

reste toujours assez pour provoquer une contracture nouvelle lorsque le sphincter a repris son activité première et sa puissance de contractilité, et c'est alors que se montre la récédive.

Elle peut survenir par un autre mécanisme et sans aucune espèce de contracture : on voit parfois de ces malades chez qui l'anüs est béant; au travers du sphincter sans ressort s'échappent des hémorroïdes abondantes. Elles apparaissent au moindre effort et ne rentrent que difficilement à cause de leur volume; aussi leur surface s'ulcère; des germes pathogènes les inoculent; des inflammations chroniques de l'ampoule se déclarent, une rectite qui se trahit par une leucorrhée continue. Ici les varices s'accroissent, bien que le sphincter affaibli ne comprime plus les veines entre les faisceaux de ses fibres musculaires relâchées; il n'y a donc pas difficulté de retour, stase et rétro-dilatation consécutive des réseaux vasculaires. Il est probable qu'ici l'étoffe veineuse est de si médiocre qualité qu'elle se laisse distendre au moindre prétexte. Aussi comprend-on que d'autres interventions soient indiquées.

Elles sont nombreuses et dérivent, pour la plupart, d'un mode quelconque d'application de la cautérisation ignée : on a longtemps gardé le souvenir des cautères actuels de Philippe Boyer; les pinces à friser du professeur Richet ont encore nombre de partisans; les ponctions multiples des paquets hémorroïdaires avec le thermocautère de Paquelin, ou même l'ablation méthodique du bourrelet avec le platine rougi, sont peut-être les moyens les plus populaires. D'autres préfèrent l'extir-

pation sanglante; les serre-nœuds, l'écraseur linéaire ont fait leur temps, les ciseaux et le bistouri les remplacent. La méthode est alors à peu près toujours la même et les procédés ne diffèrent guère : Whitehead dissèque les hémorroïdes en conservant la muqueuse qui les recouvre, et, à la Société de chirurgie, Delorme s'est fait récemment le défenseur de cette pratique. Je trouve plus simple le manuel opératoire auquel j'ai recours depuis 1887, et qui ne m'a encore donné que des succès.

Après la dilatation de l'anüs pratiquée selon les préceptes étudiés plus haut, je saisis avec une pince à pédicule, droite ou courbe et à mors étroits, les hémorroïdes procidentes d'un des côtés et je sectionne ce bourrelet avec un bistouri ou même avec les ciseaux courbes. En général, au fur et à mesure que l'on coupe, la muqueuse s'échappe des mors de la pince et tend à remonter vers l'ampoule; aussi je la prends avec des pinces à forcipressure, surtout en l'étreignant au niveau des points qui saignent, afin d'obtenir une hémostase provisoire. Puis, la section terminée, je juxtapose peau et muqueuse et je suture. Reste le bourrelet de l'autre côté, que l'on saisit et que l'on coupe de la même manière que le précédent. On a donc laissé, en avant et en arrière de la marge, un segment de peau et de muqueuse non excisé et qui suffit à éviter toute rétraction cicatricielle. Je m'arrange d'ailleurs pour ménager les téguments au point où les hémorroïdes sont le moins accusées. Aussi la pince ne prend pas toujours le bourrelet dans une direction antéro-postérieure; elle peut être transversale ou oblique, si les varices sont moins abon-

dantes sur les côtés qu'en avant et en arrière de l'orifice anal.

La suture, qui juxtapose la peau à la muqueuse pour obtenir la réunion, assure aussi l'hémostase et je me contente, pour tout pansement, de mettre dans le trajet anal et remontant jusqu'à l'ampoule, une mèche de gaze iodoformée maintenue par un tampon d'ouate hydrophile et un bandage en T. Le malade a été purgé la veille de l'intervention, et quelques pilules d'extrait thébaïque le constipent pendant les cinq ou six jours suivants; puis j'ordonne un léger purgatif et un lavement, et la première selle est à peine douloureuse. Le septième, j'enlève les fils, car d'ordinaire je fais une suture au crin de Florence. Mais comme le nœud s'enfouit parfois dans le repli de la muqueuse et que la recherche en devient un peu douloureuse, je me propose — et je propose — de me servir dorénavant du catgut dont on n'aura plus à s'occuper; les fils se résorberont spontanément.

Et c'est ce qui a eu lieu dans nos dernières opérations: je viens d'intervenir chez un homme de 65 ans qui depuis vingt-sept ans souffrait d'hémorroïdes: la perte du sang était considérable, l'anémie progressive, les douleurs étaient incessantes: j'ai d'abord dilaté le trajet sphinctérien, puis enlevé à droite et à gauche un énorme bourrelet de tissu d'apparence caverneuse. Avec un catgut fin, j'ai juxtaposé peau et muqueuse; la réunion s'est faite avec la plus grande facilité; au cinquième jour elle semblait complète et déjà quelques fils étaient résorbés; le catgut fin a été très facilement toléré et n'a pas provoqué les piqûres désagréables que l'on observe souvent

dans la région après l'usage du crin de Florence. Deuxième intervention semblable sur une jeune fille de 20 ans, opérée chez les Sœurs de la rue de la Santé: après dilatation anale, j'ai réséqué un gros paquet variqueux, puis j'ai suturé peau et muqueuse avec du catgut fin et la guérison était obtenue en six jours. Je pourrais en citer neuf autres exemples; mais ces deux suffiront pour bien marquer en pareil cas la valeur de la suture au catgut.

Cette opération, je la pratique aussi à la cocaïne: nous avons dit comment nous anesthésions la muqueuse et le sphincter pour la dilatation; il ne reste plus qu'à insensibiliser les bourrelets hémorroïdaires; pour cela, j'insinue l'aiguille de Pravaz au-dessous de ma pince à pédicule qui a saisi des amas variqueux, et je fais une trainée cocaïnique sur la peau marginale, au niveau de la ligne où passera le bistouri. Ce temps est délicat, car la peau est très fine et très mobile, et il ne faudra pas porter l'instrument tranchant en un point autre que celui anesthésié. On comprend les avantages de ce procédé, que je préfère même à la « volatilisation » de Richet. Il ne nécessite aucun appareil spécial, ni pince à friser, ni fil de fer recuit, ni foyer de chaleur. Il ferme, aux inoculations septiques, la porte que laisse ouverte la chute des eschares après l'emploi de la cautérisation. Enfin la guérison est beaucoup plus rapide et, en sept jours, elle est *pratiquement* obtenue. Quelques petits points ulcérés restent parfois au niveau des fils tombés spontanément, mais la cicatrisation en est prompte.

J'ai pratiqué cette incision 41 fois, tant en ville qu'à l'hôpital, et je n'ai eu qu'à m'en louer; je ne vous dirai

rien de mes opérés de la clientèle hospitalière : vous et moi les perdons de vue, et je n'ai fait aucune enquête à leur sujet. Je me contente de noter que, chez aucun d'eux, je n'ai observé d'accidents et que tout s'est passé avec la plus parfaite régularité. Quant à mes malades de la ville, j'ai suivi la plupart d'entre eux et je puis vous éclairer, non seulement sur les résultats immédiats de l'incision sanglante avec suture, mais aussi sur les résultats éloignés. De ce chef, je compte 17 opérés et ne relève qu'un léger accident : il s'agit d'un de nos confrères d'Algérie qu'anémiait un flux hémorroïdaire inquiétant. Je l'anesthésie à la cocaïne, j'excise, je suture et je pars, lorsque, deux heures après, on vient me chercher pour un saignement abondant, que je taris par deux ou trois points de suture. Plus de soin dans l'affrontement de la muqueuse et de la peau aurait évité cet inconvénient, d'autant plus à redouter dans l'espèce que notre opéré était un paludique. La guérison n'en fut pas retardée, et le résultat a été des plus favorables.

Ni accident, ni incident d'aucune sorte chez mes 16 autres opérés, et, chez aucun des 17, malgré l'étendue parfois considérable de ma résection, je n'ai constaté plus tard ces rétrécissements dont on parle tant, qu'on semble beaucoup redouter et que, à la vérité, on n'observe plus. On n'ignore pas, d'ailleurs, combien la muqueuse est abondante et lâche en cet endroit ; elle l'est tellement que, lorsqu'on pratique la suture, il faut veiller à ses points et comprendre toujours, entre chacun d'eux, plus de muqueuse que de peau, si l'on ne veut, à la fin, avoir un excès de muqueuse saignante et en saillie. La crainte du rétrécissement me paraît donc

théorique. En tous cas, elle est injustifiée si l'on a soin de respecter l'intégrité des téguments en un ou deux points de la marge anale. Ces appréhensions ne sont-elles pas un vieux souvenir des rétrécissements provoqués par les cautérisations profondes et surtout les suppurations intarissables d'avant l'antisepsie ? Elles laissent après elles un tissu de cicatrice, dont la rétraction inodulaire n'était pas sans danger.

Messieurs, je me résume : Autrefois, je me contentais de forcer le sphincter, même dans les cas de bourrelets volumineux, et le plus souvent, j'ai vu cette intervention suffire, à elle seule, pour amener la disparition totale des hémorroïdes. Mais comme ce résultat n'est pas toujours obtenu, comme la récurrence peut survenir lorsque les varices sont abondantes, j'ai maintenant recours à l'excision simultanée, quand une masse de quelque importance sort à travers l'anus relâché. La guérison en est plus sûre, plus durable, et l'opération en reste aussi simple et aussi innocente. Je vous recommande donc cette pratique et je termine cette conférence par cette courte proposition : Pour peu que les hémorroïdes soient gênantes et ne cèdent pas au traitement médical, ayez recours à la dilatation ; vous la complétez par l'excision suivie de suture, si les varices procidentales sont volumineuses.

## III

## De l'extirpation des cancers du rectum.

MESSIEURS,

Au point de vue thérapeutique, on peut diviser les cancers du rectum en deux catégories : d'une part, les néoplasmes petits, mobiles, contenus encore dans l'épaisseur des tuniques intestinales et, par conséquent, sans adhérence aucune avec les régions voisines ; d'autre part, les tumeurs volumineuses, mal circonscrites, ayant déjà débordé le rectum pour plonger leurs racines dans les organes d'alentour, vagin et utérus, prostate et vessie, parois du petit bassin. Je désire, en m'appuyant sur quelques faits de ma pratique, vous démontrer que, pour les cancers du premier groupe seuls, l'opération radicale, l'extirpation peut donner quelques bons résultats, et je me réserve d'étudier, dans une autre conférence, quels moyens palliatifs opposer au néoplasme du second groupe.

Les procédés pour attaquer les cancers petits et mobiles varient suivant le siège de la tumeur, et nous devons séparer les néoplasmes du segment inférieur que le doigt du chirurgien peut atteindre par le toucher rectal, de ceux qui sont implantés au-dessus de l'ampoule.

L'intervention, pour les premiers, est évidemment plus simple ; elle consiste dans l'ablation directe de la masse morbide qu'on enlève jusqu'en tissus sains. Ce sont là les seuls préceptes et nous n'avons à indiquer aucun manuel opératoire spécial. Parfois, la tumeur est circonférentielle et, avec le néoplasme, on enlève la totalité du sphincter. Dans ce cas, à la place d'un orifice anal contractile, la cicatrisation laisse un infundibulum obturé par un bourrelet de muqueuse prolabée qui s'ulcère souvent, et d'où s'écoule du mucus analogue à l'albumine de l'œuf. Et puis, inconvénient plus grave, les gaz s'échappent à tous propos et hors de propos, et même les matières lorsqu'elles sont liquides. Certes, la chose est fâcheuse, mais les opérés qui viennent d'être soustraits par l'intervention, à toutes les difficultés et à toutes les douleurs que provoquait le passage des matières fécales au travers de la filière cancéreuse, aux épreintes et aux ténésmes, aux constipations opiniâtres et aux débâcles, ne songent guère à se plaindre de cette infirmité et se félicitent de l'opération.

D'autant que l'extirpation du sphincter n'est pas toujours totale : les deux extrémités du segment de muscle conservé s'unissent par un tissu cicatriciel, et reconstituent un anneau qui supplée en partie à l'organe entier, et, vraiment, l'incontinence ne se révèle que dans des circonstances exceptionnelles. Plusieurs de mes opérés « prévoyaient » l'arrivée des gaz et savaient prendre quelques précautions pour que la sortie n'en fût pas trop intempestive ; quant aux matières, elles ne jaillissent à l'improviste que si elles sont liquides ; aussi, en temps de diarrhée, les malades devront-ils « se garnir »

pour éviter une inondation. Au demeurant, les inconvénients sont moindres qu'on ne se l'imagine, et l'extirpation des cancers mobiles de la région ano-rectale serait une bonne opération, n'était la fréquence de la récurrence. La statistique de Kœnig, qui n'est pas des plus mauvaises, accuse 26 repullulations plus ou moins rapides sur 29 opérés, soit à peu près une guérison sur dix. Ce n'est pas brillant, mais cette proportion suffit d'autant plus à nous encourager, que l'intervention, dans ces petits cancers mobiles de la région ano-sphinctérienne, n'est maintenant suivie que d'une mortalité insignifiante.

J'ai, pour ma part, enregistré deux succès : au commencement de l'année dernière, j'ai opéré un vieillard de 72 ans qui portait, dans le segment postérieur de la région ano-rectale, une tumeur du volume du poing, et qui remontait jusqu'à l'ampoule, en oblitérant par ses saillies mamelonnées le trajet sphinctérien. Je dus, pour dépasser les limites du mal, extirper les deux tiers postérieurs du sphincter et ouvrir, à droite et à gauche, la fosse ischio-rectale. Je pus mobiliser la muqueuse de l'intestin et l'abaisser assez pour l'unir, par des points de suture, à la peau péri-anale, reconstituant ainsi un orifice d'abord large et béant, mais que la rétraction cicatricielle resserra. Au bout de trois semaines, l'état de la région était parfait; mais, un mois et demi après, survenait la récurrence, et le malade m'arrivait de Versailles, où je l'avais opéré, avec une tumeur du volume d'un œuf; je l'extirpai à la cocaïne; je refis une suture; en quinze jours, la guérison était complète; elle s'est maintenue, et notre malade nous écrivait récemment pour exprimer sa reconnaissance.

Je puis citer un autre fait où l'ablation remonte à plus de cinq ans. Il s'agit d'un propriétaire de 62 ans que soignait le professeur Bouchard pour des accidents diabétiques légers, et que j'opérai au mois de novembre 1887. Il portait, dans la région anale, un cancer épithélial qui avait envahi la moitié environ du trajet sphinctérien, où il remontait à la hauteur de 4 centimètres. J'en pratiquai l'extirpation large, et, après une hémostase soignée, j'attirai en bas, pour la suturer à la peau, la muqueuse échappée vers l'ampoule. La réunion immédiate ne se fit qu'en partie, par suite des mauvaises conditions que créait le diabète. Mais la cicatrisation complète, pour être retardée, n'en fut pas compromise, et, au bout de trois semaines, notre opéré regagnait Senlis. Ici, le sphincter est presque suffisant, et il n'arrive pas trois fois l'an au malade de voir s'échapper involontairement les matières par l'anus. C'est un superbe succès à l'actif de l'extirpation, dont le bénéfice n'est pas discutable.

Donc, pour ces cancers mobiles à implantation basse, pas de doute possible, et l'extirpation est indiquée. Elle l'est encore lorsque le cancer siège plus haut, à bout de doigt, au-dessus de l'ampoule, dans la partie moyenne, ou même dans le tiers supérieur du rectum. Mais le manuel opératoire diffère : on a bien pratiqué l'ablation pure et simple de toute la partie du rectum qui comprend le cancer et la partie saine sous-jacente, mais les délabrements sont énormes et la perte de substance laisse un vaste infundibulum suppurant, une plaie ulcéreuse envahie par la récurrence bien avant que

la cicatrisation complète soit obtenue. On essayait bien d'attirer en bas la muqueuse péniblement mobilisée pour la suturer à la peau; mais, sous des tractions trop énergiques, les fils ne tenaient pas et les succès ont été nombreux. Pas un de nous qui n'en ait enregistré quelques-uns, même dans l'hypothèse où je me place : cancers haut situés, mais encore mobiles, sans adhérences à la prostate et à la vessie chez l'homme, au vagin et à l'utérus chez la femme.

Aussi a-t-on imaginé de nombreux procédés pour opérer ces cancers. Bardenheuer propose une longue incision postérieure et médiane qui part de l'anus, et remonte au-dessus du coccyx, que l'on résèque au-dessus même de la partie inférieure du sacrum abrasé transversalement. Par cette large brèche, et aidé d'un doigt introduit dans le rectum, on libère cet organe en arrière et sur les côtés. Lorsque la mobilité est bien obtenue, on sectionne le rectum en tissu sain au-dessous de la tumeur; on décolle, de bas en haut, le bout supérieur; on le sépare en avant du feuillet péritonéal, on sectionne son méso pour lui permettre de descendre, puis, après avoir extirpé la tumeur, on suture les deux bouts de l'intestin avec les précautions ordinaires; on conserve ainsi le sphincter, et le malade ne serait plus soumis à tous les désagréments de l'incontinence des matières fécales.

L'opération préconisée par Terrier est un peu différente : pour atteindre et extirper les cancers élevés du rectum, il pratique une sorte de rectotomie postérieure avec ou sans résection du coccyx. Cette large ouverture

lui donne un jour considérable; il arrive sur le péritoine qu'il divise, il mobilise la tumeur qu'il enlève par une double section transversale, et se trouve alors en présence de deux segments intestinaux, le supérieur et l'inférieur, qu'il unit bout à bout par une suture, comme dans le procédé de Bardenheuer. Le péritoine est alors fermé, ainsi que la plaie rectale et cutanée de la rectotomie préalable. L'auteur a pratiqué deux fois cette opération pour des néoplasmes situés près de l'S iliaque, et les résultats en ont été satisfaisants.

L'opération de Kraske, autour de laquelle on a mené si grand bruit, ne diffère pas essentiellement de celle de Bardenheuer; aux voies inférieures, Kraske a substitué la voie franchement coccygienne et sacrée. Le patient, endormi, est placé dans le décubitus latéral droit; l'incision, qui part d'une ligne transversale unissant les deux épines iliaques postéro-supérieures pour finir à 1 centimètre au-dessus de la pointe du coccyx, est menée toujours à gauche et un peu en dehors des apophyses épineuses sacrées. Toute la région s'étendant de l'orifice anal au coccyx reste donc intacte. A travers l'incision, on résèque le coccyx, ruginé de haut en bas, pour en respecter le tissu fibreux qui sert d'insertion au sphincter, et l'on complète l'ouverture par une section, à la gouge et au marteau, de la corne latérale gauche du sacrum. Heinecke, Lœvy, Pierre Delbet, Jeannel respectent le squelette pelvien, support du périnée et proposent la résection temporaire des os.

On arrive alors sur le néoplasme; on l'isole en arrière, on pénètre en avant et d'une façon délibérée dans le péritoine que l'on protège par une éponge montée.