

n'infiltré pas aussi bien les tissus voisins. S'il se complique pourtant d'écoulements, de fistules, la confusion avec le cancer est très difficile à éviter. Les formes simulant le rétrécissement inflammatoire semblent se rencontrer surtout, dit QUÉNU, dans les variétés colloïdes.

3° CANCER RECTO-SIGMOÏDE. — Celui-ci est presque inaccessible à l'exploration digitale. C'est à peine si l'index introduit profondément arrive à sentir l'extrémité indurée de la masse cancéreuse. Les sensations deviennent plus nettes si l'on engage le malade à pousser et surtout si l'on s'aide du palper combiné, la main abdominale repoussant la tumeur vers le doigt rectal qui déplisse et attire progressivement les parties élevées de la muqueuse.

Pour ce diagnostic des sténoses haut situées, HOCHENEGG donne un signe qui jusqu'ici n'avait pas encore été signalé et dont nous ne pouvons apprécier la valeur. Il a trouvé le plus souvent l'ampoule rectale vide mais non contractée; bien au contraire les gaz la distendaient au maximum à tel point que les plis normaux de la muqueuse avaient disparu. De ce fait HOCHENEGG donne l'explication suivante: la sténose empêche le passage des matières, mais les gaz peuvent filtrer. Leur passage lent et continu n'excite pas assez la muqueuse de l'ampoule rectale, dont la sensibilité est d'ailleurs diminuée. La contraction réflexe ne se produisant pas, l'expulsion de ces gaz n'a pas lieu et l'ampoule se dilate de plus en plus.

CHRISTEN a cherché à contrôler la valeur de ce signe: comme HOCHENEGG il a trouvé parfois l'ampoule dilatée, mais non d'une façon constante. Le signe de HOCHENEGG est donc loin d'avoir une valeur absolue; mais il doit éveiller l'attention et faire rechercher soigneusement un cancer haut placé.

Le cathétérisme n'a jamais donné de renseignements utiles dans le diagnostic des cancers élevés: il n'en est pas de même de la rectoscopie et nous insistons sur la nécessité qu'il y a de la pratiquer dans les cas douteux.

<sup>4</sup> CHRISTEN. *Beitr. z. Kl. Chir.*, 1900, v. 27, p. 411.

La tumeur est-elle inaccessible par le rectum, c'est le palper attentif de la fosse iliaque gauche, qui en provoquant de la sensibilité ou en révélant un certain empatement, donne des éléments précieux de diagnostic. Ce sont ces caractères que l'on apprécie plus nettement encore, lorsque, le péritoine ouvert dans le premier temps de l'anus iliaque, le doigt va à la recherche des lésions.

L'*invagination chronique*, rare d'ailleurs, est souvent méconnue et prise pour un cancer. RAFINESQUE pourtant pense qu'on peut et qu'on doit la reconnaître. A part la tumeur qui existe dans 60 p. 100 des cas (TRÈVES), la douleur intermittente ou paroxystique constante, l'existence de selles muco-sanguinolentes accompagnées de ténésme, les vomissements peu abondants, le ballonnement à peu près nul complètent le tableau clinique.

Le diagnostic de tumeur maligne ne suffit pas; le chirurgien, avant de décider une intervention, doit être renseigné sur le degré d'extension du cancer, sa mobilité, l'état des organes voisins, etc...

La masse cancéreuse est-elle fixe, adhérente aux parties voisines, on se contentera d'un traitement palliatif.

Les *propagations à l'appareil urinaire* se révèlent par un ensemble de troubles fonctionnels. Le toucher montre que l'infiltration s'est étendue à la prostate, aux vésicules séminales, parfois même à la paroi postérieure de la vessie, réunissant ces organes en une seule masse et diminuant la mobilité du rectum qui se laisse difficilement abaisser.

L'*extension au sacrum* se traduit par une fixité très grande et un volume considérable de la masse néoplasique.

Les douleurs répondant aux branches du *plexus sacré* indiquent une irritation, une compression de ces nerfs par un tissu cellulaire infiltré.

Quant aux *ganglions*, s'il est facile de reconnaître l'adénopathie inguinale, il est par contre plus difficile de sentir des ganglions sacrés ou lombaires, à moins qu'ils ne soient très volumineux. Ces ganglions, et surtout les ganglions hémorrhoidaux

moyens, ne peuvent être explorés sérieusement qu'en profitant de l'incision faite dans le premier temps de l'anus iliaque.

**Pronostic.** — Le pronostic est grave comme l'est celui de tout cancer en général. Pour chaque cas particulier, il est basé sur les données d'une exploration attentive. Le néoplasme est-il peu étendu, mobile, on peut espérer un résultat favorable de l'intervention ; est-il propagé et fixe, le pronostic est fatal à plus ou moins brève échéance.

**Traitement.** — **TRAITEMENT MÉDICAL.** — Le traitement médical est ici, comme dans toutes les affections cancéreuses, absolument symptomatique. Il ne peut rien pour arrêter la marche extensive de la maladie, mais il peut, dans une certaine mesure, relever l'état général, éviter ou combattre les complications locales. Les toniques, l'arsenic, un régime alimentaire reconstituant sont indiqués.

Localement des soins de propreté très rigoureux doivent toujours être recommandés. Les bains fréquents, les lavages avec une solution antiseptique (permanganate de potasse, coaltar saponiné, eau oxygénée), permettront de lutter contre les infections si fréquentes qui viennent compliquer le cancer, causant des écoulements, des abcès, de la fièvre, des douleurs vives. Ces douleurs dues à l'irritation du néoplasme ulcéré seront encore diminuées par des pansements avec des substances anesthésiques (poudres composées de salol, quinquina, cocaïne, etc., pommades cocaïnées, belladonnées, opiacées) ; si les douleurs très vives relèvent de la compression des branches du plexus sacré par du tissu cancéreux, la morphine sera la grande ressource. On arrive ainsi à diminuer les souffrances horribles qui rendent si pénibles les derniers jours des malheureux malades.

Les hémorragies qui se produisent parfois avec une certaine intensité cèdent aux irrigations très chaudes ou très froides, amenant la vaso-constriction. L'application d'une solution concentrée d'antipyrine peut aussi rendre de grands services.

Enfin nous ne saurions trop insister sur la nécessité de sur-

veiller l'état de l'intestin, de combattre la constipation par les purgatifs légers, les lavements glycélinés, les suppositoires, pour éviter dans une certaine mesure les difficultés de défécation, les troubles dus à l'obstruction chronique.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL.** — *Indications opératoires.* — Suivant les cas, ce traitement sera palliatif ou curatif. Nous verrons plus loin la gravité encore sérieuse des opérations curatives ; on n'a le droit d'y exposer le malade que si l'on a des chances de lui procurer sinon la guérison, tout au moins une survie notable.

Ce n'est que par un examen très sérieux de l'état local et de l'état général que l'on pourra juger de l'opportunité d'une intervention radicale et du genre d'intervention que l'on doit proposer.

Au point de vue anatomo-pathologique nous avons distingué trois types de cancers : le cancer bas situé ou anal, le cancer moyen ou ampullaire, n'atteignant pas le péritoine, et le cancer supérieur qui envahit le cul-de-sac péritonéal et la partie inférieure de l'anse sigmoïde. Nous laisserons de côté les cancers siégeant sur l'anse sigmoïde proprement dite, sur le colon pelvien ; ils sont mobiles puisque l'anse intestinale est munie d'un méso, ce sont des cancers du gros intestin et ils relèvent de la laparotomie.

Pour en revenir aux vrais cancers du rectum, les néoplasmes intéressant l'anus ou l'ampoule sont accessibles au chirurgien ; les conditions sont moins bonnes dès que le péritoine est envahi. La hauteur du cul-de-sac péritonéal varie ; pratiquement une tige horizontale traversant le bassin au-dessous du coccyx passe toujours au-dessous du cul-de-sac recto-vésical ou recto-vaginal. On attachait autrefois une grande importance à l'étendue en hauteur du néoplasme. L'ablation de 8 à 10 centimètres de rectum ne pouvant se faire sans intéresser le péritoine, on considérait comme inopérable tout cancer dont l'index ne pouvait dépasser la limite supérieure. Nous ne nous laissons plus arrêter aujourd'hui par l'ouverture de la séreuse et nos indications sont moins limitées.

C'est ce qui ressort nettement des statistiques les plus récentes ; dans celle de HOCHENEGG par exemple, publiée par LORENZ<sup>4</sup>, le péritoine fut ouvert 79 fois au moins sur 133 opérations, soit dans 60 p. 100 des cas. La statistique de VON BERGMANN donne 50 p. 100.

En somme, à l'heure actuelle, presque tous les chirurgiens opèrent quand la propagation du cancer ne s'est faite que dans la direction axiale. Les avis diffèrent quand le cancer a dépassé les limites latérales du rectum.

Aussi la question de *mobilité* du néoplasme est-elle plus importante que celle de son extension en hauteur. L'index en crochet ayant dépassé la tumeur, l'abaisse-t-il facilement, c'est que le tissu cellulaire péri-rectal est indemne : l'opération sera plus facile et permettra d'espérer un résultat favorable. La masse cancéreuse est-elle fixe, adhérente aux organes voisins, on se contentera du traitement palliatif. Il faut savoir cependant que le toucher en dehors de l'anesthésie peut donner des résultats trompeurs : telle tumeur semblera mobile sous chloroforme qui paraissait fixe le malade éveillé.

*En avant*, il existe une petite loge remplie de tissu cellulaire, que limitent latéralement les aponévroses sacro-recto-génitales. C'est l'espace décollable antérieur, la loge anté-rectale. Quand le cancer l'envahit, il soude le rectum à la prostate chez l'homme, au vagin chez la femme. L'adhérence à la prostate et aux vésicules séminales est fâcheuse au point de vue opératoire, mais ce n'est pas une contre-indication absolue. On peut enlever une partie de la prostate, et ces adhérences, d'ailleurs, n'indiquent pas toujours un envahissement de la glande ; elles peuvent être, QUÉNU l'a montré, d'origine purement inflammatoire.

Chez la femme, la cloison recto-vaginale est de plus en plus serrée à mesure qu'on descend vers le vagin ; les propagations ont plutôt tendance à remonter et vont même jusqu'au col utérin. Certains auteurs regardent ces cas comme inopérables ; chirurgicale-

<sup>4</sup> LORENZ. Unsere Erfolge bei der Radicalbehandlung bösartiger Mastdarmgeschwülste, *Arch. f. klin. chir.*, 1901, v. LXIII, p. 854.

ment l'opération est possible, mais le pronostic en est très grave.

La propagation à la face postérieure de la vessie est une contre-indication absolue.

*En arrière*, l'extension au tissu cellulaire de la loge rétro-rectale donne encore une fixité plus grande ; on sent un véritable bloc soudant les parties postérieure et latérales du rectum à la concavité sacrée. L'infiltration qui se fait suivant les vaisseaux lymphatiques est surtout importante pour le chirurgien qui veut faire une extirpation complète. Suivant les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs ces lymphatiques arrivent aux ganglions sacrés et à ceux qui siègent dans la partie inférieure du mésocolon pelvien. C'est là une condition opératoire défavorable. On peut enlever facilement les *ganglions inguinaux*, mais les trainées lymphatiques intermédiaires ? d'ailleurs ils ne sont pris qu'exceptionnellement. Quand il s'agit d'*adénopathie sacrée*, on laisse fréquemment des trainées lymphangitiques infectées qui amènent rapidement la récidive. Les ganglions latéraux sont encore moins accessibles.

L'étendue de l'envahissement ganglionnaire n'est pas toujours facile à apprécier : aussi a-t-on conseillé parfois de faire une laparotomie exploratrice. On pourrait ainsi, avant de tenter l'extirpation, juger de l'extension du cancer, reconnaître ses adhérences, en particulier celles qui peuvent le réunir à des anses d'intestin grêle, ce qu'il est presque impossible de diagnostiquer autrement. La laparotomie exploratrice, sans être grave, est cependant une intervention.

Mieux vaut suivre la pratique de QUÉNU : on pratique au niveau de la fosse iliaque gauche une ouverture en vue de l'établissement d'un anus contre nature. La main introduite dans l'abdomen juge de l'état des organes, et suivant les résultats de cette opération, l'opérateur basera sa conduite : s'il juge le cancer opérable, il pratiquera un anus contre nature préliminaire, qu'il pourra fermer secondairement. Si le cancer est inopérable, l'anus artificiel sera constitué pour être définitif et l'on aura recours au traitement palliatif pour tâcher d'enrayer la marche de la tumeur.

Il faut encore penser à une autre voie de propagation, la voie

sanguine. Les relations du système veineux du rectum avec le système porte expliquent la possibilité des localisations secondaires au niveau du foie.

Enfin l'âge du sujet, son état général doivent être pris en considération avant de proposer une opération aussi sérieuse que l'extirpation d'un cancer du rectum.

**TRAITEMENT PALLIATIF.** — Il ne faut pas abandonner complètement les malheureux atteints d'un cancer du rectum inopérable, en ne leur laissant que la morphine pour les aider à diminuer leurs souffrances. Outre l'importance qu'il peut avoir au point de vue de l'état moral du sujet, le traitement palliatif chirurgical donne certainement des résultats très appréciables, en permettant de lutter contre les complications qu'entraînent le néoplasme, les douleurs, les hémorragies, les rectites, les diarrhées profuses, l'intoxication, l'obstruction intestinale.

Lorsque le cancer bourgeonne et forme une masse végétante qui remplit plus ou moins le calibre du rectum, ou lorsqu'un squirrhe ne laisse plus aux matières qu'un étroit passage, on a proposé la *dilatation* avec les bougies de Hégar. Mais les bougies contusionnent, irritent, font saigner et ne donnent guère de résultats favorables.

Le *curettage* est bien préférable : on le pratique avec une large cuiller tranchante qui abrase les végétations, absolument comme dans le cancer de l'utérus ; on cautérise la surface ainsi mise à nu et on la panse avec une poudre aseptique, celle de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE par exemple. Le calibre de l'intestin est ainsi rétabli et l'on supprime du même coup le suintement abondant et fétide que produisent les fongosités. Malheureusement ce résultat n'est que temporaire ; le néoplasme prolifère de nouveau, et au bout de deux ou trois mois le curettage est à recommencer (KUSTER). De plus, l'opération n'est pas absolument innocente : il peut se produire des hémorragies abondantes qui amènent le collapsus (ESMARCH), des perforations du rectum suivies de phlegmons, de septicémie aiguë (ROCHER) ou de péritonite (CZERNY). N'y a-t-il pas lieu d'être réservé dans l'application de ce traitement quand on voit CZESCH perdre deux de ses malades sur dix après curettage ?

La *rectotomie linéaire*, préconisée par VERNEUIL en 1874, consiste à sectionner sur la ligne médiane postérieure tous les tissus jusqu'au coccyx.

La cicatrisation se fait alors lentement et il en résulte souvent de l'incontinence ; le néoplasme après un temps d'arrêt recommence à s'accroître.

L'*anus artificiel* est de beaucoup le meilleur traitement palliatif que nous possédions. Il remédie à l'obstruction intestinale et à l'intoxication qui en résulte ; en supprimant le passage des matières sur le néoplasme ulcéré, il diminue les hémorragies, les douleurs. Il permet encore de lutter efficacement contre l'infection, d'une part préventivement, en diminuant les chances d'inoculation, et d'autre part en permettant de traiter et de désinfecter le segment intestinal atteint. La dérivation des matières une fois établie, il est plus facile de faire le curage des fongosités, de pratiquer par l'orifice de l'anus artificiel de grands lavages du bout inférieur.

Où doit-on pratiquer cet anus contre nature ? Si l'on a à traiter un cancer du rectum proprement dit, il suffira d'ouvrir le côlon iliaque ; on sera ainsi bien au-dessus de la limite supérieure du mal. Si le cancer remontait très haut et envahissait l'S iliaque, il pourrait être nécessaire d'établir un anus sur le cæcum. Mais ce ne doit être qu'une exception ; l'anus cæcal est, au point de vue du fonctionnement, bien inférieur à l'anus iliaque.

La crainte d'ouvrir le péritoine a fait préférer pendant un certain temps la *colotomie lombaire* à la colotomie iliaque. Presque tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à préférer cette dernière ; au point de vue chirurgical, c'est une opération beaucoup plus simple ; en pratique c'est celle qui donne les meilleurs résultats. Le point important, sur lequel il nous faut beaucoup insister, est la *nécessité d'établir un bon éperon*, puisqu'on veut obtenir une dérivation complète.

MADLUNG, pour répondre à cette indication de première importance, allait jusqu'à sectionner complètement l'anse intestinale, il fixait à la plaie le bout supérieur ; quant au bout inférieur il le rentrait dans l'abdomen après l'avoir soigneusement fermé par des sutures.

On peut arriver plus simplement au même résultat; on attire à l'extérieur une anse intestinale, on la fixe à la paroi par une couronne de sutures. VERNEUIL, pour obtenir un bon éperon, accolait les deux bouts en canons de fusil.

La technique de l'anüs artificiel est trop connue pour que nous la rappelions ici dans tous ses détails. Elle varie un peu suivant qu'on ouvre immédiatement ou non l'intestin. Si les circonstances l'exigent, s'il existe de l'obstruction intestinale, la colotomie doit être faite d'urgence. Incision de 8 à 10 centimètres à deux travers de doigt au-dessus de la partie externe de l'arcade crurale, à hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Après avoir incisé les téguments, les fibres et l'aponévrose du grand oblique, on tombe sur la masse musculaire que constituent les muscles petit oblique et transverse. Certains opérateurs les coupent sans hésiter; puisqu'on fait un anus définitif, il vaut mieux imiter la conduite de HARTMANN<sup>4</sup>. Au lieu de sectionner les muscles, on passe dans l'interstice de leurs fibres en écartant d'abord les faisceaux du petit oblique, puis dans une direction un peu différente ceux du transverse. Les muscles ainsi dissociés en étoile constitueront une sorte de sphincter.

Le péritoine incisé, l'index va à la recherche du côlon; il le trouve facilement si suivant la face profonde de la paroi abdominale il ramène le premier organe adhérent qu'il rencontre. C'est le côlon iliaque dont le méso est plus ou moins développé; on le distingue facilement de l'intestin grêle grâce aux trois bandes musculaires longitudinales qui courent à sa surface, grâce à ses bosselures et surtout à la présence de petits appendices graisseux épiploïques. L'intestin bien attiré au dehors est fixé par une large couronne de sutures séro-séreuses faites à la soie ou au catgut. Les points placés près du bord adhérent doivent être faits soigneusement pour constituer l'éperon.

L'intestin fixé est ouvert au thermocautère, soit par une incision, soit plutôt par une excision, sans s'approcher trop près de la ligne de sutures. Quatre derniers points fixent la muqueuse à la peau et l'opération est terminée.

<sup>4</sup> QUÉNU et HARTMANN. *Congrès de Chir.*, 1897, p. 480.

Quand rien ne presse, on peut opérer en deux temps et le procédé de MAYDL-RECLUS réduit l'intervention aux conditions de simplicité les plus grandes. Il n'est même pas nécessaire d'endormir le malade, la cocaïne suffit. Le péritoine ouvert et le côlon attiré au dehors comme à l'ordinaire, on perfore le méso-côlon près du bord adhérent de l'intestin, en ayant soin de passer dans un endroit avasculaire.

Par l'orifice ainsi créé, on fait passer une petite baguette de verre, une sonde en gomme ou même tout simplement une mèche de gaze<sup>1</sup>; l'intestin est ainsi maintenu à l'extérieur; il est en même temps coudé, ce qui assure la formation de l'éperon<sup>2</sup>. Un pansement compressif est appliqué sur l'anse intestinale ainsi herniée et en trois ou quatre jours les adhérences qui se sont établies tout autour de la plaie sont suffisamment fortes pour qu'on puisse inciser sans danger. La sonde est retirée un peu plus tard au bout d'une huitaine de jours; la partie herniée qui au début semble très volumineuse s'affaisse et bientôt on a un anus artificiel bien constitué et fonctionnant parfaitement.

Au point de vue opératoire, la mortalité de cette intervention est pour ainsi dire nulle. Au point de vue thérapeutique les résultats en sont excellents. L'état général s'améliore rapidement et l'on obtient par ce traitement palliatif des survies relativement très longues. Un malade du professeur BERGER, qui depuis plus d'un an présentait des troubles graves d'obstruction, quand on fut forcé de pratiquer un anus contre nature pour des accidents très graves, survécut onze mois à l'intervention. Un autre de MICHAUX succomba seulement au bout de trois ans à la cachexie cancéreuse<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Faure insiste sur la nécessité de fixer à la paroi abdominale la baguette ou la sonde par des bandelettes de gaze imbibées de collodion; sans cette précaution on s'expose à la voir glisser ou per mettre l'issue d'une plus ou moins grande longueur d'anse sous l'influence d'un effort quelconque.

<sup>2</sup> Il est bon pour avoir un éperon encore plus saillant de passer un ou deux fils près du méso, pour mieux accoler les deux segments de l'anse qu'on vient de couder.

<sup>3</sup> LARDENNOIS. Traitement chirurgical du cancer du gros intestin. *Thèse de Paris*, 1899.

Malgré ces bons résultats de la colotomie certains chirurgiens lui préférèrent encore l'opération radicale. Ils opèrent pour peu que l'intervention soit possible, même quand la récurrence est certaine<sup>1</sup>. C'est, disent-ils, le meilleur traitement palliatif; il n'est guère plus grave que la colotomie et il permet de débarrasser le malade d'une tumeur douloureuse, suintante, cause de cachexie (GALLET<sup>2</sup>, RHEINWALD<sup>3</sup>).

Cette opinion nous semble excessive, surtout si en présence du danger que présente l'opération radicale dans ces cas avancés on met en regard la survie moyenne des malades non opérés. Cette survie, KRÖNLEIN dans sa statistique l'évalue à 29 mois; HENCK donne à peu près le même temps. Ces chiffres ont pour nous une haute signification; on ne doit exposer le malade aux dangers du traitement radical que si ce traitement a des chances de lui donner une survie très appréciable, sinon une guérison définitive.

TRAITEMENT CURATIF. — Le traitement curatif est le véritable traitement chirurgical; il consiste dans l'extirpation complète de tout le néoplasme. C'est donc, quel que soit le procédé employé, une intervention sérieuse, à pratiquer dans un milieu plus ou moins infecté.

Pour obtenir la *guérison opératoire* deux précautions sont indiquées: 1° Il faut, par un traitement préliminaire, réaliser le maximum de désinfection du rectum; 2° Il faut enlever le rectum clos, comme une poche septique, pour éviter tout danger d'inoculation de la plaie.

La *guérison éloignée* ne s'obtient que par les ablations totales qui dépassent largement les limites du mal. Quelques cancers tout à fait limités peuvent être enlevés par de petites opérations partielles; mais il faut se méfier des opérations parcimonieuses dans le cancer, elles sont toujours suivies de récurrences à plus ou moins brève échéance.

<sup>1</sup> GENZMER et VOIGT vont même plus loin; ils opèrent même quand il existe déjà des métastases, préférant toujours l'ablation du néoplasme à la colotomie.

<sup>2</sup> GALLET. *Onzième congrès de chirurgie*, 1897.

<sup>3</sup> RHEINWALD. *Beitr. z. Kl. Chir.*, Bd 25, H. 3.

La *restauration fonctionnelle* post-opératoire ne doit donc être qu'une considération secondaire subordonnée au siège et à l'extension des lésions.

## HISTORIQUE

Ce fut LISFRANC qui en 1826 fit, par la voie périnéale, la première extirpation totale pour cancer du rectum. Il n'eut guère d'imitateurs; le danger que présentait alors l'ouverture du péritoine, la gravité des complications septiques à cette époque, firent rejeter cette intervention que des chirurgiens comme DIEFFENBACH, VELPEAU considéraient plutôt comme un exercice d'amphithéâtre. DENONVILLIERS modifia l'opération de LISFRANC en y adjoignant l'incision longitudinale postérieure; VERNEUIL fit plus encore en réséquant le coccyx. KOCHER (1874) recommanda ce dernier procédé.

Malgré tout, l'extirpation du rectum ne se faisait qu'exceptionnellement et ce fut VOLKMANN qui le premier en 1877 (*Klin. Vorträge*) vint plaider pour l'extirpation, en apportant à l'appui de sa thèse des résultats sensiblement supérieurs à ceux qu'on avait obtenus jusqu'alors. La question du traitement opératoire du cancer du rectum fut surtout discutée en 1884 au Congrès de Copenhague, à l'occasion d'un remarquable rapport dans lequel VON ESMARCH montrait à côté d'une mortalité opératoire tombée à 20 p. 100, une série de guérisons prolongées.

Les avis étaient alors très partagés et trois tendances différentes se faisaient jour: les chirurgiens français étaient partisans des opérations palliatives et à la suite de VERNEUIL préconisaient la rectotomie; les Anglais préféraient la colotomie qu'ils pratiquaient dans la région lombaire; les Allemands étaient pour l'extirpation. Ce qui faisait dire à FRANK (de DUBLIN), non sans raison, que les indications du traitement dépendaient plus de la nationalité du chirurgien que de l'état du malade.

L'année suivante (1885), au Congrès des chirurgiens allemands, KRASKE vint proposer sa méthode d'ablation par la voie sacrée. Le retentissement de sa communication fut considérable et la plupart des chirurgiens adoptèrent cette nouvelle méthode avec