

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^e 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.

Dans cette dernière opération (LITRE) on ouvre le plus souvent l'S iliaque à gauche et le cœcum à droite; dans d'autres cas on cherche à attirer dans la plaie une partie plus élevée du gros intestin, ou bien encore, au lieu d'arriver sur ce dernier, comme on le désirait, on rencontre une anse d'intestin grêle. Le mot colotomie n'est donc pas absolument exact, et l'on fera bien de le remplacer par celui d'**entérotomie** comme nous l'avons déjà fait antérieurement (§ 76). Quant à l'opération de FINE, on pourrait la désigner sous le nom de **colotomie antérieure intra-péritonéale**.

L'existence d'un anus contre nature dans les points que nous venons de mentionner, est certainement un inconvénient sérieux, bien que le malade n'en soit pas affecté autant qu'on pourrait le supposer de prime-abord. Lorsque l'anus artificiel est trop étroit, le malade, il est vrai, éprouve des désagréments analogues à ceux qui résultent d'un rétrécissement de l'anus ou du rectum; mais, à part ces cas, les évacuations alvines sont, en général, jusqu'à un certain point, sous l'influence de la volonté; le malade a la sensation de réplétion de son gros intestin, et il en chasse volontairement le contenu par l'action des muscles abdominaux. Parfois les masses fécales qui pénètrent dans la partie d'intestin située au-dessous de l'anus artificiel, sont une cause de souffrances pour le malade; ces masses en stagnation ont une tendance à la décomposition putride, et elles peuvent déterminer l'ulcération des parois de l'intestin, et même leur perforation; dans ce dernier cas une péritonite mortelle peut en être la conséquence; toutefois, ce mode de terminaison n'a été observé que dans un très petit nombre de cas. Le plus souvent, la muqueuse du bout supérieur de l'intestin fait prolapsus à travers l'orifice de l'anus contre nature. Cette partie procidente perd bientôt sa sensibilité, sa surface se dessèche, et elle peut facilement supporter la compression d'un petit ballon mou de caoutchouc, que l'on maintient fixé au moyen d'une bande ou d'un appareil analogue au bandage herniaire; tel est, en effet, le meilleur procédé d'occlusion de l'anus artificiel.

Un fait bien prouvé, c'est que les individus porteurs d'un anus contre nature, soit à la suite de la colotomie iliaque (ROCHARD), soit à la suite de la colotomie lombaire, peuvent atteindre un âge avancé sans que leur position sociale subisse une atteinte grave du fait de cette anomalie. ROCHARD mentionne particulièrement des femmes qui, affectées d'un anus iliaque, ne s'en sont pas moins mariées, et se sont acquittées de tous les devoirs qui incombent à leur nouvelle position. Sous ce rapport il est difficile de décider à laquelle des différentes méthodes opératoires il convient d'accorder la préférence. Si l'on peut épargner au malade les dangers résultant de l'ouverture du péritoine et de la possibilité de la pénétration de matières fécales dans la cavité abdominale, par une opération consistant à inciser l'intestin dans sa partie extrapéritonéale, c'est évidemment à cette dernière méthode que l'on devra s'adresser, à condition qu'elle ne soit pas trop difficile, qu'elle soit sûre et ne fasse pas courir à l'opéré d'autres dangers équivalents à ceux de l'ouverture de la cavité péritonéale. La colotomie lombaire est, sans aucun doute, plus difficile que la colotomie iliaque, car l'on est obligé de traverser une épaisseur plus grande de parties molles; en outre, la partie du colon que l'on peut ainsi mettre à découvert, est beaucoup moins étendue, sans compter que le champ opératoire est encore assez souvent rétréci par le rein situé dans le voisinage.

D'autre part, le colon ne possède pas toujours une portion extra-péritonéale; il est parfois complètement enveloppé par le péritoine qui lui fournit même un mésocolon. Au dire de van ERKELENS, AMUSSAT avait déjà rencontré des difficultés plus ou moins grandes dans toutes ses opérations de colotomie, et dans quelques cas il aurait même incisé le rein ou la capsule surrénale, croyant avoir affaire à l'intestin. D'autre part, cette opération n'exclut pas complètement la péritonite, et elle fait courir le danger d'un phlegmon septique du tissu cellulaire du bassin. Aussi doit-on, très probablement, accorder d'emblée la préférence à la colotomie iliaque chez les personnes très grasses, à cause des difficultés opératoires que présente, dans ces conditions, l'opération d'AMUSSAT. En tout cas, dans l'atrésie anale des enfants, chez lesquels la région lombaire ne donne pas un espace suffisant pour la colotomie, on fera bien d'ouvrir en avant la cavité abdominale, d'autant plus que l'opération peut être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques (Voir § 76).

§ 195. — Comme, de nos jours, l'opération peut être exécutée selon toutes les règles de l'antisepsie jusqu'au moment de l'ouverture de l'intestin, le danger de la péritonite a considérablement diminué. Aussi doit-on se demander si l'entérotomie iliaque, en raison des difficultés moindres qu'elle présente, ne sera pas considérée dans la suite comme l'opération normale. Jusqu'ici, il est vrai, c'est le contraire qui a été la règle, et les chirurgiens anglais ont pratiqué presque exclusivement la colotomie extra-péritonéale; or ce sont eux qui, d'une manière générale, ont ouvert le plus grand nombre d'intestins pour cause de rétrécissement. Aussi le nombre des cas est-il trop restreint pour que l'on puisse trancher la question des avantages relatifs de l'une et l'autre méthode opératoire. VAN ERKELENS, l'auteur de la statistique la plus récente, a réuni en tout 213 opérations, dont 126 se sont terminées heureusement et 87 fatalement. Sur ce nombre la **colotomie lombaire** (AMUSSAT) est représentée par 152 cas avec 59 morts, soit une mortalité de 38,8 0/0, et l'**entérotomie iliaque** par 61 cas avec 28 morts, soit une mortalité de 45,9 0/0. Nous ajouterons, d'après ce même auteur, que sur 89 opérations pour carcinomes de l'intestin, 54 ont eu une terminaison favorable en ce sens que le malade a survécu plus de 21 jours à l'opération (= 60,7 0/0), et 35 se sont terminées par la mort avant le 21^e jour (= 39,3 0/0); 37 opérés ont succombé déjà dans les quatre premières semaines, 14 sont morts dans les six premiers mois et 9 autres au bout de la première année; 7 seulement ont survécu plus d'une année, et l'un d'eux a même vécu 4 ans 1/2 avec son anus contre nature (ADAMS). Si nous donnons ici ces chiffres, c'est qu'ils sont certainement bien faits pour nous décider à accorder la préférence à l'extirpation des carcinomes du rectum dans les cas où le néoplasme n'a pas dépassé les limites dans lesquelles il est accessible à notre intervention. Nous espérons que les chirurgiens anglais reviendront à l'extirpation, du moins dans les formes légères de carcinomes du rectum; par contre, dans les formes graves les succès obtenus en Angleterre sont un motif suffisant