

BARDENHEUER conseille d'extirper également les carcinomes situés plus haut dans le rectum, mais que l'on peut encore atteindre avec le doigt, à condition toutefois qu'au moyen de l'exploration bimanuelle on puisse, avec la main appliquée sur les parois abdominales, refouler en bas le néoplasme et constater ainsi sa mobilité. Souvent, il est vrai, après avoir pratiqué les incisions du sphincter et divisé circulairement le rectum au-dessous de la partie malade, on ne peut alors éviter de pénétrer dans la cavité péritonéale au moment où l'on s'efforce d'isoler la tumeur. On cherchera d'abord à séparer, autant que possible avec les doigts, les adhérences postérieures, on liera, à l'aide de longues pinces, les vaisseaux qui donnent du sang, et l'on attirera fortement en bas l'intestin, tout en détachant peu à peu les adhérences supérieures. Enfin l'intestin est divisé à la limite supérieure du néoplasme, puis suturé aux bords de l'incision circulaire inférieure. Ici également, on introduit un tube à drainage en avant et en arrière de l'anus; les incisions du sphincter sont, à leur tour, réunies par des points de suture,

HUETER a conseillé une opération plastique dans le but de mettre mieux à découvert les parties qu'il s'agit d'enlever. Avant de pratiquer l'extirpation du néoplasme, il détache toute la partie anale, à condition qu'elle soit saine, des tissus sous-jacents, de façon à former un lambeau musculo-cutané qui reste relié au raphé postérieur par un pédicule. Le rectum est complètement séparé de ce lambeau, que l'on renverse en arrière. Cette opération préalable a l'avantage de mettre bien à découvert le champ opératoire.

Le lambeau est formé par une incision qui commence au périnée, au point de transition entre le sphincter externe et le muscle bulbo-caverneux. L'incision transversale se recourbe en arc allongé, et prend, à la hauteur de l'orifice anal, une direction antéro-postérieure pour se terminer à environ un centimètre en arrière d'une ligne transversale passant par cet orifice. Ainsi se trouve constitué un lambeau linguiforme à base postérieure, lambeau dont les limites correspondent à peu près à celles du sphincter.

Après l'extirpation du néoplasme, la partie supérieure saine de la muqueuse rectale est réunie par des points de suture au rebord muqueux du lambeau, que l'on ramène dans sa position normale; puis les bords de l'incision qui a servi à tailler le lambeau, sont suturés à leur tour.

Cette opération est évidemment plus grave que la simple incision du sphincter; du reste, dans la plupart des cas, elle n'est pas nécessaire. Il faut avouer, cependant, qu'elle met parfaitement à découvert le champ opératoire.

L'extirpation du rectum n'est pas sans offrir quelque danger. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'opéré succomber à un phlegmon septique du tissu cellulaire pelvien et à la pyémie, abstraction faite des cas dans lesquels une péritonite primitive a succédé à l'opération. Aussi sommes-nous d'autant plus heureux de constater qu'ici encore l'antisepsie nous donne le moyen d'améliorer sensiblement les conditions de l'opéré. Un progrès a été réalisé, il est vrai, le jour où l'on eut l'idée de prati-

quer, du moins dans les opérations étendues, l'incision du raphé postérieur; celle-ci permet, en effet, de donner un libre écoulement aux liquides qui, par leur grande tendance à la décomposition putride, déterminent facilement l'infection du tissu conjonctif intra-pelvien. Néanmoins, un certain nombre de malades succombaient aux conséquences du phlegmon qui succédait encore souvent à l'opération. Quant à la **technique de l'antisepsie** dans l'extirpation du rectum, c'est surtout aux publications récentes de VOLKMANN et de BARDENHEUER que nous en sommes redevables, ainsi que nous l'avons déjà plusieurs fois rappelé dans notre description des méthodes opératoires. Nous voulons en exposer encore une fois brièvement les points les plus importants. L'opération doit être précédée d'une évacuation complète de l'intestin par des purgatifs et des lavements. Sur la table d'opération, alors que le malade est déjà sous l'influence du chloroforme, on nettoiera encore une fois avec soin le rectum à l'aide d'un irrigateur, et on le désinfectera complètement par des lavages avec des solutions antiseptiques. Quelle que soit la méthode opératoire employée, lorsqu'on est obligé d'extirper tout un segment annulaire du rectum, il faut éviter, autant que possible, d'inciser les parties infiltrées de carcinome. On doit attacher une grande importance à cette précaution, qui a pour but d'empêcher que les liquides putrides de l'intestin et de la surface du néoplasme n'arrivent en contact avec la plaie. Dans le cours de l'opération on a soin d'irriguer fréquemment le rectum avec des liquides désinfectants. Pour les lavages de la plaie elle-même, on peut bien se servir d'une solution phéniquée; mais lorsqu'on veut nettoyer l'intestin en y faisant passer de grandes quantités de liquide, dont une partie pourrait être absorbée par la muqueuse, on doit avoir recours aux solutions d'acide salicylique ou de thymol, qui ne sont pas toxiques. Tous les vaisseaux sont liés avec du catgut. Un point d'une grande importance, c'est la suture qui doit être faite avec beaucoup de soin; on introduira préalablement jusque dans le fond de la plaie un ou deux drains à travers une boutonnière de la peau, comme nous l'avons décrit antérieurement. Si le péritoine a été blessé dans le cours de l'opération, on aura soin de fermer l'ouverture par des sutures faites avec de la soie antiseptique. Quant aux ouvertures plus grandes qui ne peuvent être suturées à cause de leur situation trop élevée et des altérations que présente la partie du péritoine tapissant le rectum, elles doivent être laissées ouvertes et mises en communication avec la plaie extérieure par des drains débouchant en avant de l'anus (BARDENHEUER). Un antiseptique excellent pour les extirpations du rectum, c'est l'**Iodoforme**. L'opération terminée, on frotte la plaie avec des quantités modérées de cette substance. On devra se garder de dépasser la dose de 2 à 3 grammes chez les individus âgés et déjà très affaiblis. Presque toujours on fera bien de laisser ouvert le raphé postérieur, d'autant plus que, lorsqu'on le ferme

par des sutures, la réunion ne s'opère pas facilement ; en outre, en le laissant ouvert, on évite plus sûrement le phlegmon (voir page précédente). La tâche du chirurgien, dans le traitement consécutif, consiste à diminuer les chances d'une péritonite en donnant au malade une position fortement inclinée, en maintenant ouvertes les ouvertures des drains, enfin en lavant la plaie avec une solution antiseptique (acide salicylique), dès qu'apparaissent des symptômes fébriles. Lorsque l'opération n'a pas intéressé une grande étendue des parois rectales, on peut, tandis qu'on provoque artificiellement la constipation, appliquer un pansement légèrement compressif en remplissant la région anale de petits bourdonnets de gaze antiseptique, que l'on recouvre d'une feuille de gutta-percha, et que l'on fixe à l'aide d'une bande en T. Parfois aussi on fera bien d'introduire dans le rectum un tampon entouré de protectrice : on applique alors sur l'anus un grand carré de protectrice que l'on refoule en doigt de gant dans l'orifice anal, et que l'on bourre ensuite de gaze antiseptique. Dans les cas graves on a aussi essayé l'irrigation continue pendant les 5 ou 6 premiers jours.

Après l'extirpation du rectum, on place un ou deux drains de petit calibre dans la ligne de suture ; en outre, à travers les bords de la plaie on introduit, jusqu'au fond de cette dernière, un long tube en caoutchouc de l'épaisseur du doigt et bien désinfecté ; ce tube est fixé à la peau par un point de suture et mis en relation avec l'appareil d'instillation, qui reçoit le liquide d'un irrigateur suspendu au-dessus du lit. Le liquide, en effet, ne doit couler que goutte à goutte, ce que l'on peut obtenir soit au moyen d'un robinet, soit encore plus sûrement, suivant VOLKMANN, en intercalant dans le tuyau de l'irrigateur un tube de verre compte-gouttes (ADRIAN SCHUCKING). Le malade est couché sur un coussin à air avec une ouverture circulaire correspondant à celle du cadre à suspension de VOLKMANN ; il doit être surveillé avec soin pendant toute la durée de l'irrigation continue, c'est-à-dire pendant 4 ou 5 jours. Au bout de ce temps on coupe le tube au niveau de la peau, et l'on se contente de l'irrigation temporaire (acide salicylique).

Un symptôme désagréable à la suite de l'extirpation du rectum, c'est l'apparition d'un emphysème dans le scrotum et les parois abdominales. Cet emphysème reconnaît pour cause la pénétration de gaz intestinaux à travers la ligne de suture dans la cavité de la plaie, et de cette dernière dans le tissu cellulaire voisin, dont les mailles se laissent facilement dilater. Le plus souvent dans ces cas, les drains ne fonctionnent pas, et si l'on n'a pas soin de rétablir leur perméabilité ou au besoin d'enlever les points de suture de l'intestin et de la peau, puis d'introduire dans l'anus un gros tube à drainage destiné à assurer l'issue des gaz de l'intestin, il peut facilement en résulter un phlegmon diffus dans les parties qui sont le siège de l'emphysème.

Les malades, dans ces conditions, maigrissent, en général, rapidement. Sans qu'ils soient en proie à une fièvre intense, ils sont évidemment affectés par la résorption de substances fécales dans le sang. C'est ce que prouve, du reste déjà, l'odeur fécale particulière de l'air expiré.

La question des évacuations alvines est d'une grande importance dans

toutes les opérations qui intéressent l'anus et le rectum ou leur voisinage, et dont nous venons de donner la description. Avant l'intervention chirurgicale on soumet le malade à une diète légère, et on lui administre pendant quelques jours des laxatifs ; puis, après l'opération, on provoque pendant 8 jours la constipation au moyen de l'opium et d'une alimentation très restreinte.

## Colotomie.

§ 194. — L'ouverture d'une portion de l'intestin pratiquée dans le but de donner issue aux matières fécales dans les cas d'occlusion d'une partie du tube intestinal plus rapprochée de l'anus, est une opération relativement encore jeune. Elle a été proposée pour la première fois par LITRE chez un enfant né avec une atrésie de l'anus (1710) ; cet auteur conseillait de pratiquer une incision au-dessus du ligament de Poupart et parallèlement à ce dernier, puis de mettre l'intestin à découvert, après division des parois abdominales et du péritoine, de l'ouvrir et de le fixer à la plaie par des sutures. Toutefois l'idée de LITRE n'a été mise en pratique que plus tard par PILLORE, qui ouvrit le cœcum du côté droit chez un homme souffrant d'un rétrécissement cancéreux du rectum (1776).

Dès les premières tentatives opératoires, l'ouverture du péritoine parut trop grave aux chirurgiens, et déjà DURET, qui avait pratiqué cette opération avec succès chez un enfant affecté d'une atrésie congénitale de l'anus, essaya, du moins sur le cadavre, l'ouverture extra-péritonéale du côlon (1793) et décrit son procédé ; d'autre part, CALLISEN conseilla également la colotomie lombaire, mais sans en donner une description aussi précise (1813). En tout cas, c'est AMUSSAT qui eut le mérite de prouver la possibilité d'ouvrir le côlon descendant et le côlon ascendant en un point dépourvu de péritoine, et d'établir une méthode opératoire basée sur des recherches anatomiques.

On ne réussit pas toujours à trouver la partie du côlon descendant qui n'est pas enveloppée par le péritoine, et cependant il est souvent à désirer que l'on ouvre cette partie du gros intestin, et non pas l'S iliaque que cherchait à atteindre le procédé de LITRE. C'est ainsi que, dans un cas opéré par FINE, une incision menée verticalement de la 11<sup>e</sup> côte à la crête iliaque et divisant toutes les parties molles, rencontra le péritoine qui fut divisé également, de sorte que le côlon descendant fut ouvert dans sa partie intra-péritonéale.

Après avoir payé ce tribut à l'histoire de la colotomie, nous allons faire connaître les différentes méthodes d'établissement d'un **anus artificiel**, à savoir la **colotomie lombaire gauche** (extra-péritonéale) (CALLISEN, AMUSSAT), la **colotomie lombaire droite** (extra-péritonéale), ou l'ouverture du côlon ascendant (AMUSSAT), enfin la **colotomie ou entérotomie iliaque** ; nous réservons cette dernière dénomination à l'opération qui consiste à inciser l'intestin après ouverture de la cavité péritonéale.