

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.

la voie périnéale que par la voie dorsale et c'est en somme entre ces deux méthodes qu'il faut choisir. Les difficultés opératoires ne sont pas un argument à mettre en cause ; elles sont à peu près les mêmes dans les deux cas. Il vaut beaucoup mieux nous baser sur l'étude des résultats.

I. Résultats opératoires. — Ces résultats sont difficiles à apprécier, tant ils sont variables suivant les cas, suivant la résistance des malades, l'habileté du chirurgien, la technique opératoire.

A. ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DE L'ACTE OPÉRATOIRE. — Accidents locaux immédiats. — Ils tiennent surtout à l'infection. Malgré un traitement préparatoire des plus minutieux, « on n'arrive jamais à désinfecter un rectum, on atténue sa septicité ». (QUÉNU.) Pendant l'opération il peut arriver, malgré tout le soin que le chirurgien apporte à enlever le rectum clos, qu'une petite fissure se produise et laisse échapper un peu du contenu septique.

Enfin il n'est pas rare, dans les jours qui suivent l'intervention, de voir l'infection se produire au niveau des sutures ou des parties qu'on avait simplement tamponnées.

Quand l'infection locale est réduite au minimum, elle consiste en un peu de *lymphangite* ; au voisinage de la plaie la peau rougit, s'œdématie, quelques fils manquent, de petits foyers purulents s'ouvrent à l'extérieur, mais bientôt tout rentre dans l'ordre et la cicatrisation se fait normalement.

Parfois au contraire des *phénomènes phlegmoneux diffus* se déclarent ; le soir même de l'opération ou les quelques jours qui suivent, la température monte à 39, 40 degrés ; les douleurs, les vomissements apparaissent. La peau est tendue, d'un rouge sombre avec des marbrures bronzées ; en certains points on perçoit un peu de crépitation et la sonorité à la chiquenaude indique la présence de gaz dans le tissu sous-cutané. La plaie présente un aspect terne, grisâtre, et exhale une odeur fétide. C'est un véritable phlegmon diffus ; il se fait dans les mailles du tissu conjonctif périrectal, en particulier dans la concavité sacrée, une

infiltration de liquide sanieux ou de pus concret. Il y a des phénomènes généraux graves, torpeur, abattement, somnolence, le teint est plombé, terreux, grisâtre et le malade succombe soit à la toxi-infection, soit à une complication secondaire, péritonite ou broncho-pneumonie.

Quand on voit ce mauvais aspect de la plaie, cet état général grave, il n'y a pas un instant à perdre ; sans se préoccuper de ce que sera l'avenir au point de vue fonctionnel, il faut immédiatement faire sauter les points de suture, débrider largement et laver à l'eau oxygénée. Ce n'est que par ce traitement énergique que l'on a quelque chance encore de sauver son malade. Les accidents d'infection locale n'ont pas toujours cette gravité et cette marche suraiguë. Suivant la résistance du sujet et le degré d'infection, on note tous les intermédiaires entre la lymphangite simple et la cellulite pelvienne diffuse.

La *péritonite* est une complication grave. Elle peut être *primitive*, succédant à une infection directe du péritoine ouvert pendant l'opération et se développant rapidement avec frissons, douleurs, vomissements, ballonnement du ventre.

Elle peut être *secondaire*, compliquant des accidents d'infection diffuse, elle est alors plus insidieuse, se fait sans grande réaction péritonéale, le malade étant déjà trop profondément infecté pour réagir. Enfin dans quelques cas elle succède à la gangrène de l'intestin abaissé.

La *gangrène* survient, disent QUÉNU et HARTMANN¹, à deux époques différentes et selon deux mécanismes. La vitalité du bout intestinal étant nulle ou à peu près, son extrémité se flétrit dès les premiers jours et s'élimine tout de suite, c'est la gangrène immédiate ou primitive ; dans l'autre cas, le sphacèle est secondaire, parfois tardif ; le bout intestinal qu'on a suturé jouissait d'une vitalité suffisante dans les conditions normales, c'est-à-dire sans infection des tissus ; une infection, même légère (et elle est inévitable), survient au bout de quelques jours, les éléments anatomiques, d'une nutrition médiocre, sont impuissants à lutter et à réparer, ils succombent.

¹ QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, t. II, p. 316.

On n'observe plus qu'exceptionnellement, à l'heure actuelle, des *hémorragies* à la chute des escarres.

Accidents locaux tardifs. — La plaie s'est désunie, la réparation va se faire ; tout d'abord elle marche vite et l'on est surpris de voir avec quelle rapidité se combrent des brèches qui semblaient énormes au début. Mais peu à peu ce travail de réparation devient plus lent, la cicatrisation complète ne se fait qu'avec une lenteur désespérante. QUÉNU attribue à l'infection secondaire cette *lenteur de cicatrisation*.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où la suppuration est entretenue par des *éliminations de parcelles osseuses*, comme il arrive si souvent à la suite d'opération de KRASKE, ou même de lambeaux aponévrotiques dénudés et mal nourris. Les fils de soie donnent lieu également à des fistules ; aussi est-il indiqué, pour toutes ces opérations portant sur le rectum, de préférer le catgut.

Ces suppurations prolongées, ces cicatrisations lentes amènent à la longue la production de tissu fibreux plus ou moins dense et ainsi se trouve formé un *rétrécissement cicatriciel*.

Dans d'autres cas au contraire, quand les moyens de fixation, en particulier les releveurs, n'ont pu être conservés, c'est le *prolapsus* qui se produit. Il est surtout fréquent à la suite des opérations par la voie sacrée.

Complications générales. — Les complications d'ordre général qui succèdent aux opérations sur le rectum sont aussi, pour la plupart, causées par l'infection.

Nous avons parlé des phénomènes généraux graves qui accompagnent les accidents inflammatoires diffus et nous avons vu que la mort arrivait alors par suite de la *toxi-infection générale*. On observe parfois des phénomènes de *pyohémie*.

Le *collapsus cardiaque*, souvent observé, n'est bien souvent aussi qu'une manifestation de l'infection générale. Nous savons qu'il faut attribuer à la même cause la plupart des *complications respiratoires*, pneumonies, bronchites, embolies pulmonaires.

WOLFF¹ signale après les opérations rectales l'apparition assez fréquente de délire. Ce *délire post-opératoire*, parfois aigu et pris pour du délirium tremens, est plus souvent un délire calme et de peu de durée (on l'a vu pourtant persister pendant deux ou trois semaines). On ne peut penser à l'intoxication iodoformée puisqu'il se produit même après emploi de gaze aseptique. LEXER, qui le premier l'a signalé, l'attribue à l'action toxique du *bacterium coli* et en fait une forme atténuée d'infection. Nous partageons son opinion sur ce point. WOLFF pense aussi que la résorption de matériaux toxiques provenant des matières fécales peut être incriminée.

Nous n'insisterons pas sur les autres complications, cystite, pyélite, decubitus acutus, marasme, cachexie. On les trouve relatées dans toute une série d'observations. Ce sont des complications du cancer et non de l'acte opératoire lui-même.

Avant d'aborder l'étude de la mortalité opératoire, disons que dans une certaine mesure toutes ces complications peuvent être évitées et résumons en quelques mots les préceptes opératoires dont l'observation rigoureuse diminuera de plus en plus ces accidents.

1° Le traitement préparatoire a une grande importance ; le rectum doit être vide et désinfecté aussi soigneusement que possible.

2° Le rectum sera enlevé comme une poche close.

3° Il faut opérer à sec et opérer aseptiquement.

4° L'hémostase devra être aussi complète que possible, de façon à ce qu'il ne se produise aucun suintement.

5° Après l'opération, pansement sec, mais bien se garder de fermer l'intestin ; un drain entouré de gaze permettra l'écoulement facile des liquides et des gaz.

B. MORTALITÉ OPÉRATOIRE. — La mortalité opératoire est énorme dans les statistiques qui se rapportent à la période préantiseptique.

Elle varie de 40 à 50 p. 100 (ROSE, 53 p. 100 ; BILLROTH, 39 p. 100).

¹ H. WOLFF. Ueber die Radicaloperation des Mastdarmkrebses. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, v. 62, p. 232.

Actuellement elle est encore considérable, mais les résultats tendent à s'améliorer de jour en jour. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter soit à la thèse de FINET¹, parue en 1895, soit au remarquable rapport que KRÖNLEIN² a présenté l'an dernier au 29^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. FINET a rassemblé 375 observations pour lesquelles il compte en bloc 60 morts opératoires, soit 15 à 20 p. 100 de mortalité moyenne. KRÖNLEIN a recueilli les résultats des onze cliniques allemandes dont les professeurs sont membres de la Société, et sa statistique comprend tous les cas qui y ont été observés depuis 1873 jusqu'à 1899. Elle a par suite une valeur considérable.

Au point de vue de la mortalité opératoire, voici les chiffres rapportés par KRÖNLEIN :

EXTIRPATIONS DE CANCER DU RECTUM
Résultats immédiats.

| OPÉRATEURS | TEMPS | NOMBRE DE CAS OBSERVÉS | NOMBRE DE CAS OPÉRÉS | MORTALITÉ | |
|-------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------|--------|
| | | | | totale | p. 100 |
| 1. Kocher. | 1873-1899 | ? | 35 | 10 | 28,5 |
| 2. König. | 1878-1890 | 120 | 96 | 31 | 32,5 |
| 3. Czerny. | 1878-1891 | 152 | 109 | 11 | 10,0 |
| 4. Krönlein. | 1881-1899 | 110 | 63 | 7 | 11,1 |
| 5. Gussenbauer. | 1882-1896 | 259 | 145 | 33 | 22,7 |
| 6. V. Bergmann. | 1883-1888 | ? | 46 | 5 | 11,3 |
| 7. Madelung et Garré. | 1883-1899 | 115 | 53 | 10 | 19,0 |
| 8. Kraske. | 1883-1896 | 110 | 80 | 15 | 18,7 |
| 9. Küster. | 1885-1898 | 126 | 95 | 24 | 25,2 |
| 10. Hochenegg. | 1887-1897 | ? | 93 | 8 | 8,6 |
| 11. V. Mikulicz. | 1890-1897 | 109 | 66 | 17 | 25,7 |
| | | | 881 | 171 | 19,4 |

¹ FINET. De la valeur palliative et curative de l'exérèse dans le cancer du rectum. *Th. de Paris*, 1895.

² KRÖNLEIN. Ueber die Resultate der Operation des Mastdarm-Carcinoms. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, v. 61, p. 589.

Donc sur 881 opérés 171 sont morts à la suite de l'opération, soit 19,4 p. 100, ce qui est bien près de la proportion de 20 p. 100 que donnait VOX ESMARCH au Congrès de Copenhague.

Cette statistique comprend la mortalité *intégrale*, mortalité encore très élevée puisqu'elle atteint presque 1/3 des cas. Les chiffres varient d'ailleurs beaucoup suivant les opérateurs; l'un (HOCHENEGG) a 8,6 p. 100, l'autre (KÖNIG) a 32,5 p. 100. Il en est de même en France et les chiffres varient de 11 p. 100 (18 opérations, 2 morts (QUÉNU) à 20 p. 100 (20 opérations, 4 morts (CHAPUT)¹.)

A quoi tiennent ces différences? A l'habileté du chirurgien, à la technique opératoire? Oui certes, et nous voyons les résultats d'un même opérateur se modifier peu à peu à mesure qu'il perfectionne sa technique. KRASKE fait remarquer que dans les cinq premières années de sa pratique, sur 29 opérations il eut 10 morts, soit 34,5 p. 100, tandis que dans les sept dernières, sur 51 opérations il n'eut que 5 morts, soit 9,8 p. 100, chiffre notablement inférieur.

Mais la mortalité opératoire est fonction de bien d'autres causes.

Étudions donc tout d'abord avec KRÖNLEIN les causes de cette mortalité.

Le tableau ci-dessous ne porte que sur 160 morts, car dans 11 cas de KÖNIG la cause de la mort n'est pas spécifiée.

On voit que l'infection, quelle que soit la façon dont elle se manifeste, cause la mort dans plus de la moitié des cas (51,8 p. 100). Puis viennent les complications cardiaques (collapsus, 20 p. 100), les complications pulmonaires (13,1 p. 100). Le reste, 15 p. 100, comprend les morts survenues à la suite de marasme, cachexie cancéreuse, cystite, pyélite, etc.

Nous avons vu plus haut comment on pouvait, dans une certaine mesure, éviter ces accidents d'infection. Mais tous les chirurgiens dont nous rapportons les statistiques opèrent suivant les mêmes principes et c'est par d'autres causes qu'il faut chercher à expliquer leurs résultats différents.

Ils tiennent surtout, suivant KRÖNLEIN², à deux ordres de

¹ CHAPUT. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 13 mars 1901, p. 258.

² KRÖNLEIN. *Loc. cit.*

causes : 1° à la façon de poser les indications opératoires ; 2° à la technique employée.

EXTIRPATIONS DE CANCERS DU RECTUM

Causes de mort.

| OPÉRATEURS | MORTALITÉ TOTALE | MORTALITÉ P. 100 | INFECTION | | COLLAPBUS CARDIAQUE | AFFECTIONS PULMONAIRES | AUTRES CAUSES DE MORT |
|--------------------------------|------------------|------------------|-------------|-------------|---------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | Septicémie. | Péritonite. | | | |
| 1. Hochenegg | 8 | 8,6 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 2. Czerny | 11 | 10,0 | — | 8 | 1 | 2 | — |
| 3. Krönlein | 7 | 11,1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 4. V. Bergmann | 3 | 11,3 | 2 | — | 1 | 2 | — |
| 5. Kraske | 15 | 18,7 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| 8. Madelung et Garré | 10 | 19,0 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 7. Gussenbauer | 33 | 22,7 | 11 | 9 | 7 | 2 | 4 |
| 8. Küster | 24 | 25,2 | 6 | 6 | 7 | 4 | 1 |
| 9. V. Mikulicz | 17 | 25,7 | 1 | 2 | 2 | 4 | 8 |
| 10. Kocher | 10 | 28,5 | 5 | 3 | 1 | — | 1 |
| 11. König | 20 | 32,5 | 10 | 1 | 6 | — | 3 |
| | 160 | | 46 | 37 | 32 | 21 | 24 |
| | | | 83 | 20,0 | 13,1 | 15,0 | |
| | | | 51,8 p. 100 | p. 100 | p. 100 | p. 100 | |

a) Tous les chirurgiens ne reconnaissent pas à l'acte opératoire les mêmes contre-indications. Tandis que la plupart s'abstiennent quand le cancer a dépassé les limites latérales du rectum, d'autres, comme MIKULICZ et GUSSENBAUER, opèrent même quand il y a propagation aux organes voisins. Ainsi s'expliquent leurs statistiques. Reste à savoir si le péril que l'on fait courir aux malades dans ces cas avancés vaut le résultat thérapeutique bien aléatoire que l'on peut obtenir.

b) La mortalité varie aussi suivant la méthode opératoire. La voie périnéale présente moins de dangers que la voie sacrée ;

il est juste de dire qu'elle s'adresse à des cas plus limités, plus favorables ; dès qu'on s'attaque en effet à des cas complexes la mortalité augmente. QUÉNU par exemple sur 15 cas a deux morts, et ces deux morts se rapportent à des cancers adhérents à la prostate. SCHNEIDER¹, comparant les résultats obtenus par le professeur GARRÉ, suivant que les interventions ont été faites sans ou avec résection osseuse, arrive à 10 p. 100 dans le premier cas et 13,5 dans le second.

KRASKE, donnant sa statistique intégrale, a pour 80 opérations 15 morts, soit 18,7 p. 100 ; nous avons dit que si l'on ne considère que les résultats de ces dernières années, la mortalité est bien inférieure. HOCHENEGG pour 121 interventions par la voie sacrée a 10 morts, soit 8,9 pour 100. En Allemagne, à part KRASKE et HOCHENEGG, partisans fervents de la voie sacrée, tous les chirurgiens sont éclectiques. Il en est de même en France où l'on a cependant une tendance plus marquée à revenir à l'opération de LISFRANC et DENONVILLIERS. Voici les résultats de la statistique de J. PICHLER², une des plus importantes et des plus récentes. 563 opérations par la voie sacrée ont donné 81 morts, soit 14,3 p. 100 de mortalité ; 217 opérations par la voie périnéale ont donné 37 morts, soit 17 p. 100. La mortalité serait donc un peu plus élevée par cette dernière méthode. Cette statistique est intéressante parce qu'elle comprend les résultats d'une vingtaine de chirurgiens différents. Malheureusement plusieurs opérateurs expurgent leur statistique, ce qui enlève au résultat global une partie de sa valeur.

En somme on peut dire que quelle que soit l'une des deux méthodes employées, périnéale ou sacrée, la mortalité est d'environ 18 à 20 p. 100 ; pour les chirurgiens très exercés et dans les cas favorables elle est à peu près de 10 p. 100.

Quant à la *voie abdominale*, elle donne une mortalité jusqu'ici très élevée : sur 16 observations rassemblées par QUÉNU et HART-

¹ JOSEF PICHLER. Zur statistik und operativen Behandlung des Rectumcarcinoms. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, v. 61, p. 229.

² SCHNEIDER. Die Behandlung des Rectumcarcinoms und ihre Erfolge an der Rostocker chirurgischen Klinik, *Beitr. z. Kl. Chir.*, 1900, p. 26 et p. 405.

MANN¹, 8 morts, soit 50 p. 100. Mais sur ces 16 opérations 9 ont été pratiquées chez la femme avec 8 guérisons et 1 mort; 7 ont été pratiquées chez l'homme avec 7 morts. Il ne faut pas conclure que l'opération chez l'homme doit être absolument rejetée, mais on ne la pratiquera qu'exceptionnellement, dans les cas non justiciables des autres méthodes.

II. Résultats thérapeutiques. — a) AU POINT DE VUE DES RÉCIDIVES. — Peut-on guérir le cancer du rectum? Nous ne voulons pas soulever là une question de doctrine et discuter sur la curabilité véritable du cancer en général. Mais en pratique, ne pouvons-nous pas considérer comme vraiment guéris ces malades qui survivent après sept, huit, dix, douze et même seize ans sans présenter de récidives? Ce sont des résultats appréciables et qui suffisent à justifier l'opération radicale malgré les risques qu'elle comporte.

EXTIRPATIONS DE CANCERS DU RECTUM

Résultats thérapeutiques.

| OPÉRATEURS | TEMPS | OPÉRATIONS | GUÉRISONS DURABLES | |
|--------------------------------|-----------|------------|--------------------|--------------|
| | | | Cas. | Pourcentage. |
| 1. Kocher | 1873-1889 | 35 | 40 | 28,5 |
| 2. Czerny | 1878-1891 | 109 | 16 | 14,6 |
| 3. Krönlein | 1881-1899 | 63 | 10 | 16,0 |
| 4. V. Bergmann | 1883-1888 | 46 | 8 | 17,4 |
| 5. Madelung et Garré | 1883-1899 | 53 | 6 | 11,3 |
| 6. Kraske | 1885-1896 | 80 | 11 | 13,7 |
| 7. Küster | 1885-1898 | 95 | 16 | 16,8 |
| 8. Hoehenegg | 1887-1897 | 93 | 12 | 12,9 |
| 9. V. Mikulicz | 1890-1897 | 66 | 6 | 9,0 |
| | | 640 | 95 | 14,8 |

Ces résultats d'ailleurs ne sont pas aussi exceptionnels qu'on

¹ QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, t. II, p. 314, Paris, Steinheil, 1899.

pourrait le croire. On est peut-être un peu trop pessimiste pour ce qui regarde le cancer du rectum. Les recherches d'AXEL IVERSEN ont montré que ce cancer ne se généralise pas très vite, qu'il conserve pendant un certain temps les caractères d'une affection locale et qu'il est alors possible de l'enlever complètement.

Pour apprécier les résultats thérapeutiques, KRÖNLEIN compte ce qu'il appelle les *guérisons durables*, c'est-à-dire celles qui se maintiennent trois ans après l'opération. C'est donc une moyenne de 14,8 p. 100¹. Evidemment le chiffre de trois ans n'a rien d'absolu et la loi de VOLKMANN peut ici comme ailleurs se trouver en défaut. Il faut remarquer cependant qu'après trois ans les récidives sont rares. KRÖNLEIN en compte 13 sur une statistique comprenant 640 extirpations du rectum.

RÉCIDIVES TARDIVES APRÈS 3 ANS

| | |
|-----------------------------|----------|
| Kocher | 3 fois. |
| Krönlein | 2 — |
| Kraske | 3 — |
| Hoehenegg | 1 — |
| V. Mikulicz | 2 — |
| Madelung et Garré | 2 — |
| | 13 fois. |

Certaines de ces récidives ne se sont produites que cinq, six, huit ans et plus après l'intervention.

Les récidives se feraient toujours, pour RHEINWALD², dans le tissu cellulaire péri-anal; de là elles s'étendent dans deux directions: soit dans le sens de l'intestin, nécessitant la colotomie,

¹ Le chiffre de 14,8 p. 100 est encore inférieur à la réalité car dans les 65,8 p. 100 qui restent (65,8 + 19,4 morts + 14,8 guéris = 100) il faut compter:

1° Ceux qui sont morts de récidive avant trois ans;

2° Ceux qui sont morts sans récidive avant les trois ans, d'une maladie intercurrente (il s'agit en effet bien souvent de gens âgés);

3° Les malades qui actuellement sont sans récidive, mais qui, n'ayant pas terminé leur temps d'épreuve, ne peuvent être comptés.

² RHEINWALD. *Beitr. z. kl. Chir.*, B² 25, H. 3.

soit entre le sacrum et le rectum, en poussant vers l'extérieur de grosses masses néoplasiques.

La *différence des résultats* s'explique surtout par la façon de comprendre les indications opératoires. La statistique est évidemment bien meilleure si l'on n'opère que les cas favorables. La voie suivie semble avoir moins d'importance. HOCHENEGG, par la voie sacrée, n'a que 1,29 de guérisons durables; les éclectiques comme KOCHER, BERGMANN, KÜSTER, KRÖNLEIN, ont mieux.

Nous n'avons pas de statistique qui nous permette de juger les résultats éloignés de la méthode abdomino-périnéale.

Disons enfin que malgré la récurrence, l'opération a au moins le mérite d'une intervention palliative; elle supprime pour un temps les douleurs, le suintement, la sténose et donne même une légère survie.

Les chiffres que nous venons de rapporter n'offrent qu'un intérêt général; les conditions varient dans chaque cas particulier et nombre de chirurgiens ont des malades guéris depuis plus de six ans¹.

CZERNY a des guérisons de six, huit, onze et treize ans. ARND, à la Clinique de KOCH, sept, huit, dix, treize, seize ans. KRASKE, quatre, huit, neuf, douze ans. HOCHENEGG, 11 guérisons de quatre à dix ans; E. BECKEL, onze ans; RECLUS, dix ans; BERGER, neuf ans; QUÉNU, douze ans; RICHELLOT, neuf ans.

b) COMMENT CES MALADES GUÉRISSENT-ILS? — Les malades que nous déclarons guéris ne le sont le plus ordinairement qu'au point de vue de leur cancer. L'amputation du rectum exige souvent le sacrifice du sphincter; des troubles fonctionnels nombreux en sont la conséquence.

Nous ne parlons pas des petits néoplasmes bas situés, dont on peut faire l'extirpation par les voies naturelles. Le résultat physiologique est alors parfait, mais ces cas sont la grande exception.

Par la méthode périnéale, l'incontinence est la règle. Sans doute à la longue, elle finit par s'atténuer; certains malades

¹ CHRISTEN. *Beitr. z. Kl. Chir.*, 1900, vol. 27, p. 411.

arrivent à retenir les matières solides, à aller à la garde-robe à des intervalles assez réguliers, mais souvent la gêne fonctionnelle est extrême. Si l'anus périnéal est trop large, il peut se compliquer de prolapsus; trop étroit, il devient le siège d'un rétrécissement, complication plus fâcheuse encore. L'ennui est encore plus grand quand le rectum se laissant difficilement abaisser, on a été obligé de faire un anus dans la région sacrée. Nous avons dit plus haut les inconvénients de ces anus sacrés, toujours incontinents et rétrécis, difficiles à maintenir propres et très inférieurs à l'anus iliaque, qu'on est parfois obligé de leur substituer, soit qu'on retourne le bout supérieur, soit qu'on laisse une fistule sacrée.

La méthode de Kraske semblerait devoir donner des résultats beaucoup plus parfaits au point de vue fonctionnel. Elle permet en effet de ménager le sphincter, mais en réalité le sphincter qu'elle conserve est un sphincter énérvé, incontinent. Souvent il persiste après l'intervention une fistule sacrée et nous avons vu enfin que bien souvent la réunion ne se fait pas dans d'excellentes conditions et qu'il en résulte la production d'un rétrécissement.

Voici les résultats que donne KRASKE: sur 63 malades qui ont survécu, 39 auraient au point de vue fonctionnel un résultat parfait (16 pourtant parmi eux présentent une fistule sacrée); dans 7 cas il fallut faire un anus périnéal, dans 4 un anus sacré, chez les 15 autres il existe une incontinence totale par paralysie du sphincter.

Quelle que soit la méthode employée, dorsale ou périnéale, on doit toujours, dans la mesure du possible, se préoccuper du résultat fonctionnel. Il faut donc essayer de conserver le plus possible l'appareil de fermeture du rectum (sphincter et releveurs de l'anus) au moins en partie, et ne le sacrifier qu'en cas d'absolue nécessité. L'intestin abaissé à la place de l'anus normal y sera soigneusement fixé par des sutures; car le simple tamponnement dont se contentent certains chirurgiens donne des résultats franchement mauvais. Enfin la torsion par le procédé de GERSUNY peut dans certains cas rendre de véritables services. C'est en suivant ces préceptes que KRÖNLEIN arrive à obtenir la

continence absolue dans 30 p. 100 des cas, une continence relative dans 60 p. 100 ; l'incontinence n'existe que dans 10 p. 100 seulement.

L'ablation totale laisse forcément un anus iliaque définitif, mais au point de vue fonctionnel un anus iliaque bien établi, sur lequel on peut appliquer facilement un appareil obturateur, est bien préférable à un anus périnéal incontinent.

c) QUE FAIRE LORSQUE LE RÉSULTAT FONCTIONNEL EST DÉFECTUEUX ?

— On a inventé des pelotes et des bandages pour parer à l'incontinence ou s'opposer au prolapsus. Bien souvent ils ne remplissent qu'incomplètement leur office. Il est plus facile de dilater un rétrécissement ou de le combattre par une petite opération complémentaire.

Quant aux opérations plastiques destinées à fermer un anus sacré et à rétablir l'orifice à sa place normale, le mémoire de STIASSNY⁴ montre qu'elles sont parfois dangereuses, toujours difficiles à réaliser et qu'elles ne donnent bien souvent qu'un résultat problématique.

RÉSUMÉ, CONCLUSIONS

Entre ces différentes méthodes, laquelle choisir ?

Nous ne revenons pas sur l'extirpation par les voies naturelles, ou par la voie vaginale quand elle est possible.

La voie abdomino-périnéale est la seule praticable pour les cancers recto-sigmoïdes, et il n'y a pas lieu de discuter sur ce point quand il s'agit d'une femme. Chez l'homme la mortalité de cette intervention est si effroyable, qu'à part des conditions tout à fait exceptionnelles, il vaut mieux s'en tenir au traitement purement palliatif.

Entre la voie périnéale et la voie sacrée le choix est parfois difficile. C'est un examen judicieux du cas particulier qui peut permettre de poser les indications.

⁴ S. STIASSNY. Ueber plastische Nachoperatione nach resectio recti. Beitr. z. Kl. Chir., 1900, v, 29, p. 491.

C'est la voie périnéale qui convient naturellement aux cancers bas situés.

Pour les cancers de l'ampoule les avis sont partagés. La méthode périnéale est peut-être moins grave ; la méthode sacrée donne de meilleurs résultats fonctionnels ; mais ceci pour les cancers limités. Dès que le néoplasme s'étend en hauteur, l'opération périnéale devient de plus en plus grave, et la résection d'un assez long segment du rectum par la voie sacrée ne donne plus que des résultats défectueux.

Nous concluons donc en disant avec KRÖNLEIN : « Les méthodes périnéale et dorsale doivent être employées d'une façon électorique ; elles doivent se compléter et non s'exclure. »