

fice anal, puis elle est saupoudrée d'iodyme; enfin on remplit toute la dépression anale d'une poignée de gaze de Lister que l'on fixe au moyen d'un bandage en T.

Lorsqu'il s'agit d'extirper une portion étendue du rectum, l'espace dont on dispose est insuffisant, vu l'étrécissement de l'anus, et l'on est obligé de parer à cet inconvénient par une intervention préalable. Un certain espace est d'autant plus nécessaire pour opérer que le bistouri rencontre ici un certain nombre de vaisseaux (hémorroïdale inférieure, rameau superficiel de la honteuse interne, transverse du périnée, hémorroïdale moyenne et branches de l'hémorroïdale supérieure) qui peuvent donner lieu à une hémorragie abondante. S'agit-il d'un noyau carcinomateux circonscrit intéressant la partie dilatée située au-dessus du sphincter (ampoule rectale), c'est d'après le volume de la tumeur et son siège plus ou moins profond que l'on jugera si l'on peut l'extirper avec une zone de tissus sains sans autre intervention préalable. Lorsque celle-ci n'a pas été jugée nécessaire, on peut, surtout si le noyau carcinomateux est situé à une certaine profondeur, rendre accessible le champ opératoire par la déchirure sous-cutanée du sphincter (RÉCAMIER), de façon à dilater l'anus. C'est le procédé que nous avons déjà décrit comme moyen de traitement de la fissure anale; on introduit deux doigts de chaque main dans l'orifice anal, et l'on écarte fortement les bords de ce dernier en recourbant les doigts en forme de crochet (VOLKMANN). Dans nombre de cas, l'anus devient ainsi largement béant, l'intestin fait prolapsus, et l'on parvient sans peine à attirer le néoplasme au dehors à l'aide d'ériges ou de pinces de Museux. Si l'on a affaire à de petites tumeurs circonscrites siégeant plus haut, on peut se servir avec avantage du spéculum de SIMON, que l'on introduit de la manière indiquée à propos de l'exploration du rectum (§149). Ces moyens se trouvent-ils être insuffisants, on fera le long du raphé postérieur une incision s'étendant jusqu'au coccyx, et comprenant le sphincter anal. Les néoplasmes dont il est ici question, se trouvent parfois implantés par un large pédicule sur la muqueuse. Dans d'autres cas, ils recouvrent, sous forme d'écusson, une partie de la circonférence de l'intestin. Peu à peu ils s'accroissent de façon à constituer un anneau complet aux dépens de la muqueuse. On peut enlever ces tumeurs par des incisions pratiquées dans les tissus sains et dirigées soit longitudinalement, soit transversalement. Dans ce but, on les attire fortement au dehors au moyen des pinces de Museux ou d'un autre instrument analogue. Si l'on a affaire à un carcinome polypeux ou implanté en forme d'écusson sur la muqueuse, on donnera de préférence aux incisions une direction longitudinale, à cause de la facilité plus grande qui en résulte pour la suture; dans nombre de cas cependant, surtout lorsque le carcinome forme un anneau presque complet, on est obligé de faire la suture de haut en bas. VOLKMANN conseille de pratiquer le drainage de la manière suivante: la pointe d'un bistouri

est enfoncée à travers la peau, à côté du sphincter, et parallèlement à l'intestin jusqu'à la limite supérieure de la plaie; dans le trajet créé par le bistouri, on introduit un tube à drainage dont le bout inférieur sort, par conséquent, à travers la boutonnière cutanée, près du rebord de l'anus. Ce n'est qu'une fois le drain en place que l'on procède à la suture exacte de la plaie. Le tube à drainage est fixé par un point de suture aux bords de la boutonnière qui lui a livré passage. VOLKMANN conseille de suturer également le raphé postérieur dans les cas où ce dernier a dû être incisé. Lorsque la tumeur à extirper occupe la paroi postérieure du rectum, et que les deux plaies, à savoir celle de l'extirpation et celle du raphé postérieur, sont continues l'une à l'autre, c'est dans la profondeur de la dernière que l'on introduit le tube à drainage.

Lorsqu'un carcinome du rectum est compliqué d'une affection de même nature de la partie anale, ce qui est relativement fréquent, on a recours à l'**extirpation proprement dite du rectum**. Comme on n'a pas à respecter ici l'anus et le sphincter, on circonscrit ces parties par deux incisions semi-lunaires (LISFRANC); puis, à l'aide du bistouri et des ciseaux, on isole le tube intestinal du tissu conjonctif périprouctal; mieux vaut toutefois se servir simplement du doigt ou des ciseaux de Cooper fermés, lorsqu'on n'a pas à sectionner des faisceaux tendus et résistants. Après avoir divisé circulairement le muscle releveur de l'anus, on parvient à attirer le néoplasme à l'extérieur, soit à l'aide des doigts, soit au moyen d'ériges et de pinces à crochets. C'est surtout au niveau de la paroi antérieure du rectum qu'il faut user de précautions pour ne pas ouvrir le vagin et l'urètre. Si l'on a soin de suivre strictement la paroi de l'intestin et de se servir des doigts, des ongles, ou des ciseaux de Cooper fermés pour décoller le péritoine, que l'on refoule constamment en haut, on peut arriver à dénuder, chez l'homme, la prostate et une grande étendue de la vessie sans ouvrir la cavité péritonéale. Il n'en est plus de même, naturellement, lorsque le carcinome s'est propagé à travers les parois du rectum jusque dans la prostate et la vessie. On peut, chez la femme, diriger l'opération à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin. Un fois le cylindre rectal complètement isolé, on l'attire très fortement en bas, et on le divise transversalement au-delà des limites du néoplasme. Lorsque ce dernier affecte une forme annulaire et remonte très haut dans le rectum, on facilite beaucoup l'opération, une fois les parties les plus inférieures détachées, en incisant verticalement en arrière avec des ciseaux, soit l'anus seul, soit aussi le rectum jusqu'au delà de la limite supérieure du carcinome. Cependant nous déconseillons d'user de ce procédé, car il a pour effet de mettre en contact avec la plaie le liquide infect provenant du carcinome. Par contre, la résection du coccyx, dans les cas difficiles, est bien propre à faciliter notablement l'accès du champ opératoire. On peut alors péné-

trer très haut dans le bassin, et détacher les parois rectales jusqu'au delà du cul-de-sac de Douglas, bien que l'on risque beaucoup de blesser le péritoine. S'agit-il d'une petite déchirure facilement accessible, on la suture avec de la soie aseptique. La déchirure est-elle plus étendue et non accessible, on ne la réunit que partiellement, et l'on en laisse ouverte une partie que l'on met en relation avec la plaie extérieure. Le rectum attiré en bas est saisi transversalement à l'aide d'une pince à longs mors ou d'une pince à polypes, puis sectionné et réuni par des points de suture aux bords de la plaie cutanée. En avant et en arrière, et parfois aussi sur les côtés de l'intestin, on introduit des tubes à drainage dans la profondeur de la plaie et, au besoin, jusque dans la cavité péritonéale; ces drains sont fixés au bord cutané de la plaie par des points de suture, afin qu'ils ne puissent s'échapper au dehors. Les artères qui donnent beaucoup de sang, doivent être liées dans le cours de l'opération, et une fois cette dernière achevée, on procédera avec beaucoup de soin à l'hémostase. Si l'on rencontre dans le bassin des ganglions lymphatiques tuméfiés, on les enlève complètement avec la couche de tissu conjonctif qui les entoure. Dans l'extirpation des glandes rétro-péritonéales profondément situées, il se produit facilement des hémorragies dont on a beaucoup de peine à devenir maître, vu la difficulté d'accès des vaisseaux. Avant de sectionner l'intestin, on passe à travers la partie saine un certain nombre de fils forts dont on se sert pour attirer en bas le rectum. Entre les points de suture on introduit également de petits bouts de drains. Quant aux précautions antiseptiques à prendre dans le cours de l'opération, nous en donnerons plus loin la description.

Lorsque le néoplasme ne s'étend que d'un côté, on n'extirpe que la partie envahie avec une zone de tissus sains. Il y a surtout grand avantage à laisser intacte la paroi antérieure du rectum, ce qui est possible dans un assez grand nombre de cas, grâce au siège relativement fréquent du carcinome sur la paroi postérieure de l'organe. On pourra toujours, à la suite de ces opérations, attirer en bas la muqueuse saine et la réunir, par des points de suture, aux bords de la plaie cutanée. Même dans les cas où le sphincter externe a été complètement enlevé, l'occlusion est encore plus ou moins assurée par les fibres circulaires de l'intestin (sphincter tertius). Seuls les gaz et les liquides ne peuvent, parfois, être retenus, ce qui n'empêche pas le résultat opératoire d'être excellent, si l'on songe à l'état antérieur du malade, alors que le rectum était rétréci par les masses du néoplasme.

Il n'en est pas moins vrai que l'on doit évidemment tenter la conservation de l'anus et du sphincter externe, abstraction faite des cas où l'on en a reconnu l'impossibilité à cause de l'extension du néoplasme à ces parties. Veut-on en quelque sorte réséquer dans la continuité une portion annulaire du rectum au-dessus de l'anus, tout en conservant ce dernier, il est

rare que l'on puisse mener à bonne fin l'opération sans aucune incision externe, suivant le procédé, décrit plus haut, d'extirpation des néoplasmes circonscrits. Le plus souvent on se verra obligé d'agrandir l'anus et le sphincter par une incision postérieure le long du raphé; dans certaines circonstances, il sera nécessaire de pratiquer également une incision antérieure (DIEFFENBACH). Dans les cas particulièrement difficiles on a recours, en outre, à la résection du coccyx¹. Ces incisions verticales sont réunies de chaque côté par une incision horizontale destinée à séparer du néoplasme la partie saine de l'intestin, ainsi que l'anus. A l'aide d'érignes, on écarte alors les deux moitiés de l'anus ainsi séparées des parties malades, puis on isole l'anneau carcinomateux suivant le procédé que nous avons décrit à propos de l'extirpation du rectum. A la limite supérieure du néoplasme, on passe des fils à travers les tissus sains, on divise circulairement l'intestin de façon à enlever le cylindre malade, et l'on suture la partie supérieure saine avec l'anus conservé. On réunit aussi avec soin, par des points de suture, les bords des incisions antérieure et postérieure de l'anus, après avoir introduit des drains gros et courts jusque dans le fond de la plaie (VOLKMANN). Depuis des années, cependant, je suis revenu de cette pratique; je laisse presque toujours ouverte actuellement l'incision du raphé postérieur; le phlegmon stercoral est beaucoup moins fréquent dans ces conditions. Lorsque, chez la femme, la cloison recto-vaginale a été blessée ou excisée dans le cours de l'opération, on doit, autant que possible, fermer la perte de substance par une suture appropriée, puis attirer le rectum de façon à le détacher, et le diviser au delà des parties malades. C'est ici précisément qu'il importe de réunir les bords de la perte de substance, sinon il se produit facilement, dans la suite, un rétrécissement au delà du sphincter.

Dans tous les cas il est nécessaire de faire prendre à l'opéré la position demi-assise pour le traitement consécutif. C'est dans cette position en effet, que les liquides de la plaie s'écoulent le plus facilement au dehors. S'il survient de la fièvre due à la rétention des liquides sécrétés, on aura soin de nettoyer les drains avec une plume bien désinfectée, et de laver la plaie avec une solution d'acide salicylique (voir plus loin, BARDENHEUER).

1. Dans ces dernières années, KRASKE a pratiqué dans certains cas, outre l'extirpation du coccyx, la résection de l'un des bords latéraux du sacrum sur une largeur suffisante pour rendre accessibles des carcinomes considérés jusqu'ici comme opérables. Il est ainsi parvenu à enlever avec succès des carcinomes s'étendant à tout la portion supérieure du rectum et dont on pouvait à peine atteindre avec le doigt la limite inférieure. L'avenir nous apprendra si ces tentatives hardies sont réellement justifiées, et s'il ne vaut pas mieux accorder dans ces cas la préférence à la colotomie. (Voir *Berliner klin. Wochenschrift*, 28 nov. 1887).

(Note du traducteur)