

ont cessé. J'ai toujours constaté un soulagement immédiat.

Je trouve donc cette méthode excellente et je m'y tiens; mais j'y ajouterai un léger perfectionnement: dans notre procédé aussi bien que dans le procédé de Verneuil, j'ai vu parfois l'éperon disparaître par rétraction progressive du méso, et le bout supérieur communiquer à nouveau avec l'inférieur. Chez quelques-uns de mes opérés, les matières ont pu aller jusqu'au cancer et provoquer des épreintes; aussi, dans mes prochaines opérations, je me propose, lorsque l'anse sera retirée, de prendre, dans une aiguille de Reverdin, la peau, l'aponévrose, la séreuse d'une lèvre de mon incision abdominale, la séreuse, l'aponévrose, la peau de l'autre lèvre et de les unir par un crin de Florence: celui-ci passerait juste entre les deux branches de l'anse accolées en canon de fusil et diviserait, par conséquent, l'orifice primitif en deux orifices secondaires séparés l'un de l'autre par le pont cutané dû à mon point de suture; chacun livrerait passage à l'une des deux branches de l'anse intestinale. La rétraction de l'éperon aurait beau se faire alors, les deux bouts intestinaux seraient définitivement écartés par une bride tégumentaire. On aurait, mais plus simplement et à moins de frais, l'équivalent de l'opération de Madelung.

Cette dérivation des matières amène un triple résultat: d'abord, on voit disparaître les douleurs souvent intolérables qui précèdent, accompagnent et suivent chaque garde-robe, ce ténésme incessant, ces fausses envies qui poussent sans cesse le malade sur le vase pour

donner issue à quelques matières diarrhéiques, à du mucus et à du sang. Les épreintes s'apaisent dès l'opération terminée, et dans notre procédé en deux temps, nous les avons vues s'arrêter d'ordinaire, dès que l'anse est herniée, avant son ouverture, par conséquent avant le libre passage du bol fécal au dehors. Cette constatation, nous venons de la faire encore sur un paysan de moins de 40 ans, opéré en Béarn pour un cancer de la partie moyenne du rectum. Il ne se passait guère d'heure où ne survînt une fausse envie, prélude d'une crise douloureuse qui laissait le malade anéanti. L'opération est pratiquée, et, à partir de ce moment, toute souffrance cesse, bien que l'anus artificiel eût été ouvert le sixième jour seulement.

Le deuxième bénéfice que l'opéré retire de la création d'un anus artificiel est d'échapper à ces constipations opiniâtres, à ces menaces incessantes d'obstruction que suivent des débâcles et des diarrhées incoercibles. On sait que la péritonite est souvent la conséquence de cet arrêt des matières, et les observations sont nombreuses d'individus opérés pour des obstructions intestinales sans diagnostic précis, et qui étaient porteurs d'un cancer méconnu à la partie moyenne ou supérieure du rectum. Pour ma part, il m'est arrivé deux fois de pratiquer un anus iliaque dans ces mêmes conditions: arrêt brusque des matières, suivi de tympanisme et vomissements, de douleurs vives, chez des hommes jeunes, que rien ne désignait comme atteints déjà de cancer. A partir du moment où l'orifice artificiel fut créé, tous ces accidents disparurent pour ne plus se montrer, et c'est de cachexie que mes opérés moururent, après une

survie, l'un de deux ans, et l'autre de trois ans et demi.

Cette survie, souvent fort appréciable, est l'argument qu'on invoque en faveur de la colotomie. On dit, et les auteurs anglais insistent sur ce point, que la marche de la néoplasie s'arrête et se modère dès que la voie de dérivation est créée. Les matières fécales ne vont plus heurter et enflammer la tumeur, les tuniques intestinales; les muscles du petit bassin ne sont plus sollicités par les besoins de la défécation, la région entre en repos et le cancer, que n'irritent plus les traumatismes incessants, ne progresserait plus qu'avec lenteur. Je me rappelle avoir vu Verneuil intervenir chez un cancéreux sous le coup des accidents les plus graves; la santé se rétablit à tel point que pendant plus d'un an l'opéré put encore chasser à courre. Et ce n'est qu'au bout de deux ans que la cachexie finit par l'emporter.

J'ai observé une survie plus longue encore: un négociant de 42 ans portait un cancer petit et mobile de l'extrémité supérieure du rectum; l'opération de Kraske aurait été possible, si, à cette époque, je l'eusse connue. Je pratiquai la colotomie inguinale et le bénéfice en fut tel qu'il put continuer à diriger une maison de commerce active et reprendre ses voyages. Au bout de deux ans il me revenait avec un noyau cancéreux secondaire de la région anale; il souffrait, et comme l'intervention me paraissait sans danger, j'enlève ce noyau, l'opéré guérit, retourne à ses occupations et peut les continuer quelques mois encore; puis la cachexie survient, et il meurt, mais après avoir vécu de la vie active pendant près de trois ans. Un tel résultat, il me semble, mérite qu'on le signale;

d'autant qu'il n'est pas unique: tous les chirurgiens en ont un certain nombre à leur actif.

Ne vous attendez pas, cependant, à obtenir toujours de tels succès; et il y a des ombres au tableau. Je me rappelle avoir opéré, il y a huit ans, un négociant de Niort dont l'ampoule rectale était encombrée par un volumineux cancer. Les douleurs étaient incessantes et l'obstruction menaçante: je lui proposai la création d'un anus inguinal, lui promettant du moins la cessation des douleurs. L'orifice de dérivation fut pratiqué, les phénomènes d'obstruction disparurent et, de ce fait, l'amélioration fut incontestable, mais les fausses envies, les souffrances persistèrent jusqu'à la mort, qui survint au bout de onze mois. Je m'imagine que, en pareil cas, j'aurais dû compléter mon opération par un curage à la Küster. Les masses morbides qui remplissaient le rectum entretenaient un foyer d'irritation, et peut-être les douleurs et le ténésme auraient-ils disparu après leur extirpation. A cette heure nous n'hésiterions pas.

Nous n'hésiterions pas non plus dans le cas suivant, où le résultat fut aussi médiocre: il s'agit d'un confrère du Tarn, à qui nous avons fait la colotomie inguinale pour un cancer de la région ano-rectale, qu'il appelait, sincèrement, « des hémorroïdes ulcérées ». Dans les premiers jours les douleurs disparurent, mais bientôt survinrent des hémorragies inquiétantes. Notre collègue Jalaguiet, appelé pour l'une d'elles, nous dit qu'elles étaient vraiment formidables. Aussi notre opéré ne tarda-t-il pas à dépérir, et, au bout de cinq mois et demi, il succombait à son cancer. Ici les bénéfices de

L'opération ont été bien précaires; peut-être eussent-ils été meilleurs si, à la dérivation iliaque, nous avions ajouté le curettage de la tumeur, qui, sans doute, aurait tari les hémorragies.

La création d'un anus artificiel n'a donc pas comme suite constante la disparition des douleurs : les écoulements sanguins peuvent persister, et la tumeur continuer à s'accroître d'une allure aussi rapide. J'ai soigné, avec mon maître Verneuil et mon collègue Ricard, une dame de l'Amérique du Sud, qui, malgré un orifice de dérivation iliaque, ne mourut pas moins au bout de deux mois. Tout cela est évident, et nous savions déjà que la chirurgie des cancers n'est pas une chirurgie triomphante. Il n'en reste pas moins établi que, dans l'immense majorité des cas, l'intervention a des résultats immédiats excellents : je vous en ai donné des exemples, et je pourrais les multiplier, car, à cette heure et depuis 1882, j'ai pratiqué dix-neuf fois la colotomie inguinale. Et, somme toute, je puis vous affirmer que cette opération est une bonne opération. Sans nous déclarer « enthousiaste » des anus artificiels comme nous en accusait un collègue de la Société de chirurgie, sachons reconnaître que cette intervention apporte souvent aux malades un soulagement et une survie qu'on n'est pas en droit de dédaigner.

A quelle époque faut-il la pratiquer? Autrefois, lorsque cette opération, mal réglée sous une antisepsie encore précaire, entraînait un notable coefficient de mortalité, on attendait qu'un symptôme alarmant d'obstruction intestinale et de péritonite vint forcer la main. Nous allons plus vite, maintenant que la création d'un

anus artificiel se fait même sans chloroforme, sous une injection de cocaïne, avec une facilité et une sécurité que nous pouvons dire complètes. Aussi, dès les premières hémorragies, dès les premières épreintes, lorsque le cours des matières est évidemment gêné par l'obstacle que créent les masses morbides, nous proposons d'intervenir. C'est le moyen d'obtenir des survies un peu longues, un des bénéfices les plus appréciables que puisse donner la colotomie.

Aussi, Messieurs, vous dirai-je — et ce sera la conclusion de cette conférence : Lorsque les cancers du rectum sont volumineux et adhérents, lorsque, par conséquent, l'extirpation aura comme conséquence une mortalité considérable, pour n'aboutir, dans les cas les plus heureux, qu'à une récurrence prompte, le mieux est d'avoir recours sans tarder à la création d'un orifice artificiel de dérivation qu'on placera sur l'S iliaque. Cette opération, d'une facilité extrême, et qui n'entraîne plus à sa suite aucune mortalité, a pour avantages habituels de modérer la marche du cancer, d'assurer le libre écoulement des matières fécales et de faire cesser les douleurs.