

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 certaine¹. 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 (GALLET², RHEINWALD³).

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.

¹ 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.

² GALLET. *Onzième congrès de chirurgie*, 1897.

³ 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 montra 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

enthousiasme. Large voie d'accès vers le néoplasme, résection facile, résultat fonctionnel parfait, l'opération de KRASKE paraissait l'intervention idéale qui permettait de réaliser tout cela. Bientôt cependant la communication de KÖNIG¹ venait mettre une ombre à ce tableau trop beau. Elle accusait une mortalité de 33 p. 100, de très nombreuses récidives et ne se prononçait pas sur la question des résultats fonctionnels.

Au Congrès de Berlin (1890) les résultats s'améliorent. AXEL IVERSEN apporte une statistique importante basée sur 247 cas.

KÖNIG annonce que ses résultats sont meilleurs et BRYANT se déclare partisan convaincu de l'opération radicale.

Depuis, l'évolution s'est accentuée et tous les chirurgiens sont d'accord à l'heure actuelle sur ce point ; dans le cancer du rectum comme dans tout autre cancer, il faut faire l'extirpation tant qu'elle est possible. La discussion porte sur la meilleure voie qu'il convient de suivre pour aborder le néoplasme.

En France, on abandonne quelque peu l'opération de KRASKE. MORESTIN dans sa thèse² insiste sur les inconvénients de cette méthode si séduisante en apparence.

Au Congrès de Chirurgie de 1897, on voit cette tendance à revenir à la voie périnéale de LISFRANC, qui maintenant, mieux réglée, donne des résultats vraiment encourageants.

En Allemagne, à part HOCHENEGG et KRASKE, partisans exclusifs de la voie sacrée, tous les chirurgiens sont éclectiques. Les uns pourtant, comme CZERNY, GUSSENBAUER, MIKULICZ, ont des préférences pour la voie sacrée, les autres comme VON BERGMANN, KÜSTER, KOCHER, KRÖNLEIN, pour la voie périnéale.

Enfin pour les cancers haut situés, QUÉNU a préconisé la voie abdomino-périnéale suivie pour la première fois par CZERNY, puis par GAUDIER et CHALOT.

Traitement préparatoire. — Son importance est extrême et l'on ne doit jamais entreprendre l'extirpation du néoplasme sans

¹ KÖNIG. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887, p. 431.

² MORESTIN. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. *Thèse de Paris*, 1894.

avoir obtenu la désinfection [aussi complète que possible du rectum.

Il est nécessaire de purger plusieurs fois le malade pour amener l'évacuation de toutes les matières que contient l'intestin ; KRASKE soutient qu'il faut quatre ou cinq semaines pour débarrasser complètement le rectum de son contenu par des purgations. QUÉNU et HARTMANN réclament douze à quinze jours de préparation. D'autres comme HOCHENEGG nient l'action favorable des purgations répétées qui dissocient les matières.

La diète lactée, l'antisepsie intestinale n'ont pas une action bien considérable ; il n'en est pas de même des grandes irrigations rectales que recommandent BAUDOUIN et FERRIER. On les fait avec une solution de permanganate de potasse ou avec de l'eau oxygénée à 12 volumes étendue de cinq à dix fois son volume d'eau (P^r BERGER).

Tous ces moyens sont bons et donnent des résultats, mais on ne peut parvenir à une désinfection sérieuse qu'en dérivant complètement les matières au moyen d'un anus artificiel. POLOSSON¹ et presque en même temps ADAM, DURANTE, VELJAMINOFF et IVANOFF établirent l'utilité de l'anus préliminaire. QUÉNU y insiste après eux ; de même DEMONS, JULLIARD, etc., et nous ne saurions trop nous-même en faire ressortir l'importance.

Il permet de dériver le cours des matières et met le champ opératoire à l'abri du passage de ces produits septiques à la surface de la ligne de réunion. Sans lui il est impossible de désinfecter ces masses bourgeonnantes, sanieuses, toujours baignées d'un liquide purulent extrêmement septique.

L'anus établi, on peut par le bout supérieur faire de grands lavages qui passant de haut en bas agissent beaucoup plus efficacement. Enfin si la chose est nécessaire, on peut par un curage soigneux enlever les masses putrilagineuses sphacélées et arriver ainsi à une désinfection suffisante. L'anus iliaque a cet autre avantage que si les circonstances l'exigent, il peut devenir défini-

¹ POLOSSON. *Lyon méd.*, 1884 ; et LAGUATTE. De la déviation complète du cours des matières intestinales, appliquée au traitement du cancer du rectum. *Thèse de Lyon*, 1883-84.

tif et il est alors bien préférable à l'anus sacré. Il peut enfin servir au diagnostic; le chirurgien, profitant de l'incision iliaque comme de celle d'une laparotomie exploratrice pour se rendre compte de l'étendue du néoplasme, de sa mobilité, etc., et acquérir ainsi de précieux renseignements au point de vue de l'extirpation ultérieure.

Tous les chirurgiens ne pratiquent pas l'anus préliminaire; en Allemagne surtout, beaucoup d'opérateurs comme KRASKE le repoussent, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels. C'est, disent-ils, une opération surajoutée, qui, si elle est sans gravité, inquiète du moins le malade, le fatigue; plus tard, si l'extirpation a donné de bons résultats, il faudra refermer cet anus, ce qui, vu la présence d'un éperon saillant, ne se fait pas toujours sans difficulté.

L'anus préliminaire a de très grands avantages; il n'est cependant pas indispensable si l'on a soin d'extirper le rectum sans l'ouvrir. Il a de plus cet inconvénient de fixer le colon à la paroi, ce qui peut gêner plus tard l'extirpation si l'anse pelvienne est courte¹.

VOIES D'ACCÈS

On peut, d'après le siège de la tumeur, procéder différemment suivant les cas et faire l'extirpation² :

- 1° Par les voies naturelles;
- 2° Par la voie transvaginale;
- 3° Par la voie périnéale;
- 4° Par la voie sacrée;

¹ DOYEN (*Congrès de Chirurgie*, 1897) a proposé de faire une coprostase temporaire en attirant par l'incision iliaque une anse côlique au dehors et en la maintenant coudée grâce à une bandelette de gaze passée à travers le méso. Au bout de six à huit jours, on peut retirer la bandelette, la circulation des matières se rétablit, le colon rentre dans l'abdomen. Nous préférons faire franchement l'anus iliaque.

² Nous laissons de côté les voies ischio-rectale et para-sacrée qui ne nous semblent pas présenter d'avantages sur les voies périnéale et sacrée.

5° Par la voie abdominale combinée aux voies périnéale ou sacrée.

I. EXTIRPATION PAR LES VOIES NATURELLES. — Elle convient à une catégorie de petits cancers, *limités, mobiles, siégeant au niveau de l'anus*, du canal anal ou de la partie tout inférieure de l'ampoule et ne présentant pas d'infiltration profonde des parois du rectum. Leur marche est lente, les ganglions restent longtemps indemnes; on les a comparés aux cancroïdes des téguments, de la lèvre par exemple. L'intervention est alors extrêmement simple: le néoplasme se laisse attirer hors de l'anus, on l'excise et on suture au catgut la perte de substance. Si la plaque néoplasique est plus étendue, on peut suivre le procédé de HARTMANN¹: après dilatation du sphincter, on attire le cancer et l'on trace au-dessous de lui une large incision profonde, circulaire. Le bout supérieur disséqué est abaissé et sectionné au-dessus de l'anneau néoplasique. Ce bout supérieur invaginé est ensuite fixé au niveau de la marge de l'anus.

On peut obtenir par ce procédé de bons résultats, mais les indications en sont exceptionnelles, et d'une façon générale, il faut avoir recours le moins possible aux opérations limitées.

II. VOIE TRANSVAGINALE. — Elle peut convenir à certains cas de cancers limités à l'ampoule et n'envahissant pas la région sphinctérienne. DESGUINS² l'employa pour la première fois en 1890: sa conduite fut imitée par toute une série de chirurgiens, NORTON, REHN, VAUTRIN³, BRISTOW, HENRY, BYFORD, QUÉNU, WINIVARTER. GERSUNY⁴ surtout la recommande, car sur 12 cas, dont 10 pour cancer, elle ne lui aurait donné qu'un seul succès.

¹ HARTMANN. *Congrès de Chirurgie*, 1893, p. 698.

² DESGUINS. Extirpation du cancer rectal par la voie vagino-périnéale avec conservation du sphincter. *Ann. de la Société de méd. d'Avvers*, sept. 1890.

³ VAUTRIN in THOUVENIN. De la voie vagino-périnéale dans la résection du rectum. *Thèse de Nancy*, 1895-1896.

⁴ GERSUNY in J. STERNBERG. Ueber den Rectovaginalschnitt bei Mastdarmoperation. *Centralb. f. Chir.*, 1897, p. 305.

Au Congrès de chirurgie de 1897, GALLET et surtout HEYDENREICH¹ la recommandèrent chaudement.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où l'envahissement du vagin nécessite la résection de la paroi recto-vaginale. Nous voulons insister seulement sur la valeur de la voie vaginale pour aborder certains cancers limités à l'ampoule et particulièrement à sa paroi antérieure. En Allemagne, REHN² s'est fait le défenseur convaincu de la voie vaginale. Le décollement du vagin complété au besoin par deux incisions latérales et même si besoin par une section du sphincter anal sur la ligne médiane antérieure, donne un jour assez considérable.

Rarement une incision postérieure serait nécessaire. Pourquoi dans ces cas aller réséquer le sacrum ? On pourrait à ce sujet rapporter le mot de OLSHAUSEN à propos de l'hystérectomie par voie sacrée : « A quoi bon enfoncer un mur quand nous avons une porte ouverte ? »

REHN a opéré treize malades par la voie vaginale : il n'en a perdu qu'une seule, la première.

III. VOIE SACRÉE. — Le but de l'opération de KRASKE et de toutes les modifications qu'on lui a fait subir est d'atteindre directement les néoplasmes par la voie postérieure, à travers une brèche sacrée plus ou moins considérable. Anatomiquement c'est l'opération la plus logique, celle qui permet d'aborder le plus facilement le rectum, de le dénuder sur une grande étendue et d'enlever en même temps que le cancer, les ganglions de la concavité sacrée et le tissu cellulaire péri-rectal.

La méthode paraît surtout séduisante pour les cancers de l'ampoule ne remontant pas jusqu'au péritoine, ne descendant pas jusqu'au sphincter.

Le segment intestinal malade réséqué, le bout supérieur suturé au bout inférieur, on a ainsi reconstitué un rectum normal, ayant conservé à la fois ses moyens de fixité, son calibre

¹ HEYDENREICH. *Congrès de Chirurgie*, 1897, et *Sem. médic.*, 1897, p. 321.

² REHN. *Die Fortschritte in der Technik der Mastdarm operationen. Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, v. 61, p. 1009.

et son sphincter. Ce serait donc l'intervention idéale. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas ainsi en réalité ; aussi l'enthousiasme que suscita tout d'abord l'opération de KRASKE a-t-il diminué fortement en présence des résultats obtenus, car ces résultats sont beaucoup moins brillants qu'on ne l'avait fait espérer.

Étudions tout d'abord le *manuel opératoire*. Le malade a été préparé comme nous l'avons dit et nous ne reviendrons plus sur l'importance de ces soins préliminaires. On le place dans la position dorso-sacrée ou position de la taille, après avoir pris soin de glisser sous le siège un volumineux coussin de manière à bien avoir sous les yeux toute la région périnéale¹. On peut faire une incision médiane partant à deux ou trois centimètres en arrière de l'anus et remontant à peu près jusqu'au milieu de la face postérieure du sacrum ; mais le jour que donne une incision rectiligne est d'ordinaire insuffisant et l'on est obligé de lui adjoindre une incision transversale, ce qui, en définitive, lui donne la forme d'un T. Mieux vaut alors tracer une incision en U à concavité supérieure dont les deux branches suivent à peu près les bords latéraux du sacrum et du coccyx et dont le sommet se trouve à égale distance entre l'anus et le coccyx. Les téguments relevés on découvre à la rugine les surfaces osseuses et l'on résèque tout d'abord le coccyx. Il est rare que cette résection coccygienne donne un jour suffisant ; on peut alors augmenter l'étendue de son champ opératoire en désinsérant sur une plus ou moins grande étendue les ligaments sacro-sciatiques d'un côté, du côté gauche de préférence. Si ce débridement ne suffit pas, il faut alors créer une brèche sacrée. Le cul-de-sac dural descend, on le sait, à hauteur de la deuxième vertèbre sacrée ; on peut donc réséquer au-dessous de ce point une étendue plus ou moins considérable de substance osseuse. Le point de repère extérieur indiquant la limite de ce que l'on peut réséquer sans danger est la ligne qui réunit les troisièmes trous sacrés.

¹ Certains opérateurs préfèrent coucher le malade sur le côté gauche ; cette position latérale me semble moins commode que la position dorso-sacrée.

KRASKE¹ réséquait l'aile gauche du sacrum en suivant une ligne courbe qui, partie du bord inférieur du troisième trou sacré gauche, allait se terminer au niveau de la corne gauche du sacrum (voy. fig. 39).

Cette résection a paru trop large aux uns, trop étroite aux autres : de là des variantes au procédé primitif.

Les uns faisant moins, comme E. ZUCKERKANDL², se contentent de tracer une incision parallèle au sacrum, de l'épine iliaque postéro-supérieure au creux ischio-rectal, ou même, comme WÖLFLE³, de tracer une incision sacro-périnéale suivant d'abord le coccyx, puis se dirigeant en dehors et traversant le creux ischio-rectal, allant se terminer dans le périnée.

D'autres au contraire veulent se donner plus de jour : HOCHENE⁴, partant comme KRASKE du bord inférieur du troisième trou sacré gauche, va rejoindre non la corne gauche, mais la corne droite du sacrum. BARDENHEUER⁵ sectionne transversalement le sacrum au niveau des troisièmes trous et ROSE⁶ toute la partie du sacrum sous-jacente à la ligne qui réunit la partie supérieure des deux échancrures sciatiques. Cette résection du sacrum prive malheureusement le rectum d'un de ses principaux moyens de fixité. Aussi, après l'opération de KRASKE, n'est-il pas rare de voir sous l'influence de la pression abdominale le rectum mal soutenu se prolaber. C'est pour remédier à cet inconvénient que certains chirurgiens ont proposé de remplacer les résections définitives par des résections temporaires.

¹ KRASKE. Zur Extirpation hochsitzender Mastdarmkrebs. *Arch. f. Kl. Chir.*, 1886, t. XXXIII, p. 562.

² E. ZUCKERKANDL. Ueber die Blosslegung der Beckenorgane. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, p. 276.

³ WÖLFLE. Ueber den parasacralen und pararectalen Schnitt zur Blosslegung des Rectum. *Wien. Kl. Woch.*, 1889, n° 14.

⁴ HOCHENE. Die sacrale Methode der Extirpation von Mastdarmcarcinome. *Wien. Kl. Woch.*, 1888, n° 11, 12, 13, 14, 15, 16 ; et 1889, n° 26, 28, 29.

⁵ BARDENHEUER. Die Resektion des Mastdarmes. *Samml. Klin. Vorträge. Arch. f. Klin. Chir.*, 1891, t. I, p. 887.

⁶ ROSE. Die coelictomia postica. *Arch. f. Kl. Chir.*, 1896, t. IV, p. 379.

HEINECKE fait une fente longitudinale médiane sacro-coccy-

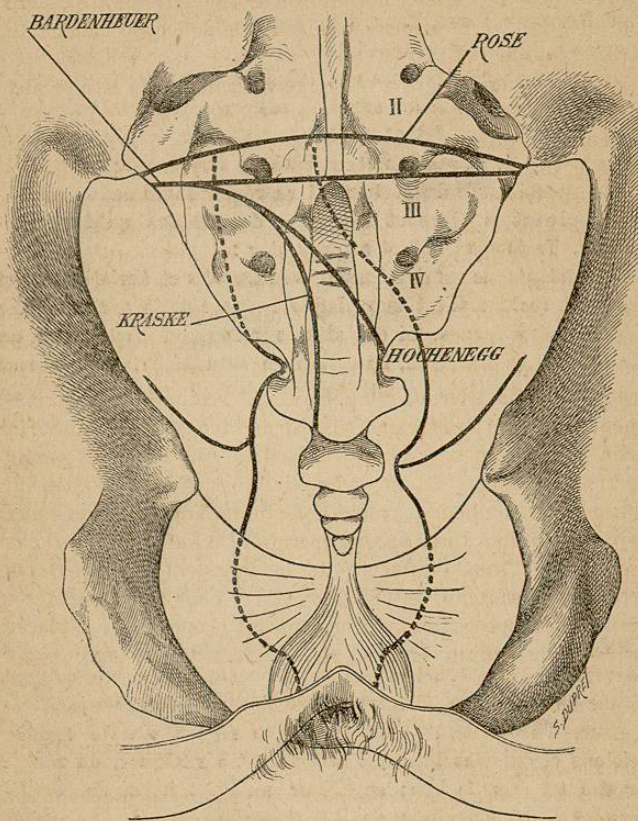


Fig. 39.

Amputation du rectum par la voie sacrée. (QUÉNU et HARTMANN, modifié.) Tracés des différentes sections du sacrum.

gienne à laquelle il ajoute une section transversale passant par les troisièmes trous sacrés. Il a ainsi deux volets qu'il écarte.

LÉVY sectionne transversalement au niveau du quatrième trou sacré et rabat en bas le triangle osseux ainsi taillé. RYDIGER, BILLROTH, REHN, ROUX, sectionnent aussi transversalement le sacrum, mais le rejettent latéralement. Ces procédés difficiles à exécuter compliquent une opération déjà longue ; ils sont parfois suivis de nécrose du segment osseux réappliqué et peu de chirurgiens les emploient à l'heure actuelle. Quel que soit le procédé choisi, le sacrum étant réséqué l'opérateur tombe sur la face postérieure du rectum. Il va régler maintenant sa conduite suivant le siège et l'étendue des lésions qu'il va rencontrer. Trois cas peuvent se présenter :

1° *Le néoplasme est de dimensions restreintes et limité à une des parois du rectum.* C'est une plaque indurée de la surface d'une pièce de deux francs. Si elle siège sur la paroi postérieure ou sur les parties latérales, l'excision en sera facile, la suture se fera dans d'excellentes conditions en prenant garde toutefois de ne pas rétrécir par trop le calibre du rectum. Si elle siège sur la paroi antérieure, on ne pourra l'enlever qu'après avoir préalablement fendu le rectum sur la ligne médiane postérieure. L'opération sera plus complexe et pour peu que l'infiltration soit un peu plus étendue, mieux vaut faire la résection de tout un segment intestinal. C'est actuellement l'avis de la majorité des chirurgiens qui de parti pris font toujours soit la résection soit l'amputation de tout rectum cancéreux.

2° *Le néoplasme tout en étant limité est étendu en largeur :* il tend à devenir annulaire. Ici la résection s'impose ; mais elle ne peut donner de résultats satisfaisants que si elle porte sur une faible hauteur. Théoriquement la technique en est simple : deux incisions circulaires limitent le segment à réséquer, on réunit par des sutures le bout supérieur au bout inférieur. Pratiquement cette suture est assez délicate à réaliser convenablement de manière à obtenir une réunion totale par première intention. Le principe fondamental est que la *suture doit se faire sans traction* ; sinon les fils coupent, le bout supérieur remonte, de graves accidents infectieux et plus tard le rétrécissement sont à redouter. Pour éviter cet inconvénient grave, on a multiplié les procédés de suture. HOCHENEGG invagine le bout supérieur dans

le bout inférieur et le suture à l'anus. MOULONGUET fait de même, mais avive préalablement le bout inférieur en le dépouillant de sa muqueuse, ce que HOCHENEGG d'ailleurs fait également actuellement. MORESTIN¹ après avoir étudié dans sa thèse si documentée tous ces procédés, conseille de supprimer 12 millimètres de muqueuse sur le bout supérieur ; sur le bout inférieur il supprime la musculature ; puis il emboîte les deux bouts ainsi préparés en suturant d'abord les musculatures puis les muqueuses. On évite ainsi la concordance des deux lignes de suture. Quel que soit le procédé employé on n'oubliera pas, la suture faite, de placer dans le rectum un gros drain entouré de gaze iodofonnée.

Après cette opération, quand la réunion s'est bien effectuée, la guérison devrait être complète. Le rectum a conservé son calibre et le sphincter resté intact assure la continence. En réalité ce résultat parfait ne s'obtient qu'exceptionnellement. Tout d'abord il est rare qu'on puisse obtenir une réunion absolument complète : il faut même, prévoyant une légère désunion possible, ne pas réunir complètement la plaie postérieure et laisser là une porte de sûreté qu'oblitére momentanément un tampon de gaze. D'autre part, l'opération de KRASKE ne met pas toujours, tant s'en faut, à l'abri de l'incontinence ; on ne supprime pas le sphincter, c'est vrai, mais on le paralyse, car la résection latérale du sacrum amène presque fatalement la section des nerfs du sphincter (MORESTIN). Un des grands avantages de la voie sacrée disparaît ainsi ; il faudrait se contenter de sections médianes, ce qui limite beaucoup les indications de la méthode.

3° *Le néoplasme est étendu :* s'il envahit la région anale, le sacrifice du sphincter s'impose ; s'il s'étend en hauteur au point de ne pas permettre l'abaissement et la suture du bout supérieur, la conservation du sphincter est inutile. L'extirpation totale est nécessaire. C'est elle que pratiquent le plus ordinairement les partisans de la voie sacrée, ne réservant la résection qu'aux

¹ MORESTIN. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. *Thèse de Paris, 1894.*

cas où l'on peut espérer conserver un sphincter continent. Le tissu cellulaire qui entoure le rectum permet ordinairement, à moins d'infiltration très étendue, de libérer le rectum en arrière et sur les côtés; on s'assure par la palpation de la limite supérieure du néoplasme, et au-dessus de ce point, car il faut faire une ablation large, on fait une section circulaire. Il est alors facile de décoller le rectum de toutes ses adhérences, de le libérer complètement *en procédant de haut en bas*. FAURE et RIEFFEL¹ insistent avec raison sur ce point: cette manière de faire facilite beaucoup l'opération.

L'extirpation terminée, si le segment intestinal réséqué est très long, il est impossible de l'abaisser suffisamment pour le suturer au périnée, à la place de l'anus normal. On est alors obligé d'établir un anus artificiel dans la région coccygienne ou dans la région sacrée. Mais cet anus sacré a de nombreux inconvénients. Au point de vue opératoire, il peut être difficile à pratiquer quand le bout supérieur ne se laisse pas abaisser: les sutures tiraillent, les fils coupent; il en résulte des dangers d'infection, dangers d'autant plus graves que la brèche a été plus large et que le péritoine a pu être intéressé. Si la réunion se fait dans de bonnes conditions, d'autres inconvénients sont à craindre: c'est le rétrécissement cicatriciel de l'orifice artificiellement créé, ou si cet orifice est large, le prolapsus du segment intestinal que la résection du rectum a privé d'un de ses principaux moyens de fixité. La continence n'existant plus puisqu'on a supprimé le sphincter, la situation de l'anus sacré rend difficiles les soins de propreté et gêne le port d'un appareil de contention. L'anus sacré est donc à tous points de vue inférieur à l'anus iliaque; il donne de mauvais résultats fonctionnels malgré toutes les pelotes et tous les bandages.

L'anus iliaque, préalablement établi ou non, deviendra donc dans ces cancers étendus extirpés par la voie sacrée, un anus définitif. Que faire alors de la partie de colon pelvien sous-jacente à l'anus iliaque? Il est facile de la laisser en place, en

¹ FAURE et RIEFFEL. *Traité de chirurgie*.

abouchant son orifice inférieur au sommet de la plaie sacrée; il en résulte une fistule et c'est encore un inconvénient de plus. Pour éviter l'extirpation de ce segment par la voie abdominale, opération grave, QUÉNU a proposé le procédé très ingénieux *du retournement* qu'il a pratiqué trois fois déjà avec succès¹.

Après section du rectum entre deux solides ligatures et ablation complète du segment inférieur cancéreux, on introduit par l'orifice de l'anus iliaque une longue pince flexible, qui va chercher l'extrémité en cul-de-sac du segment supérieur. En retirant la pince on retourne comme un doigt de gant tout ce segment, plus ou moins facilement suivant sa longueur et le travail de libération préalable. Une pince clamp est alors appliquée à sa base et provoque en six ou huit jours le sphacèle de toute la portion extériorisée dont on peut d'ailleurs réséquer immédiatement la plus grande partie².

IV. VOIE PÉRINÉALE. — La voie périnéale de LISFRANC a été plus ou moins modifiée par les différents opérateurs qui tour à tour l'ont préconisée pour l'extirpation des cancers du rectum. Je citerai DENONVILLIERS, VERNEUIL, KOCHER, etc...

À part certains cas relativement exceptionnels, où le néoplasme étant limité on peut l'extirper sans intéresser le sphincter, soit par une incision médiane postérieure ano-coccygienne (VELPEAU, TERRIER), soit même par une longue incision antéro-postérieure de la fosse ischio-rectale (MICHAX), à part ces cas, disons-nous, tous les procédés comportent l'*amputation* du rectum y compris la région sphinctérienne.

Il en est de même pour toute tumeur cancéreuse même peu étendue qui occupe la région anale. Elle est justiciable également d'une amputation haute, car nous savons avec quelle facilité les injections poussées dans les lymphatiques de l'anus

¹ QUÉNU. *Bull. Soc. Chir.*, 24 février 1897.

² QUÉNU a encore simplifié cette technique. Avant de sectionner le rectum, une sonde flexible est introduite par l'anus iliaque. Sur cette sonde, on lie fortement l'intestin, puis on sectionne le tout. Il ne reste plus qu'à tirer sur la sonde, après avoir aseptisé la surface de section pour amener le retournement.

passent dans le réseau lymphatique de la muqueuse ampullaire et gagnent les ganglions ano-rectaux.

C'est en se basant encore sur ces recherches anatomiques que nous insistons sur la nécessité *d'isoler le rectum en passant en dehors de sa gaine fibreuse*. On est certain d'enlever ainsi les troncs lymphatiques et les chaînes ganglionnaires qui suivent les branches terminales de l'artère hémorroïdale supérieure ; or ces ganglions doivent être les premiers et les principaux atteints lorsqu'il existe une ulcération de la région ano-rectale.

QUÉNU a fait beaucoup pour l'adoption de la voie périnéale en France, et dans un mémoire paru en 1898¹ il a réglé minutieusement les différents temps de cette opération. Nous avons suffisamment insisté sur le traitement préparatoire pour n'avoir plus à y revenir ici. Au point de vue opératoire, deux préceptes doivent absolument être mis en relief, et QUÉNU a eu le grand mérite d'en montrer toute l'importance :

1° *Il faut enlever le rectum sans l'ouvrir en le considérant comme une poche extrêmement septique ;*

2° *Il faut disséquer méthodiquement la face antérieure ou face dangereuse du rectum.*

Le malade est placé dans la position de la taille, le siège sur un coussin ou débordant la table d'opération. On commence par fermer l'anus par une solide suture en bourse après avoir touché au thermocautère la muqueuse anale.

1^{er} temps. — *Incision.* — Autour de l'anus, à un travers de doigt de l'orifice on trace une incision ovale que l'on prolonge en avant jusqu'à la racine des bourses, en arrière jusqu'à la base du coccyx². On reconnaît les fibres sphinctériennes que l'on dissèque jusqu'à ce qu'on aperçoive celles des releveurs.

2^e temps. — Il consiste dans la dénudation et la désarticulation du coccyx ; on ouvre ainsi largement l'espace décollable postérieur³.

¹ QUÉNU et BAUDET. *Revue de Gynécologie*, n° 4, sept.-oct. 1898.

² Certains font l'incision *paracoccygienne* ; la réunion se ferait mieux qu'avec l'incision médiane.

³ Quénu préfère ouvrir d'abord l'espace antérieur. Je trouve plus facile de sectionner d'arrière en avant les muscles releveurs.

La libération de la face postérieure du rectum est poussée aussi loin que possible, en s'attachant à dénuder la *face antérieure du sacrum* ; on évite ainsi l'ouverture du rectum et l'on enlève avec le tissu cellulaire pré-sacré les ganglions lymphatiques qu'il renferme.

3^e temps. — Section latérale des releveurs de l'anus et des aponévroses sacro-recto-génitales d'arrière en avant et de bas en haut. Pour cette section, l'aide attire le rectum en avant, le doigt charge pour ainsi dire le muscle, et sur ce doigt on sectionne à petits coups faisceaux musculaires et aponévrotiques, autant que possible assez près du rectum. On peut avant chaque section placer préalablement une pince ; la chose est loin d'être indispensable. On a respecté la partie antérieure du muscle, si bien que maintenant l'extrémité inférieure du rectum dégagée en arrière et latéralement ne tient plus que par deux faisceaux antérieurs conservés.

4^e temps. — Incision du raphé ano-bulbaire et décollement de la face antérieure. Le rectum est attiré fortement en arrière et l'on voit se dessiner la saillie des faisceaux antérieurs des releveurs. Ils limitent latéralement la loge pré-rectale, où l'index pénètre en effondrant le tissu cellulaire et en séparant le rectum d'une part, de la prostate et des vésicules séminales ou du vagin d'autre part. Profondément on aperçoit une bosselure. C'est le cul-de-sac péritonéal. Les piliers antérieurs du releveur sont alors sectionnés et on lie latéralement les vaisseaux hémorroïdaux moyens.

5^e temps. — Ouverture du péritoine, dont on pince la tranche. Le mésocolon pelvien apparaît ; la section en est assez délicate.

Attirant le rectum alternativement à droite et à gauche on pince et l'on sectionne la lame correspondante du méso, aussi près que possible de la paroi rectale en faisant au fur et à mesure l'hémostase des branches de la mésentérique inférieure. On abaisse 15, 20, 30 centimètres d'intestin et plus jusqu'à ce qu'on dépasse la limite du mal pour que la suture puisse se faire sans tiraillement.

6^e temps. — Le péritoine est suturé à la face antérieure de l'intestin ; on suture de même entre eux les débris des releveurs.

La plaie ayant été soigneusement bourrée de gaze, le rectum fendu de bas en haut, est vidé, lavé, puis incisé circulairement bien au delà des limites de la tumeur. On le suture un peu en avant de l'angle postérieur de la plaie ; on ferme l'incision postérieure, on rétrécit l'antérieure et on draine l'espace antérieur.

Si le cancer adhère à la prostate, après avoir introduit dans l'urètre un cathéter on pourra, sans crainte de blesser le canal, ainsi bien mis en évidence, enlever par tranches le tissu prostatique suspect et pratiquer, si besoin, l'ablation des vésicules séminales. Cette pratique est acceptée par de nombreux chirurgiens (KRASKE, HOCHENEGG, MIKULICZ, CZERNY, QUÉNU).

Quand la *vessie* est envahie, certains opérateurs n'hésitent pas à la réséquer (BARDENHEUER, NÜSSBAUM, SIMON), mais la plupart s'abstiennent (VERNEUIL, VOLKMANN, QUÉNU, KRÖNLEIN).

Chez la femme, l'extirpation du rectum cancéreux se fait suivant les mêmes règles ; la dissection de la paroi antérieure dangereuse chez l'homme, est ici beaucoup plus facile puisqu'on ne risque d'intéresser aucun organe essentiel et qu'on peut se guider sur le doigt placé dans la cavité vaginale. Quand le vagin est envahi on peut le réséquer très largement (CZESCH) ; on peut même enlever l'utérus (HOCHENEGG). QUÉNU, tout en adoptant cette conduite, insiste sur la gravité du pronostic dans ces cas.

V. VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE OU ABDOMINO-SACRÉE. — Le néoplasme s'étend au colon pelvien ; il est difficile de l'atteindre par la voie périnéale, même en s'aidant d'une résection plus ou moins étendue du sacrum. La laparotomie semble la dernière ressource que nous possédions.

Nous ne parlons pas des cancers limités au colon pelvien ; ce sont des cancers du gros intestin qui comme tels relèvent de la laparotomie seule, il n'y a pas de discussion sur ce point. Mais pour les cancers recto-sigmoïdes, c'est à une méthode mixte, à la laparotomie combinée à la voie périnéale ou à la voie sacrée qu'il faut avoir recours. CZERNY fut le premier à pratiquer cette opération, mais c'était par nécessité. Le premier qui intervint ainsi de propos délibéré fut GAUDIER ; CHALOT en 1896 imita son

exemple et fut suivi par BÖECKEL et GIORDANO BRUNO. QUÉNU surtout s'est attaché à perfectionner la méthode, et à la Société de chirurgie, il vint en 1896¹ préconiser « l'extirpation abdomino-périnéale du rectum cancéreux ». Il est revenu sur ce sujet dans d'autres publications², et voici la technique qu'il conseille de suivre, en se laissant guider par ces deux idées directrices : l'asepsie réalisable et l'hémostase parfaite.

Dans un premier temps, après laparotomie médiane, on fait la ligature préalable des deux artères hypogastriques³. On fait ensuite (2^e temps) la libération de l'anse sigmoïde et la création d'un anus artificiel au niveau de la fosse iliaque gauche ; puis (3^e temps) on amorce la libération rectale en incisant le méso-côlon pelvien et en dénudant la face antérieure du sacrum.

Le 4^e temps n'a rien de spécial et consiste dans l'extirpation périnéale du bout inférieur bien clos qu'on vient de libérer. L'opération est relativement facile chez la femme, beaucoup plus laborieuse chez l'homme où les dangers d'infection sont plus nombreux (bassin plus étroit, adhérence de la prostate). Le pronostic, nous le verrons plus loin, est d'ailleurs infiniment plus grave chez ce dernier.

RÉSULTATS

Les différentes méthodes que nous venons d'examiner ont chacune leurs indications spéciales, et dans certains cas les conditions anatomiques imposent la voie à suivre. Tel cancer envahissant l'anus sera enlevé par la méthode périnéale, tel autre haut situé ne pourra être atteint que par l'abdomen ; le Kraske semble convenir à un cancer limité de l'ampoule avec intégrité de la région ano-sphinctérienne.

Mais le plus souvent ce n'est pas ainsi que la question se pose ; dans la plupart des cas le cancer peut être opéré aussi bien par

¹ QUÉNU. *Soc. de Chir.*, 4 nov. 1896.

² QUÉNU et HARTMANN. *Congrès de Chir.*, 1897 ; et QUÉNU. *Bull. de Soc. Chir.*, 29 juin 1897 ; et *Congrès de Chirurgie*, 1898.

³ Pour la technique de cette ligature voir QUÉNU et DUVAL. *Revue de Chirurgie*, 10 nov. 1898.