, dans la région iléo-cæcale, de distinguer les tumeurs tuberculeuses. Par contre, on ne peut guère poser le diagnostic de tumeurs inflammatoires : c'est tout au plus si l'on en envisage la possibilité en raison d'antécédents très nets. De même des antécédents d'étranglement aigu plutôt que chronique permettent de songer au rétrécissement par brides péritonéales.

Nous tâcherons de montrer par quelques exemples comment il faut faire reposer son diagnostic sur la constatation de certains symptômes cardinaux pour éviter les erreurs grossières ; mais nous n'entrerons pas dans le détail de toutes les erreurs qui ont été commises, de peur de jeter quelque confusion dans cet exposé.

Ou bien c'est au milieu de symptômes d'occlusion chronique, parfois aiguë, aucune tumeur n'étant cliniquement appréciable, qu'il faut dépister les néoplasmes de l'intestin ; ou bien au contraire, le médecin, le malade lui-même, reconnaissent une tumeur abdominale : il faut alors s'assurer si elle appartient ou non au gros intestin.

Certains malades, surtout des neurasthéniques, se présentent avec des troubles très nets de la défécation : ils ont une *constipation opiniâtre* qui va s'accroissant ; ils ne peuvent plus obtenir de selles spontanées, il leur faut chaque jour un lavement,

de temps à autre un purgatif ; le ventre se gonfle peu à peu, devient légèrement sensible à la palpation ; il peut y avoir quelques coliques, et l'on se demande s'il y a réellement une sténose du gros intestin ou simplement de la constipation, entretenue par une mauvaise hygiène, l'abus des lavements qui produit une sorte de paresse des fibres musculaires de l'intestin. L'examen des matières fécales suffit pour arriver à une certitude ; encore ne faut-il pas se contenter du dire des malades, mais les regarder soi-même ; elles ont un volume, une longueur normale s'il y a simple constipation ; au contraire, on les voit déformées, petites, ovillées ou laminées en cas de sténose. Et nous trouvons ainsi un fait positif de très grande valeur dans la sémiologie du gros intestin.

Un second signe de haute importance est fourni par la palpation et la percussion de l'abdomen. Lorsque l'occlusion chronique date d'un certain temps, que les évacuations alvines ont cessé complètement, le ventre est gros, l'intestin distendu rend un son tympanique avec des différences de tonalité suivant le degré de dilatation de certaines anses ; comme la paroi n'est pas contracturée, la palpation est possible, mais elle n'éveille que de très vagues douleurs, on ne sent partout que la résistance élastique de l'intestin, on ne perçoit aucune tumeur, aucune tuméfaction même. Cependant il est possible qu'en une région quelconque de l'abdomen, mais de préférence au niveau des fosses iliaques ou de l'hypogastre, on rencontre *une certaine résistance de la paroi*, en même temps que la pression provoque *une douleur manifeste* et nettement localisée : ce symptôme est caractéristique et précieux, car il renseigne sur le siège topographique de l'occlusion. On peut dire qu'il existe seul dans les cancers de l'angle gauche du côlon, qui ne donnent jamais lieu à des tumeurs cliniquement appréciables en raison de leur situation profonde et élevée.

Dans de telles conditions, le diagnostic différentiel présente peu de difficultés : il s'agit d'un rétrécissement ou d'une tumeur du gros intestin. Seule *la péritonite tuberculeuse* à forme sèche, fibreuse, présente plusieurs points communs et peut d'ailleurs aboutir à la formation d'un rétrécissement par bride. Elle sur-

vient plutôt chez des malades jeunes; elle entraîne bien des troubles d'occlusion chronique mais moins nettement progressifs que dans le cancer : une phase ascitique a pu précéder la phase de distension gazeuse que l'on observe; souvent l'abdomen est rétracté partiellement ou en totalité; enfin, la pression montre qu'il existe plusieurs régions douloureuses; on sent des noyaux indurés, des cordes épiploïques, des adhérences en des points nombreux de la cavité abdominale. La percussion délimite des zones tympaniques, sonores, submates, avec une grande irrégularité; dans certains cas il y a de la fièvre. Bref, par son évolution différente et par la multiplicité des lésions abdominales perceptibles, la péritonite tuberculeuse se distingue assez facilement des rétrécissements ou des tumeurs du gros intestin. Pour parfaire le diagnostic, il faut nous rappeler qu'il y a fréquemment coexistence de lésions tuberculeuses des poumons, des organes génitaux ou des ganglions (adénopathies multiples, surtout cervicales).

Ainsi nous arrivons assez aisément à reconnaître l'existence d'un obstacle mécanique au cours des matières, et nous devons nous demander, lorsqu'il n'y a pas de tumeur appréciable, si cet obstacle siège sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin et quelle en est la nature. C'est là un diagnostic qui ne peut toujours être précisé; mais divers modes d'exploration permettent d'approcher d'assez près la vérité. On doit toujours *explorer le rectum* : le doigt reconnaîtra d'abord s'il existe ou non une tumeur à ce niveau : il pourra encore atteindre certaines invaginations chroniques du côlon qui descendent très bas, et aussi les tumeurs prolabées dans le cul-de-sac de DOUGLAS. En second lieu *les grands lavements* offrent un renseignement lorsqu'ils sont vite arrêtés par l'obstacle : on admet que deux litres de liquide remplissent le gros intestin : s'il en pénètre moins il est probable que l'occlusion siège au-dessous du cæcum.

Dans le même ordre d'idées, l'auscultation et la percussion du cæcum pendant que le lavement est administré (manœuvre recommandée par BOUVERET, TRÈVES) font percevoir un bruit de glouglou, de clapotement, si le liquide parvient jusqu'à ce viscère; et dans ce cas, il n'est pas rare de trouver un abdomen

globuleux, une région ombilicale très saillante avec tympanisme limité. Ainsi on distingue l'occlusion du gros intestin de celle du grêle, beaucoup plus rare.

Maintenant s'agit-il d'une *tumeur néoplasique* ou d'un *rétrécissement* sans tumeur? on ne peut toujours trancher la question. Il faut tenir compte de l'âge des malades et de leurs antécédents. Encore est-il nécessaire de retrouver des commémoratifs de péritonite ancienne (appendiculaire, annexielle) pour soupçonner le rétrécissement par bride, par coudure. En raison de sa fréquence, c'est au cancer que l'on pense le plus volontiers, et il faut agir en conséquence, dût l'intervention prouver qu'il s'agissait d'un rétrécissement simple ou de tuberculose.

Les conditions du diagnostic sont bien différentes lorsqu'on a découvert une tuméfaction ou *une tumeur* dans une région de l'abdomen. Nous aurons surtout en vue celles de la région iléo-cæcale.

Il semble assez facile de déterminer le siège intestinal de ces tumeurs, et cependant nombreuses sont les erreurs de diagnostic auxquelles elles ont donné lieu. Il suffira de rappeler les principales : tumeur ou ptose du rein, vésicule biliaire distendue, kyste hydatique suppuré iliaque, adénites iliaques et cæcales, inflammations annexielles... ont été diagnostiqués cancer ou tuberculose du cæcum.

De même l'appendicite à forme néoplasique, en se présentant comme une tumeur, éveille l'idée de cancer, mais elle est consécutive à plusieurs poussées d'appendicite, et ne donne pas lieu aux symptômes de sténose de l'intestin.

Dans la région ombilicale, ce sont surtout les cancers de l'estomac ou du pylore qui sont confondus avec les tumeurs du côlon transverse, parfois aussi des kystes pancréatiques ou mésentériques. Rappelons, pour l'estomac, combien la distension gazeuse artificielle de cet organe permet d'apprécier facilement ses connexions avec une tumeur.

Le problème est bien plus aride lorsqu'il s'agit de spécifier la *nature de la tumeur* constatée sur le gros intestin. Tous les néoplasmes peuvent être confondus avec les tumeurs stercorales et les invaginations chroniques simples.

Les amas de matières fécales constituent une tuméfaction généralement mobile ; leur surface est mamelonnée, leur consistance ferme, mais une pression du doigt, assez forte et maintenue un certain temps, laisse une empreinte comme dans une pâte. Ces signes physiques sont assez caractéristiques par eux-mêmes, et il suffit de penser à la possibilité de la tumeur stercorale pour la reconnaître ; ce qui déroute, ce sont surtout les signes fonctionnels, constipation opiniâtre, distension gazeuse de l'abdomen, inappétence, etc... Il faut encore savoir que certains amas stercoraux se laissent canaliser au centre, et que, dans ces cas-là on a pu observer de la diarrhée. L'évolution de la maladie est remarquable : l'apparition de la tumeur est le premier symptôme qui éveille réellement l'attention ; auparavant, il n'y avait que de la constipation, sans déformation des matières, même pas d'évacuations glaireuses ou sanglantes : celles-ci ne se voient qu'ultérieurement, si l'on a laissé à la tumeur le temps d'irriter et d'enflammer la muqueuse. Enfin on a pu retrouver dans les commémoratifs l'ingestion de corps étrangers, la migration d'un calcul biliaire, autour desquels s'accumulent les matières.

L'*invagination chronique* s'observe dans l'enfance avant la cinquième année ; elle est rare à l'âge du cancer ou de la tuberculose. Elle s'accompagne de douleurs paroxystiques, intermittentes, et de selles diarrhéiques muco-sanguinolentes, avec ténésme (RAFINESQUE). Ce dernier signe, bien rarement observé au cours des tumeurs du gros intestin, offre une très grande valeur. La palpation fait reconnaître, dans la région cœcale de préférence, une tuméfaction molle, en forme de boudin cylindrique, très douloureuse à la pression, et qui suit assez exactement le trajet du colon. Nous avons dit qu'elle pouvait atteindre le rectum et l'anus. Tous ces symptômes ressemblent peu à ceux des tumeurs et l'erreur est assez facile à éviter. Mais il faut se rappeler que, si chez l'enfant l'invagination est occasionnée parfois par un polype bénin, un corps étranger, elle peut chez l'adulte être entraînée par une tumeur du gros intestin : LEJARS a relevé onze faits de ce genre pour le segment iléo-cœcal.

Ces causes d'erreur étant, autant que possible, évitées, on en

est arrivé à conclure à l'existence d'une tumeur du gros intestin et il faut tâcher de préciser sa nature, ce dont dépend entièrement le pronostic de la maladie. Il est certain que l'intégrité absolue de l'état général, l'absence de toute sténose coexistant avec une tumeur manifestement intestinale, fait pencher le diagnostic vers les *tumeurs bénignes* (myômes, fibromes, lipômes). HEURTAUX de Nantes leur a consacré un intéressant travail¹. Mais, si la tumeur bénigne s'accompagne d'obstruction de l'intestin elle entraîne forcément certains troubles généraux et il faudrait alors se baser sur l'absence d'adhérences et la mobilité parfaite, l'intégrité du péritoine et du mésentère, pour les distinguer. Or, il y a des cancers qui pendant longtemps présentent les mêmes caractères. Dans les cas très anciens la longue durée de la maladie doit entraîner le diagnostic de bénignité.

Affirmer l'existence d'une *tumeur inflammatoire* est à peu près impossible. On peut les soupçonner parfois et faire des réserves en leur faveur : c'est lorsque les antécédents pathologiques du côté de l'intestin sont formels : il y a eu appendicite, cœlite ulcéreuse, dysenterie, etc... Mais nous savons que ces maladies prédisposent aussi au cancer et à la tuberculose. Aussi les tumeurs inflammatoires sont-elles le plus souvent des trouvailles opératoires ou mieux des découvertes de laboratoire.

Vient enfin le diagnostic entre le *cancer* et la *tuberculose*. On ne peut se baser, pour les différencier, sur la coexistence d'autres lésions tuberculeuses, pulmonaires surtout, puisque la tuberculose iléo-cœcale est primitive, et que le cancer se complique volontiers de tuberculose pulmonaire ; l'état général est aussi mauvais dans un cas que dans l'autre, et ce n'est pas d'après sa teinte jaune paille que chez un cachectique l'on serait en droit d'affirmer le cancer. Il faut mettre en balance la durée de la maladie, son évolution et surtout l'ordre d'apparition des accidents. Le cancer peut amener des accidents mortels dès la fin de la première année ; la tuberculose n'aboutit aux complications immédiatement dangereuses qu'au bout de trois à cinq ans environ. Dans le cancer, les signes de sténose sont prédominants,

¹ HEURTAUX. *Archives provin. de Chirurgie*, 1900.

l'occlusion chronique est la règle, la tumeur apparaît ensuite, et reste volontiers petite. La tuberculose se caractérise par une tumeur d'abord, puis par des signes de sténose alternant avec les symptômes d'ulcération de la muqueuse et qui surviennent parfois fort tard, lorsque la tumeur est déjà considérable. Dans les cas douteux, l'examen bactériologique des matières fécales, les inoculations aux cobayes donnent parfois des résultats positifs, concluant en faveur de la tuberculose. OBRASTZOW, à propos des tumeurs du cæcum, attribue une grande valeur à la palpation attentive de l'organe : il signale d'abord la situation élevée du cæcum, d'où la possibilité de sentir l'iléon qui a pris une direction ascendante. S'il s'agit d'un cancer, le cæcum perd ses caractères habituels, et donne la sensation d'une tumeur unique et irrégulière ; au contraire, dans la tuberculose, la forme, l'élasticité de l'organe sont jusqu'à un certain point conservés, il y a épaissement de la paroi cæcale, que l'on sent se continuer sur le côlon en diminuant progressivement. En outre, la pérityphlite accompagne toujours la tuberculose cæcale ; le cancer se localise de préférence au cæcum seulement.

Tels sont les principaux moyens à notre disposition pour arriver au diagnostic des tumeurs du gros intestin, et ils mettent en évidence la nécessité d'un examen minutieux de l'abdomen du malade, et de la connaissance exacte de l'histoire de la maladie.

Quelques cas spéciaux peuvent encore se voir en clinique. La tumeur peut avoir déterminé une ou plusieurs fistules purulentes ou pyo-stercorales ; l'examen bactériologique du pus doit être fait : il a permis d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions, de reconnaître l'actinomycose du cæcum. Ou bien on est en présence d'accidents aigus, péritonite plus ou moins généralisée causée par une perforation au travers de la tumeur, par un foyer suppuré de voisinage : on attribue d'ordinaire ces désordres à l'appendice et l'opération vient démontrer l'erreur. Enfin l'occlusion intestinale aiguë n'est pas exceptionnelle, mais à moins d'avoir reconnu auparavant une tumeur ou d'avoir constaté depuis bien des mois des signes d'occlusion chronique, on ne saurait diagnostiquer exactement sa cause.

VII

TRAITEMENT DES TUMEURS

ET DES RÉTRÉCISSEMENTS DU GROS INTESTIN

Nous avons montré dans le chapitre précédent combien était difficile et incertain le diagnostic exact des rétrécissements et tumeurs du gros intestin, et comment le plus souvent on était amené à croire à l'existence du cancer de cet organe. Il convient d'ajouter que ce diagnostic est d'autant plus délicat, qu'on est appelé à le poser de bonne heure, près du début de la maladie. Et si dans le doute on s'abstient de toute thérapeutique active, on laisse passer la phase la plus favorable de la maladie, celle où l'ablation complète des lésions est possible et même facile, pour attendre l'éclosion des accidents, et se trouver dans des conditions opératoires moins propices.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — C'est pourquoi, aujourd'hui où l'ouverture simple du ventre est sans danger dans un milieu approprié, et entre des mains exercées, on a tendance à suppléer à l'insuffisance du diagnostic précoce par la *laparotomie exploratrice précoce* ; et on agit suivant ce que l'examen de visu de l'abdomen fait découvrir. Telle est, en particulier, la conclusion de la thèse de LARDENNOIS. Si donc un malade, présente depuis quelques semaines des signes assez nets de sténose intestinale, sans accidents sérieux, sans altération de l'état général, si les troubles persistent malgré l'emploi des purgations, du massage abdominal, il est indiqué d'intervenir par une laparotomie exploratrice ; l'opération bien conduite donne une certitude sur l'existence d'un rétrécissement ou d'une

petite tumeur du gros intestin, et permet d'emblée un acte chirurgical plus complet, que nous discuterons.

Quand la maladie a évolué, il n'y a plus de doute, on est en présence d'une tumeur, ou d'une sténose de l'intestin; il règne encore quelque incertitude sur la nature exacte de l'affection. Les accidents sont sérieux sans être graves ni pressants; on a tout le temps nécessaire pour examiner à plusieurs reprises son malade, discuter à tête reposée sur le genre d'opération qu'il convient de lui faire subir. L'état général est assez bon pour permettre une intervention de longue durée. En un mot, le chirurgien opère à froid et doit chercher à pratiquer, si elle est anatomiquement possible, l'exérèse complète du segment intestinal malade.

Seules en effet des contre-indications tirées de l'examen local de la tumeur s'opposent à cette tentative : la fixité absolue, les adhérences solides et nombreuses, et dans les cas de cancer, la constatation de noyaux métastatiques péritonéaux ou hépatiques. La laparotomie est pourtant utile, en nous donnant les moyens de faire une opération palliative, en dérivant le cours des matières par une anastomose intestinale. Elle ne nous laisse donc pas désarmés, lorsque l'ablation complète du mal est impossible, ou simplement assez laborieuse pour exposer la vie de l'opéré.

Dans le cours de la maladie, des accidents aigus peuvent éclater : c'est quelquefois la péritonite par perforation, qu'on peut traiter sans grandes chances de succès, par l'ouverture et le drainage de la cavité abdominale. Le plus souvent il s'agit d'occlusion aiguë ou d'occlusion chronique arrivée à un degré grave, avec suppression presque absolue des gaz et vomissements fécaloïdes incessants. Il faut parer de suite, sans perdre une minute, à ces accidents intenses, par une *opération d'urgence*; à peine prend-on le temps de faire un diagnostic précis; il suffit de savoir qu'il y a un obstacle au cours des matières, on s'efforce d'en déterminer le siège, et on se contente de créer un anus contre nature au-dessus de la lésion. La situation est assez menaçante pour interdire les grandes ouvertures du ventre, l'exploration et la manipulation prolongée de l'intestin; on voit que l'intervention est souvent délicate.

Au cours de certaines opérations à froid, la résection ou l'en-

téro-anastomose sont impraticables à cause des lésions à distance de l'intestin. En effet les anses à aboucher ont un calibre disproportionné; l'une est petite, atrophiée, l'autre énorme, distendue, avec une paroi si mince que l'aiguille aura de la peine à se faufiler dans son épaisseur sans la perforer. Et en matière de sutures intestinales, on est à la merci d'un point mal fait. De plus, l'anastomose établie, l'intestin se vide, les sutures se relâchent, et des fuites peuvent se produire. Ici encore l'anus contre nature nous apparaît comme la méthode de choix, d'autant plus qu'il ne s'oppose nullement à une intervention ultérieure; il est toujours possible, en effet, de pratiquer ou la résection, ou l'entéro-anastomose secondaire, suivant les lésions constatées pendant la laparotomie. On peut ainsi débarrasser le malade d'une infirmité possible, que beaucoup se refusent à supporter.

Telles sont les indications générales qui doivent guider dans le traitement des tumeurs et rétrécissements du gros intestin; en résumé, en dehors des accidents, il est légitime d'essayer de réséquer le segment intestinal malade, ou si l'exérèse est impossible, de dévier le cours des matières par l'entéro-anastomose. Quand les accidents sont menaçants, on doit se contenter de l'anus contre nature, quitte à procéder dans un second temps et à tête reposée, à l'une ou l'autre des opérations de choix.

Il nous faut maintenant entrer plus avant dans le détail des indications spéciales et des procédés opératoires, qui varient suivant les lésions et suivant leur localisation. Et nous avons à parler successivement des résections, de l'anastomose entre deux anses intestinales, enfin de l'anus contre nature, et des résultats qu'on est en droit d'attendre de ces opérations.

RÉSECTION. — Dans la résection le choix de l'incision n'est pas indifférent; si on a localisé la lésion, on pratique la laparotomie médiane pour les tumeurs du colon transverse, la laparotomie latérale sur le bord externe du droit pour les tumeurs iléo-coliques, enfin l'incision classique de l'anus iliaque pour celles de l'S iliaque¹; la simple laparotomie exploratrice est

¹ Nous avons opéré un cancer du colon descendant par la voie lombaire.

au contraire toujours médiane et sous-ombilicale d'abord.

Pour réséquer, il faut que l'intestin soit bien reconnaissable, et non enfoui dans des masses scléro-adipeuses énormes; il faut que les adhérences ne soient ni trop abondantes, ni trop résistantes; par contre l'étendue des lésions en longueur sur l'intestin paraît avoir moins d'importance, et l'on a pu réséquer avec succès la moitié ou les trois quarts du gros intestin. L'essentiel est de réséquer tout l'intestin malade; l'amincissement ou l'épaississement des tuniques intestinales par suite de l'inflammation, même bien au delà de la tumeur, obligent à faire porter la section plus loin, en tissu parfaitement sain. C'est pourquoi les indications de la résection partielle limitée à une tumeur nodulaire, se présentent rarement. Ce genre de résection a donné de bons résultats dans des tuberculoses très localisées, et DEMOULIN lui doit un beau succès pour une petite tumeur inflammatoire du cæcum. La partie malade enlevée, il faut rétablir la continuité du tube digestif.

Dans la région iléo-cæcale, la dilatation de l'intestin grêle dont le calibre atteint ou dépasse celui du côlon, a amené beaucoup de chirurgiens à exécuter l'entérorraphie circulaire. Il semble cependant aujourd'hui que la fermeture des deux bouts avec anastomose latérale offre plus de garantie; ce procédé est seul applicable s'il y a différence de calibre des deux anses.

Lorsque la résection a été considérable, ou lorsque l'intestin fixé par le péritoine pariétal ne se laisse pas attirer (S iliaque), il devient impossible d'amener les deux bouts en contact. On est alors obligé de fermer la lumière de chaque segment d'intestin, et de créer une anastomose entre deux anses aussi voisines que possible; on choisit souvent la terminaison de l'iléon, assez mobile, pour l'aboucher dans le côlon transverse, dans le côlon pelvien (iléo-sygmoidostomie). De cette manière, il persiste au-dessus de l'anastomose deux segments d'intestin, plus ou moins longs, terminés en cul-de-sac. KÜMMEL a de même implanté le côlon transverse dans l'anus après résection de tout le segment intermédiaire.

Lorsqu'une résection de longue durée a trop épuisé le malade, pour finir vite, il reste une ressource: attirer au dehors les deux

bouts de l'intestin sectionné, et les fixer à la paroi; l'anus contre nature qui en résulte peut être ensuite traité par les procédés habituels. MADELUNG fit une intervention de ce genre après résection de toute l'S iliaque; il ferma par invagination le bout rectal et sutura à la paroi le bout colique.

Si nous comparons la valeur des résections avec rétablissement immédiat du cours des matières, aux opérations suivies d'anus contre nature, nous remarquons l'infériorité de ces dernières; en dehors de l'infirmité infligée au malade et qui n'est parfois que temporaire, le pronostic opératoire est certainement plus grave, en ce que l'écoulement immédiat des matières infecte forcément la plaie, et que l'on observe des accidents septiques souvent sérieux. En outre, une difficulté de technique se présente toujours: l'affrontement en canons de fusil des deux anses intestinales donne lieu à un éperon intermédiaire, dont les extrémités sont très difficiles à réunir exactement à la paroi; les sutures lâchent souvent en ce point et ouvrent la voie à une infection du péritoine. Nous devons donc considérer le procédé de la résection suivie d'anus contre nature, comme défectueux, et ne le conserver qu'à titre de méthode d'exception. Une fois, RECLUS extériorisa une tumeur qui avait envahi deux anses voisines; après quelques jours il coupa tout au ras de la peau, et obtint un anus à quatre orifices.

ENTÉRO-ANASTOMOSE. — Si, dans une opération à froid, la résection est impossible ou paraît trop dangereuse, la méthode de choix est l'entéro-anastomose. Conçue par MAISONNEUVE qui n'osa pas la pratiquer sur l'homme, elle a été vulgarisée surtout par von HACKER en Allemagne, par CHAPUT en France. Ici encore existent des difficultés opératoires lorsque l'intestin en amont est distendu et aminci, ou que ses parois hypertrophiées sont devenues friables. De plus, si les adhérences sont étendues, si les segments à anastomoser sont peu mobiles, on est obligé de chercher des anses intestinales très éloignées; nous avons dit que la terminaison de l'intestin grêle présentait les conditions d'intégrité et de mobilité désirables. Il est certain que si on pratique l'iléo-sygmoidostomie, il faut s'attendre à une diarrhée intense, comme l'ont récemment montré GIORDANO

et von EISELSBERG¹; mais ce phénomène n'est pas durable.

Un reproche plus grave a été adressé à l'entéro-anastomose : si large que soit l'abouchement, des matières peuvent encore passer par le segment intermédiaire, occupé par le néoplasme, et l'opération ne remplit plus entièrement son but ; on est à l'abri de l'occlusion, mais non de l'infection de la tumeur. De là est née la méthode de l'*exclusion de l'intestin* entre les deux anses anastomosées.

Von HACKER avait eu l'idée de lier ou de sectionner l'anse intestinale malade au-dessous de l'abouchement ; cela n'empêche pas le reflux rétrograde des matières vers la sténose, et même la distension de l'anse, ainsi exclue par son bout supérieur seulement. Aussi SALZER alla plus loin, et pratiqua l'exclusion totale, en coupant l'intestin au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et en rétablissant par anastomose le cours des matières. En somme, l'opération est conduite comme une résection, mais on n'enlève pas l'anse malade, on se contente de la fermer à ses deux bouts et on l'abandonne dans le ventre.

L'exclusion totale est une opération déplorable, car les sécrétions de l'anse exclue s'y accumulent et la distendent ; on a laissé dans le ventre un réservoir clos de liquides très septiques. L'anastomose des extrémités de l'anse séquestrée, imaginée dans le rétrécissement très serré, transforme cette anse en un tube annulaire clos, et ne remédie pas aux défauts de la première technique. Von EISELSBERG a montré que l'*exclusion incomplète* doit seule être pratiquée : elle consiste à aboucher à la peau l'une ou l'autre des extrémités de l'anse exclue, ou toutes les deux. L'anus obtenu donne passage non à des matières, mais aux produits de la sécrétion de l'intestin ou de la tumeur ; il est remarquable de voir combien le suintement liquide diminue vite, quand l'opération a été faite pour tumeur inflammatoire ; il peut même se tarir complètement par atrophie de l'anse intestinale, et la guérison est complète. Dans la tuberculose et même dans le cancer, on peut injecter dans l'anse exclue, par l'orifice, des substances médicamenteuses ou des liquides antiseptiques ;

¹ *Congrès international*, Paris, 1900.

on peut encore faire un tamponnement contre une hémorragie grave. A tous les égards cette méthode est donc avantageuse.

La question de savoir s'il faut aboucher à l'extérieur une des extrémités de l'anse ou les deux, manque d'intérêt : si la sténose est peu prononcée, si on est en droit d'espérer une diminution de volume d'une tumeur bénigne, il suffit de laisser ouvert un des bouts, et l'on choisit de préférence l'extrémité distale. Lorsque le calibre est très rétréci, et qu'il y a de ce fait des chances de rétention, mieux vaut maintenir l'anse ouverte aux deux bouts.

OPÉRATIONS EN DEUX TEMPS. — Telle est l'entéro-anastomose avec exclusion incomplète, opération de choix lorsque la résection paraît impossible. Elle peut d'ailleurs être complétée secondairement par la résection de l'anse exclue, qui s'exécute dans des conditions bien simples puisqu'il n'y a plus à s'occuper de rétablir le cours des matières. De même un anus contre nature, établi à l'occasion d'un accident aigu, permet la résection secondaire, mais dans des conditions moins favorables. Il est juste de dire pourtant que cette succession des temps opératoires est préférable à la résection préalable suivie d'anus contre nature. Cette manière de faire, imposée d'habitude par les circonstances, mériterait, aux yeux de quelques chirurgiens, d'être érigée en méthode de choix. Le premier temps opératoire consisterait dans la création d'un anus, ou mieux d'une anastomose avec exclusion ; le second, dans la résection du segment malade.

Sans entrer dans le détail opératoire, nous devons attirer l'attention sur un point : dans la chirurgie du gros intestin, les boutons anastomotiques, comme celui de MURPHY, doivent être proscrits. Il faut songer en effet que les matières fécales sont solides dans cet intestin, qu'au-dessus d'un rétrécissement, elles sont très souvent pâteuses comme du mastic, et mêlées de corps étrangers ; elles obstruent aisément les petits orifices du bouton, et il en résulte soit une occlusion secondaire, soit une pression au niveau de l'anastomose, bien capable de faire céder la ligne de sutures complémentaire. Aussi les cas de

mort due au bouton anastomotique sont-ils assez nombreux. Il ne faut donc employer que les sutures, et si l'on veut, des tubes d'appui ou des plaques rapidement résorbables.

PRONOSTIC OPÉRATOIRE. — Résection et anastomose avec exclusion sur le gros intestin, sont également graves, pas assez cependant pour ne pouvoir être abordées par un chirurgien expérimenté. LARDENNOIS a relevé 244 résections avec 84 morts opératoires ; mais sa statistique remonte jusqu'à 1878, et à cette époque l'antisepsie n'était pas régulièrement appliquée ; la chirurgie de l'intestin était mal connue, insuffisamment pratiquée. Les chiffres récents sont meilleurs et KÖRTE a fait 18 résections iléo-cæcales sans un décès.

La résection assure la guérison définitive de la tuberculose et des affections inflammatoires. Pour le cancer, elle procure une survie de trois années en moyenne, si la récidive n'apparaît pas dès les premiers mois ; et bien souvent davantage (neuf ans avec von BERGMANN, quinze ans avec MARTINI).

Les anastomoses, d'après la statistique de LARDENNOIS, ont entraîné la mort 5 fois sur 29 opérations (depuis 1889). KÖRTE a eu 3 décès sur 12 interventions. Sans doute il ne faut pas demander aux statistiques des renseignements très exacts ; bien des insuccès sont probablement restés dans l'ombre. Mais les chiffres que nous venons de citer sont assez encourageants pour autoriser une certaine hardiesse, en présence d'une affection aussi grave que les tumeurs de l'intestin.

Parmi les accidents post-opératoires, il en est d'intéressants ; nous passerons sur le shock, les complications infectieuses, mais nous insisterons un peu sur l'occlusion intestinale secondaire, car elle peut tenir à la technique opératoire elle-même. Ses causes sont variables : nous avons signalé le bouton de MURPHY ; on observe encore la pseudo-occlusion par paralysie, fréquente lorsqu'il existe de l'infection péritonéale. Enfin il existe des occlusions par coudure et par torsion, surtout consécutivement à l'anastomose avec exclusion. En effet les deux anses anastomosées sont souvent supportées par des méso d'inégale longueur ; c'est le cas de l'iléo-côlostomie, où le mé-

sentère est long, le méso-côlon nul ; on ne peut donc les suturer, et le mésentère conserve un bord libre, flottant ; l'iléon, mal fixé par lui, se tord sur son axe, le bord libre du mésentère s'enroule autour de lui et l'étrangle. Il en est de même lorsqu'une anse a été tirillée et placée pour l'anastomose dans une situation anormale ; abandonnée à elle-même, elle reprend sa direction primitive et se coude. Il faut connaître ces faits pour les prévenir au cours de l'opération, ou les combattre après, par la création d'une fistule stercorale.

ANUS CONTRE NATURE. — En dernier lieu, nous avons à dire quelques mots de l'anus contre nature simple. Nous avons montré dans quelles circonstances il fallait l'adopter : toute la question est donc de savoir où il doit être pratiqué. La solution suppose connu le siège de la lésion, et nous avons vu que ce diagnostic est habituellement délicat, et repose sur la sensibilité vive et localisée en un point de l'abdomen, et sur l'examen par les lavements. Dans les cas graves et urgents on ne peut se fier à des indices aussi peu précis ; il nous faut une règle de conduite commode à suivre. Pour être utile, l'ouverture doit être faite au-dessus de la sténose ; l'anus iliaque de LITRE ne convient donc qu'aux affections du rectum et de l'anse sigmoïde, mais nullement à celles du côlon. Nous avons donc le choix entre l'anus lombaire de CALLISEN, ou l'anus cæcal de E. NÉLATON.

Le premier est communément abandonné à cause de son exécution difficile par l'épaisseur des masses musculaires à traverser ; il est fort gênant pour les malades qui ne peuvent se laver et se panser eux-mêmes ; enfin il ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs de l'S iliaque. Par conséquent, dans la majorité des cas, l'anus portera sur la région iléo-cæcale ; on est à coup sûr au-dessus de la sténose de l'un des côlons, et si l'on reconnaît que le cæcum est le siège de la maladie, il n'y a qu'à attirer l'anse grêle qui vient y aboutir et à l'ouvrir. Dans ce dernier cas, il faut avoir soin de ne pas prendre la première anse grêle venue, adhérente accidentellement, mais bien la fin de l'iléon.

Suivant qu'il y a urgence ou non, l'anus est ouvert sur le champ ou le lendemain.

L'opération de l'anus artificiel est par elle-même bénigne ; malheureusement on est souvent appelé à l'exécuter pour de graves accidents d'occlusion, chez des malades déjà infectés ou cachectisés ; et dans ces conditions, il ne semble pas que la mortalité soit plus faible qu'après les résections ou les anastomoses. KÖRTE a eu 6 décès sur 20 opérés. Evidemment ces morts ne peuvent être regardées comme consécutives à l'opération, mais à la maladie. L'anus artificiel est une ressource ultime, à la portée de tous, ne nécessitant pas toujours l'anesthésie générale ; on lui doit trop de succès durables pour hésiter un instant à avoir recours à lui.

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'ANUS ET DU RECTUM

I

SÉMÉIOLOGIE DE L'ANUS

ET DU RECTUM

Bien des affections du rectum passent inaperçues parce qu'elles évoluent sans douleurs, sans troubles fonctionnels autres que des hémorragies le plus souvent rapportées à des hémorroïdes. Pour peu que le médecin accepte ce diagnostic tout fait, ou qu'il y ait coexistence d'hémorroïdes visibles à l'œil, l'affection évolue insidieusement jusqu'au jour où un amaigrissement inexplicable, une hémorragie plus sérieuse, une incontinence des matières invitent à un examen plus approfondi.

Grâce à l'*interrogatoire* qui renseigne sur les *antécédents* du malade, les *symptômes fonctionnels*, la *durée*, la *marche* de l'affection dont il se plaint, le chirurgien peut faire un diagnostic probable ; ce diagnostic est ensuite définitivement confirmé par l'examen direct.

1. LA DOULEUR. — La douleur manque rarement dans les affections du rectum. C'est souvent même le premier signe qui attire l'attention du malade et qui l'engage à consulter ; mais elle est loin d'être toujours caractéristique.

Parfois elle est *indépendante de la défécation* ; c'est une sorte de douleur sourde, de sensation de pesanteur dans le cancer non ulcéré ; le cancer est-il ulcéré, ce sont au contraire des douleurs vives, névralgiques, irradiant vers les membres inférieurs