

## CHAPITRE X

## CANCER DU RECTUM

Le cancer du rectum, longtemps confondu avec toutes les indurations rectales sous la vague dénomination de squirrhosités, n'a commencé à être nettement délimité que depuis Lisfranc.

**Étiologie.** — Nous ne savons rien de précis des conditions étiologiques qui règlent son apparition; toutes les données que nous possédons sur ce point sont relatives à sa *fréquence*. — C'est ainsi que les statistiques d'Allingham nous donnent environ 1 cancer du rectum pour 40 affections de ce viscère, que celles de Curling indiquent pour le sexe masculin une fréquence plus grande (2 hommes pour 1 femme), du moins pour ce qui concerne le cancer primitif; enfin que tous les auteurs sont d'accord pour constater que le cancer du rectum s'observe surtout après 40 ans.

A côté de ces règles générales se placent des exceptions. Le cancer rectal consécutif à un cancer du col de l'utérus est beaucoup plus fréquent que le cancer primitif chez la femme; la proportion totale n'est pas loin d'égaliser celle du cancer rectal chez l'homme : 15 contre 17 (Hecker).

On a observé des cancers du rectum chez des sujets extrêmement jeunes, un enfant de 12 ans, un autre de 15, un adulte de 17 ans, et aussi chez des gens très âgés.

**Anatomie pathologique.** — 1° *Siège.* — La dégénérescence cancéreuse peut occuper tous les points du rectum; toutefois on la rencontre surtout à l'*extrémité inférieure*, 9 fois sur 15 (Hecker), et, par extrémité inférieure, il faut entendre l'anus et les 6 ou 8 centimètres du rectum qui lui font suite immédiatement. — Le cancer du rectum peut aussi siéger à la partie moyenne; le cas de Broussais en est devenu l'exemple historique; enfin relativement aux cancers de l'extrémité supérieure, il faut tenir compte des difficultés du diagnostic et penser avec Nélaton que bon nombre de ces dégénérescences sont absolument méconnues.

Lorsque le rectum est envahi secondairement après un cancer du

col de l'utérus, l'invasion débute par la région antérieure et dans la portion correspondante au col, c'est-à-dire à 10 centimètres environ de l'orifice anal.

Par rapport à la paroi rectale on distingue :

1° Le cancer *latéral* ou *partiel*; 2° le cancer *circulaire* ou en virole, types habituels du *cancer circonscrit*, et 3° le *cancer diffus* ou en *plaques disséminées*, beaucoup plus rare que le précédent.

Le cancer du rectum ne siège peut-être pas aussi souvent qu'on l'a prétendu à la partie postérieure; Allingham prétend l'avoir vu souvent débiter dans la paroi rectale au niveau de la région prostatique, et offrir alors une marche très lente.

Sans rien préjuger de la nature du cancer et sans empiéter non plus sur le terrain clinique, les *types anatomiques* auxquels il faut rapporter la dégénérescence cancéreuse du rectum nous paraissent être au nombre de quatre : 1° *végétation*; 2° *tumeur*; 3° *ulcération*; 4° *rétrécissement*.

La *végétation* néoplasique de mauvaise nature est plus ou moins nettement pédiculée, bourgeonnante, fongueuse, de consistance molle, saignant facilement.

La *tumeur* maligne n'est pas un type fréquent du cancer rectal; tantôt elle est constituée par une masse énorme de végétations, tantôt il s'agit de véritables tumeurs malignes plus rares, encéphaloïde, sarcome.

L'*ulcération* se présente plus souvent, particulièrement dans le cancer anal; comme bon nombre d'ulcérations de l'anus et du rectum, elle repose sur une base indurée, mal circonscrite, se perdant dans les tissus voisins; il n'est pas rare de la voir limitée, surtout dans le cas de cancer anal, par une de ces productions végétantes ou condylomateuses qui accompagnent souvent les ulcérations de l'anus, et dont la nature maligne ne diffère pas d'ailleurs, au cas particulier, de celle du cancer, qu'elle limite plus ou moins complètement.

Quant au *rétrécissement*, il constitue le type le plus complet du cancer rectal, l'aboutissant de la végétation ou de l'ulcération qui n'ont cessé de s'accroître et de marcher. — On a beaucoup discuté sur le degré de ce rétrécissement néoplasique : il semble à peu près démontré que ce rétrécissement peut aller jusqu'à l'occlusion complète, ou peu s'en faut, du calibre de l'intestin. Les lésions de voisi-

nage dans ce rétrécissement néoplasique ne diffèrent guère de celles qui sont observées dans les autres rétrécissements du rectum ; l'ulcération au-dessus du rétrécissement, les abcès de voisinage, les trajets fistuleux qui en sont la conséquence, n'offrent rien de spécial ; il en est de même de la *rétro-dilatation* résultant de cet obstacle.

L'évolution anatomique du cancer du rectum se résume dans les deux termes suivants : 1° *propagation* ; 2° *généralisation*.

Le plus souvent, l'affection débute par la muqueuse ; peut-être, dans quelques circonstances rares, par le tissu cellulaire sous-muqueux ; mais c'est tout ce que nous savons de cette origine. Au bout de quelque temps on voit les éléments cancéreux infiltrer toutes les tuniques de l'intestin, cheminer en progressant circulairement bien plus qu'en hauteur. — Cette propagation de proche en proche peut rester longtemps limitée aux parois rectales ; elle a peu de tendance à envahir le péritoine, au moins au début ; il est rare également de la voir s'étendre, chez l'homme, à la vessie, à la prostate, aux vésicules séminales ; mais il est plus fréquent de le voir, chez la femme, gagner le périnée, les grandes lèvres, détruire la cloison recto-vaginale, créant ainsi des fistules extrêmement pénibles.

L'extension du cancer aux ganglions lymphatiques est toujours tardive dans le cancer rectal ; elle s'observe dans les ganglions pelviens, sacrés, et jusque dans les ganglions lombaires ; peut-être est-elle plus précoce et plus rapide dans les ganglions inguinaux externes en cas de cancer anal. J'ai observé un cas de ce genre où l'adénopathie inguinale était tout à fait remarquable par sa précocité, sa longue durée (deux ans), et enfin son volume.

Les lois de la généralisation à distance du cancer du rectum sont moins bien connues ; on a observé dans ces conditions l'invasion secondaire du foie, du mésentère, des épiploons, des ovaires, du poumon.

Une dernière question nous reste à résoudre : quelle est la *nature* du cancer du rectum ?

La réponse est aujourd'hui fort nette : les tumeurs malignes du rectum le plus fréquemment observées sont d'*origine épithéliale* : *épithélioma cylindrique* au rectum, ayant son point de départ dans les glandes de l'ampoule ; *épithélioma pavimenteux stratifié, lobulé*, si le cancer a débuté par l'anus.

Les formes *carcinomateuses* sont beaucoup plus rares ; cependant

on peut observer l'*encéphaloïde* de préférence chez de jeunes sujets. Quant au *squiorrhe*, c'est une variété un peu plus fréquente, qui forme une masse dure, non végétante, et produit surtout des phénomènes de rétrécissement.

La dégénérescence gélatiniforme ou colloïde est fréquente dans l'épithélioma et le carcinome, c'est ce qui explique sans doute comment Cruveilhier avait cru que le cancer colloïde était la forme la plus fréquente du cancer du rectum.

Il nous semble bien difficile, jusqu'à ce que des études plus précises aient été faites, de séparer cliniquement de ce que nous venons de décrire, certains *sarcomes*, rares, à marche rapide, constitués par d'énormes masses dures envahissant bientôt tout le petit bassin (Esmarch), ou bien encore ces végétations noirâtres, multiples, décrites par Gross et Maier sous la dénomination de sarcomes mélaniques du rectum.

**Symptômes et diagnostic.** — Il y a, dans le tableau clinique du cancer du rectum, bien des nuances.

Le malade, avons-nous dit, a souvent passé l'âge mûr ; depuis quelques mois, il souffre de troubles digestifs vagues et mal définis : digestions pénibles, répugnance pour certains aliments, alternatives de constipation et de diarrhée ; sous cette influence se produit un amaigrissement lent, mais persistant et continu. C'est la *forme dyspeptique*.

Ailleurs ce sont des hémorrhagies intestinales qui se seront produites à plusieurs reprises, caractérisées surtout par des selles noirâtres comme de la suie, du marc de café, des matières épaisses comme de la poix, du goudron : c'est la *forme hémorrhagique*.

D'autres fois l'attention est appelée d'une manière plus nette vers le rectum par des troubles fonctionnels peu marqués au début, mais qui vont s'accroissant davantage. C'est d'abord une sensation de pesanteur dans le petit bassin, de gêne au fondement ; puis la défécation devient douloureuse, il y a du ténesme, des épreintes rectales très pénibles, parfois quelques troubles de miction ; enfin les selles s'accompagnent bientôt d'écoulements glaireux, sanguinolents. Chez quelques malades, elles se répètent toutes les deux heures, toutes les heures et plus souvent encore, la tumeur entraînant une excitation constante au niveau du rectum. Chez d'autres, le canal de l'anus ayant perdu toute souplesse tout en conservant sa perméa-

bilité, on observe l'*incontinence* des matières fécales. Le plus grand nombre est atteint d'une *constipation* opiniâtre, persistante, terminée par des *débâcles* de plus en plus éloignées.

Les *symptômes* deviennent bientôt dans ce cas ceux du *rétrécissement du rectum*, et cela (fait remarquable déjà soigneusement signalé par Nélaton) bien avant que les productions néoplasiques aient déterminé une diminution bien appréciable du calibre de l'intestin.

On a devant les yeux le tableau déjà tracé de l'obstruction intestinale lente : le ventre se ballonne; les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale distendue. Il y a des vomissements, du hoquet; et cette rétention, que viennent à peine interrompre momentanément de rares débâcles provoquées par des lavements et des purgatifs répétés, devient bientôt une indication opératoire urgente. On a pensé que l'obstruction pouvait produire un véritable empoisonnement stercoral, un *stercorémie* dont la preuve incontestable reste encore à faire.

Mais la défécation n'est plus seule douloureuse à ce moment : la *douleur* est continue, atroce, comparée à celle que produirait l'introduction d'un fer rouge, parfois limitée au rectum, mais souvent aussi irradiée dans la vessie, le petit bassin, les membres inférieurs. Elle rend impossible la position assise, oblige parfois les malades à rester des journées entières dans les positions les plus bizarres, et en a conduit beaucoup à en finir brusquement avec une existence horriblement pénible.

C'est dans ces conditions surtout que le médecin est appelé pour apporter remède à des souffrances si cruelles; et la localisation des phénomènes ne lui laisse guère de doutes sur la nature et sur le siège de l'affection.

S'il en restait encore quelques-uns, l'exploration physique les aurait bien vite levés. Jamais, en présence de l'un quelconque des tableaux que nous venons d'esquisser, le chirurgien ne doit hésiter à recourir au *toucher*, qui lui permettra seul de reconnaître la nature, le siège de l'affection, et en même temps de décider l'intervention opératoire.

Tantôt ce sera à l'orifice même de l'anus que le doigt percevra un tubercule, une induration, dont l'*inspection directe* permettra encore mieux d'apprécier les caractères.

L'étude attentive de l'âge, des commémoratifs, l'exploration des ganglions inguinaux externes, complètent par de précieuses données les résultats de l'exploration physique et serviront à distinguer facilement, en général, le *cancer de l'anus* des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques qui ont avec lui bien des points communs; cette distinction est cependant parfois assez délicate, certains *épithéliomas* de l'anus ressemblant à s'y méprendre aux ulcérations dont nous venons de parler.

Lorsque le cancer occupe le rectum, le *toucher rectal* fait constater au début une végétation assez mal pédiculée, généralement molle, fongueuse, reposant sur une base indurée, ou bien une érosion cupuliforme dont la portion centrale, plus ou moins déprimée, est environnée d'une couronne irrégulière de végétations plus dures se continuant avec la muqueuse elle-même envahie.

Plus tard, les lésions affectent la forme demi-annulaire ou annulaire; le doigt introduit dans le rectum sent le calibre de l'intestin diminuer rapidement, les parois perdre leur souplesse, tous les tissus s'indurer, se bosseler; presque toujours le doigt peut pénétrer, avec de grandes précautions bien entendu, dans l'intérieur du rétrécissement. On arrive ainsi, en cas de rétrécissement inférieur, à apprécier les limites du mal. Il est admis que l'ablation du rectum peut porter jusqu'à 8 à 10 centimètres au-dessus de l'anus sans atteindre le cul-de-sac péritonéal, et, récemment encore, il était de règle de s'attaquer seulement aux lésions dont le doigt peut bien reconnaître la limite supérieure. Des méthodes nouvelles ont permis des interventions plus hardies.

Par le toucher, on ramène presque toujours des débris sanieux, des végétations détachées de la tumeur ramollie; parfois l'exploration provoque un véritable écoulement sanguin, alors même qu'on ne s'est pas départi de l'extrême douceur qui est de règle en pareille circonstance, et sans laquelle on est exposé à produire des perforations ou des ruptures du rectum.

La *palpation abdominale*, lorsque la lésion siège très haut, le *toucher vaginal* chez la femme, quelquefois le *cathétérisme prudent* du rétrécissement néoplasique, compléteront les données que nous venons d'énumérer rapidement.

Le diagnostic du cancer du rectum, à la période que nous venons de décrire, ne présente pas de difficultés; il est plus facile encore

lorsque la dernière période est arrivée; tous les signes de la cachexie cancéreuse s'ajoutent alors à la *douleur* et aux phénomènes d'obstruction lente que nous avons passés en revue. Émaciation croissante et rapide, perte des forces, décoloration des téguments, teinte jaunâtre, thrombose douloureuse cachectique des membres inférieurs, tels sont les traits généraux de la maladie; le tableau peut encore se compliquer des signes, à évolution rapide, d'un cancer secondaire du foie, de l'estomac, de la colonne vertébrale, ou de l'extension à la vessie, à la cloison recto-vaginale, au périnée; nous ne pouvons entrer dans tous ces détails, qui modifient quelquefois très notablement la physionomie ultime du cancer du rectum.

Telle est, esquissée dans ses principaux traits, l'histoire clinique du cancer du rectum; mais que de variétés résultant de groupements divers, que de types anormaux! Quelquefois tous les signes manquent et nous ne pouvons nous dispenser de rappeler le cas si curieux de cet homme solide et bien bâti, qui vient trouver Allingham pour un certificat d'assurance sur la vie, et auquel ce chirurgien est tout étonné de trouver un cancer très accentué du rectum que n'avait trahi jusque-là aucun signe fonctionnel.

Que de fois ne verrez-vous pas encore à l'hôpital ou dans la clientèle des malades affaiblis, émaciés, souffrants, dont personne ne peut préciser l'affection et dont la déchéance organique reste inexplicée jusqu'au jour où quelqu'un, pratiquant le toucher rectal, vient, c'est bien le cas de le dire, en toucher du doigt la cause ignorée jusqu'alors!

**Marche. — Pronostic.** — Le cancer du rectum est loin d'accomplir régulièrement les diverses phases de son évolution: certaines formes, surtout les formes molles et végétantes: encéphaloïdes, épithéliomas mous, ont une marche beaucoup plus rapide et se terminent par la mort au bout de quelques mois, tandis que les formes dures se développent beaucoup plus lentement et se prolongent deux ans et quelquefois davantage. Le siège du cancer a aussi une influence très grande sur son évolution; la marche du cancer de l'anus même avec adénopathie considérable est toujours beaucoup plus modérée que celle du cancer du rectum proprement dit.

La durée des périodes de dyspepsie, de rétention intestinale, de cachexie, est très variable, suivant les formes de cancer et les sujets atteints; il s'établit, dans certains cas d'ailleurs rares, une tolérance

étonnante. Mais, à un moment donné, il semble qu'une barrière se rompe; la marche devient alors extrêmement rapide. Le traitement n'est point sans influence sur ces arrêts, ces ralentissements de la maladie.

**Traitement.** — On le divise en chirurgical et médical.

1° *Traitement chirurgical.* — Il est palliatif ou curatif.

*Curatif*, il a pour objet l'extirpation de la partie malade, et il laisse l'espoir sinon d'une guérison définitive sur laquelle on ne peut guère compter, du moins d'une rémission plus ou moins considérable et par conséquent d'une prolongation de la vie.

Jusqu'à ces dernières années tous les cancers haut situés, atteignant le cul-de-sac péritonéal, étaient considérés comme ressortissant à l'opération palliative; grâce aux procédés actuels et à l'antisepsie, cette question de hauteur est devenue négligeable. Toutefois, indépendamment des contre-indications habituelles, tirées de l'état général (cachexie, âge avancé, cancers secondaires), les néoplasmes qui ont dépassé les parois rectales, ce qui, en clinique, se reconnaît à la perte de la mobilité de la tumeur, échappent à l'intervention curative. De même, lorsqu'il y a envahissement ganglionnaire, à moins qu'il s'agisse de ganglions facilement accessibles et extirpables (ganglions inguinaux et sacrés).

La technique de l'extirpation du rectum varie suivant la hauteur du néoplasme. Pour les cancers bas situés on aura recours à la méthode de Lisfranc. La crainte des hémorrhagies, si diminuées pourtant par l'emploi des pinces à forcipressure laissées au besoin à demeure, a détourné un grand nombre d'opérateurs de l'usage de l'instrument tranchant. Ils emploient le thermo-cautère, l'écraseur linéaire ou le galvano-cautère: un chirurgien éclectique se trouvera souvent bien de l'emploi simultané de ces divers moyens, qu'il variera suivant les temps de l'opération.

Ceux-ci se résument ainsi pour l'extirpation totale: 1<sup>er</sup> *Temps.* Section au thermo-cautère, ou au moyen de l'écraseur, ou par l'anse galvanique, de toutes les parties molles, depuis le coccyx jusqu'à l'anus, intestin compris, et au besoin résection du coccyx. — 2<sup>e</sup> *Temps.* Division de la partie antérieure de l'intestin par l'anse galvanique ou l'écraseur mis en place au moyen d'un trocart passant entre l'intestin et le prostate, ou l'intestin et la paroi vaginale. — 3<sup>e</sup> *Temps.* L'intestin étant ainsi morcelé en deux moitiés latérales, on

isole chacune des deux moitiés, en commençant au niveau de l'anus par deux incisions latérales demi-circulaires et en remontant de proche en proche jusqu'au-dessus des parties malades. On emploie ici le thermo- ou le galvano-cautère. — 4<sup>e</sup> Temps. Section de chaque lambeau ainsi détaché au moyen des instruments qui assurent l'hémostase. On peut simplifier ce temps en laissant à demeure des pinces hémostatiques en T.

Quand on a réussi à enlever tout le mal, si la partie sus-jacente du rectum est mobilisable et peut être attirée jusqu'en bas, on complétera l'opération précédente par la suture à la peau du moignon intestinal; on arrivera quelquefois à combler ainsi la brèche énorme qui résulte de l'extirpation de la tumeur. Pour empêcher l'incontinence du sphincter, il sera bon de tordre le rectum de manière à déterminer dans sa cavité la production d'un repli spiroïde (Gersuny).

Lorsqu'il s'agit d'une extirpation partielle, on applique la même méthode : double section longitudinale de l'intestin, isolant latéralement la tumeur, puis dissection de cette espèce de lanière; enfin section à sa partie supérieure. Cette opération devient facile lorsque le néoplasme siège en arrière, ce qui est commun. Nous conseillons de pratiquer, dans ce cas, la section de toutes les parties molles et de l'intestin, néoplasme compris, par le procédé indiqué plus haut, puis de disséquer et de détacher au thermo-cautère, à droite et à gauche, les parties malades.

Ces opérations exposaient jadis à de graves hémorrhagies; on peut dire que cet accident est actuellement supprimé. Les inflammations de voisinage, cellulite pelvienne, phlébites, etc., et consécutivement l'infection purulente, étaient communes. Les pansements employés aujourd'hui, et ils sont infiniment simples (ce sont des pansements iodoformés), ont aussi écarté presque complètement ces complications. Mais le principal rôle revient à la désinfection préalable du rectum, cherchée par l'antiseptie interstitielle, le curettage des fongosités néoplastiques et, dans les cas particulièrement graves, par l'établissement d'un anus iliaque préliminaire. Cette opération permet en outre de profiter de l'ouverture faite à la paroi abdominale pour reconnaître d'une manière précise les limites du néoplasme et l'état des ganglions pelviens (Quénu). Reste la blessure des organes voisins : celle du vagin est quelquefois faite, de propos délibéré, pour compléter une extirpation; celle de la vessie ou de l'urèthre,

plus grave, est rarement mortelle; celle du péritoine est infiniment plus sérieuse. Dans sa thèse d'agrégation (1880), Piéchaud relève, sur 149 faits, 105 guérisons opératoires, et parmi les morts, 18 cas de péritonite. On a le droit, avec la méthode opératoire et les pansements actuels, de compter sur une proportion de guérison plus forte.

Les résultats éloignés de l'opération sont difficiles à apprécier. Sur les 105 guéris de Piéchaud, 27 auraient survécu de deux à cinq ans. Mais dans quelle situation? à vrai dire l'anus, après une semblable opération, est devenu un anus artificiel. Quelques malades particulièrement favorisés retiennent leurs matières assez bien. Le plus grand nombre les perd, dès qu'elles sont un peu fluides, ou même est atteint d'incontinence absolue.

Les opérations précédentes conviennent seules aux cancers qui occupent à la fois l'anus et le rectum et ne remontent pas trop haut dans l'intestin. On peut faire mieux lorsque le néoplasme occupe seulement la portion sus-sphinctérienne et l'on doit s'efforcer de conserver au malade le bénéfice de l'intégrité des sphincters. Deux méthodes nées en Allemagne peuvent donner ce résultat et permettent en outre d'atteindre des tumeurs de siège élevé.

La première a été imaginée par Bardenhauer. On commence par une longue incision médiane partant de la partie postérieure de l'anus et remontant derrière le coccyx et le sacrum. Ces os sont mis à nu et on résèque avec le coccyx la partie inférieure du sacrum. Par la large brèche ainsi créée on arrive facilement sur la paroi postérieure du rectum; on décolle les tissus qui l'entourent et l'on résèque entre deux pinces longues toute la portion malade; on réunit alors les deux moignons intestinaux par une suture de Lembert-Czerny, et la brèche est comblée par la suture de la peau.

L'autre procédé est connu sous le nom d'opération de Kraske. Elle est applicable aux cancers des parties moyenne et supérieure du rectum. Le coccyx et le sacrum sont découverts par une incision verticale menée à gauche et un peu en dehors des apophyses épineuses sacrées, commençant sur le niveau des épines iliaques postéro-supérieures et finissant à 1 centimètre au-dessus de la pointe du coccyx. Après section des ligaments sacro-sciatiques on désarticule le coccyx et l'on enlève avec lui la partie latérale gauche du sacrum jusqu'au troisième trou sacré. Il ne reste plus qu'à isoler la tumeur rectale

du péritoine et des tissus voisins et l'opération se continue comme dans le procédé de Bardenhauer. Si le cul-de-sac péritonéal a été ouvert, on le ferme par une suture au catgut, après la réunion des deux bouts intestinaux. Si le segment rectal qui doit être enlevé est trop étendu pour permettre de réunir les deux bouts sans difficultés et sans tiraillements, il faut renoncer à la suture des deux bouts. On enlèvera la totalité de l'extrémité inférieure du rectum, et l'on établira un anus iliaque bien préférable à l'anوس sacré. Quant au bout

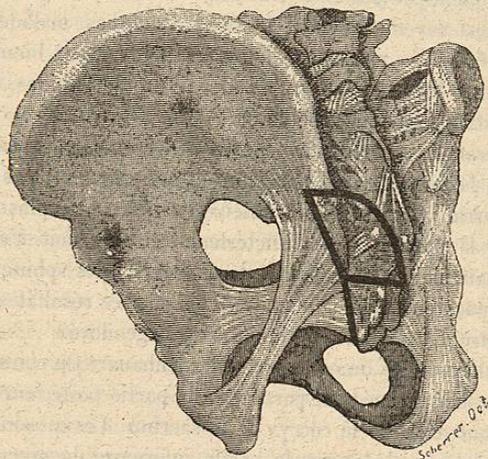


Fig. 106. — Sections de Kraske (Forgue et Reclus).

supérieur, on l'extirpera complètement par le procédé du retournement (Quénu), c'est-à-dire en l'attirant à travers l'anوس artificiel.

Quand le néoplasme siège à l'origine même du rectum (cancer recto-sigmoïdal) il faut recourir à une voie mixte, abdomino-périnéale. Par l'abdomen on libère la tumeur et la partie intra-péritonéale du rectum, puis on sectionne l'intestin et le bout supérieur suturé entre les lèvres de l'incision, constitue un anus artificiel définitif. Quant au bout inférieur sa dissection est achevée et son extirpation assurée par le périnée (Gaudier) ou par la voie sacrée (Quénu).

Les procédés d'extirpation que nous venons d'étudier ne peuvent être tentés que lorsque la tumeur est restée mobile. Lorsque le cancer, exubérant et volumineux, a contracté des adhérences avec les organes

pelviens environnants, lorsqu'il n'est plus possible de l'isoler et de le mobiliser, on se contente généralement, en France, du *traitement palliatif*. Il comporte trois opérations : le curettage des fongosités, la rectotomie, et l'établissement d'un anus artificiel.

Le *curettage des fongosités* ou leur destruction au thermocautère, lutte avantagement contre l'occlusion, les hémorragies et les écoulements infectieux. Mais ses résultats ne sont que temporaires.

La *rectotomie* a pour but de faire cesser les douleurs et les épreintes dont l'anوس est le siège dans le cancer rectal, de faciliter la sortie des matières alvines, de mettre le malade à l'abri de l'obstruction. Elle consiste dans la simple section médiane que nous avons décrite comme le premier temps de toutes les ablations. Verneuil, pour mieux assurer son effet, la fait quelquefois double, portant de chaque côté un peu en dehors de la ligne médiane. Cette opération est souvent suivie de récurrence du rétrécissement, et comme inversement elle expose à l'incontinence, l'opération suivante lui est aujourd'hui préférée.

En Angleterre, on préfère à la rectotomie, et même à l'extirpation, l'établissement de l'*anus artificiel*. Cette opération est moins dangereuse que l'extirpation; elle a l'avantage de ne pas toucher à la tumeur comme le fait la rectotomie; elle soustrait le néoplasme au contact des matières fécales, et, de ce fait, l'évolution de ce dernier se trouve sérieusement retardée. Elle met d'une manière définitive le malade à l'abri de l'obstruction intestinale. Enfin, à tout prendre, l'anوس artificiel n'est pas inférieur à l'anوس que laisse l'extirpation du rectum, et il est supérieur à celui de la rectotomie. On pratique l'anوس artificiel sur le gros intestin. Les uns préfèrent la colotomie lombaire, les autres, la colotomie au niveau de l'S iliaque. Cette dernière est d'une exécution plus facile. Faite soigneusement, à l'aide des précautions antiseptiques convenables, la colotomie n'est pas une opération grave. Les chiffres fournis par les statistiques ne répondent pas à la réalité des faits.

2° *Traitement médical*. — On ne peut songer à pratiquer une opération même palliative dans certains cancers du rectum. Les raisons ordinaires de l'abstention sont que l'évolution est trop rapide, que ces cancers sont secondaires, qu'ils s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires, qu'il y a déjà des signes non douteux de généralisation cancéreuse. Calmer la douleur, faciliter les garde-robes,

maintenir aussi longtemps que possible l'état général, voilà dans ce cas les indications à remplir.

Contre la douleur : suppositoires, mèches opiacées, cataplasmes laudanisés et surtout injections de morphine.

Contre la constipation, au début, lavements dont la canule devra toujours être introduite avec précaution; plus tard, médicaments laxatifs, et, dans quelques cas, dilatation lente, extrêmement prudente et réservée, à l'aide de bougies rectales graduées.

La médication tonique et une bonne nourriture rempliront la troisième indication.

FIN DU TOME TROISIÈME.

## TABLE DES MATIÈRES

### MALADIES DES RÉGIONS

#### COU

|                                      | Pages. |
|--------------------------------------|--------|
| Considérations anatomiques . . . . . | 4      |

#### PREMIÈRE PARTIE

##### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU

|  |    |
|--|----|
| CHAPITRE PREMIER. — Contusions et fractures . . . . .  | 2  |
| I. — Contusions du cou . . . . .   | 2  |
| II. — Fractures de l'os hyoïde . . . . .   | 4  |
| III. — Fractures du larynx . . . . .   | 7  |
| IV. — Fractures de la trachée . . . . .  | 12 |
| CHAPITRE II. — Brûlures du cou . . . . .   | 15 |
| I. — Brûlures des parties externes . . . . .   | 15 |
| II. — Brûlures du pharynx et de l'œsophage . . . . .   | 17 |
| III. — Brûlures du larynx, de la trachée et des bronches . . . . .                                   | 19 |
| CHAPITRE III. — Plaies du cou . . . . .  | 22 |
| I. — Généralités . . . . .   | 22 |
| II. — Plaies du cou non pénétrantes . . . . .  | 25 |
| III. — Plaies pénétrantes des voies respiratoires et digestives . . . . .                            | 25 |
| 1° Plaies pénétrantes de la région hyoïdienne . . . . .  | 25 |
| a. — Plaies par instruments tranchants . . . . .   | 25 |
| b. — Blessures par balles et par instruments piquants . . . . .                                      | 30 |
| 2° Plaies du larynx et de la trachée . . . . .   | 50 |
| 3° Plaies du pharynx et de l'œsophage . . . . .  | 56 |
| a. — Plaies du pharynx et de l'œsophage à l'état d'isolement . . . . .                               | 57 |
| b. — Plaies du pharynx et de l'œsophage accompagnant une lésion du larynx ou de la trachée . . . . . | 57 |
| IV. — Plaies des artères du cou . . . . .  | 59 |
| Anévrysmes diffus des artères du cou . . . . .   | 48 |
| V. — Plaies des veines du cou . . . . .  | 52 |
| VI. — Plaies des nerfs du cou . . . . .  | 57 |
| 1. — Plexus brachial . . . . .   | 57 |
| a. — Plaies et traumatismes divers des portions radiculaires du plexus brachial . . . . .            | 57 |
| b. — Plaies et traumatismes divers, portant sur le plexus proprement dit . . . . .                   | 60 |
| 2. — Autres nerfs du cou . . . . .   | 62 |