

On a fait précéder ou non l'extirpation de la création d'un anus iliaque, suivant des indications qui relèvent de la thérapeutique chirurgicale¹.

Procédé de QUÉNU². — Chez l'homme. — « Le malade est placé dans le décubitus dorsal, le siège reposant sur un coussin dur et débordant légèrement le bord de la table d'opération. — Les cuisses sont maintenues fléchies sur le bassin par deux aides.

« L'opérateur est assis entre les jambes du malade; l'aide direct est à sa gauche assis comme lui. A la gauche de ce premier aide, adossé à la jambe droite du malade il y en a un second qui écartera les pinces hémostatiques gênant le champ opératoire, ou tiendra les écarteurs.

« Le champ opératoire étant préparé et isolé avec des compresses stérilisées, on procède à l'opération.

« Fermeture de l'anus. — On touche la muqueuse anale au thermocautère, puis on ferme l'anus par une suture en bourse à l'aide d'un seul fil solide passé circulairement autour de l'orifice anal. Les extrémités du fil serviront à opérer des tractions sur le rectum.

« Incision des téguments superficiels. — Cette incision n'entame que la peau; elle est rectiligne en avant, et en arrière de l'anus, circulaire tout autour de l'anus. — Elle commence à la racine des bourses, finit en arrière à la base du coccyx. — Elle circonscrit la muqueuse anale et la déborde de 2 centimètres environ.

« Incision du tissu cellulaire et des faisceaux moyens et postérieurs des releveurs. — On incise, en avant, le tissu cellulaire lâche et quelque fibres du dartos; en arrière le raphé ano-coccygien adhérent à la peau. Latéralement on coupe la graisse du creux ischio-rectal, vers le milieu de cet espace, jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur les fibres charnues du releveur. A mesure que l'on se rapproche du muscle, il faut aller prudemment et ne pas sectionner les faisceaux musculaires sans les avoir vus.

¹ Voy. Thérapeutique chirurgicale. RICARD et LAUNAY, chez DOIN 1903, page 648.

² QUÉNU et BAUDET. *Revue de Gynécologie*, n° 4, sept-oct. 1898.

« Le rectum étant attiré par l'aide vers la gauche du malade, l'opérateur incise prudemment à droite les faisceaux moyens du muscle; il les coupe à quelques centimètres de leur insertion rectale (fig. 720).

« Après cette section les faisceaux externes se rétractent en dehors, et laissent voir l'aponévrose périméale supérieure blanche, décollable de la face supéro-interne du muscle, et que la traction opérée par l'aide applique contre le rectum.

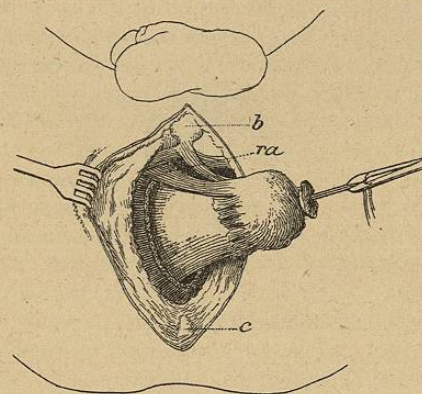


Fig. 720.

Amputation du rectum. Voie périméale. Procédé de Quénu.
Section du releveur de l'anus.

b, bulbe. — ra, releveur anal. — c, coccyx.

« Cette boutonnière musculaire étant faite et l'aponévrose périméale étant repérée on poursuit la section du releveur; on incise les fibres postérieures jusqu'au coccyx, mais en avant, on a soin de respecter les faisceaux antérieurs qui se montrent sous forme de deux bandes musculaires et très épaisses, tendues en avant du rectum.

« On répète à gauche l'incision des divers plans du creux ischio-rectal et du releveur, comme on l'a fait à droite.

« L'opérateur introduit l'index sous la face antérieure de l'aponévrose périméale supérieure et l'engage au-dessus des

faisceaux antérieurs du releveur, entre le muscle et le rectum. On répète le même décollement à gauche, et lorsqu'on a ainsi isolé le rectum, on saisit à pleine main le raphé ano-bulbaire et les faisceaux antérieurs du releveur au ras du bulbe. L'aide tire le rectum en arrière vers le coccyx, et l'opérateur s'apprête à pratiquer l'incision du raphé ano-bulbaire.

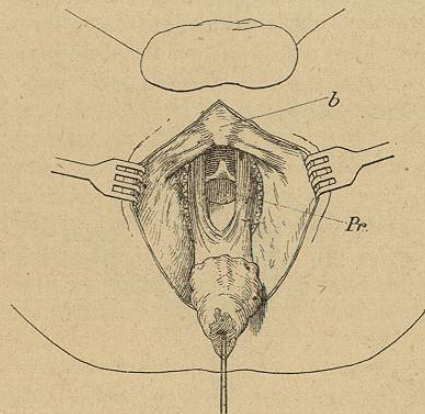


Fig. 721.

Amputation du rectum. Procédé de Quénu. Décollement antérieur.

b, bulbe. — *Pr.*, prostate.

« Incision du raphé ano-bulbaire. — Le raphé ano-bulbaire et les faisceaux antérieurs du releveur sont saisis de la main gauche comme il a été fait précédemment. L'opérateur incise près du bulbe en entamant quelques faisceaux du transverse superficiel. Il s'arrête dès qu'il n'y a plus entre ses mains que les faisceaux du releveur.

« A ce moment, le rectum est séparé du bulbe, il ne tient plus au périnée que par les faisceaux antérieurs du releveur et son aponévrose supérieure (fig. 721).

« L'ensemble de ces plans forme de chaque côté, entre le rectum et la prostate une sorte de lame à direction sagittale,

haute de 2 à 3 centimètres, qui ne se voit pas immédiatement après la section du raphé ano-bulbaire. Elle ne se devine à ce moment-là que lorsqu'on tire le rectum en arrière. On détermine ainsi en avant de cet organe, une dépression que remplit le tissu cellulaire prérectal. Les doigts effondrent facilement ce tissu, sans qu'il soit besoin de rien sectionner. A mesure qu'on le refoule et qu'on le détruit, on voit apparaître successivement la face inférieure de la prostate, la saillie des vésicules séminales et la lame prostato-péritonéale, le cul-de-sac recto-vésical.

« C'est après la destruction de ce tissu cellulaire prérectal que l'on crée au-devant du rectum une cavité spacieuse profonde de 3 à 4 centimètres, dont la base quadrilatère est plus large que le sommet. L'ensemble représente donc une sorte d'entonnoir dont le cul-de-sac péritonéal forme le fond.

« La face postérieure est formée par la paroi antérieure du rectum oblique en bas et en avant. La face antérieure par la prostate et l'aponévrose prostato-péritonéale englobant, mais laissant voir, les deux canaux déférents et l'espace libre interdéférentiel. Le sommet, avons-nous dit est formé par la saillie convexe du cul-de-sac péritonéal mince et dépressible, de coloration plus pâle que les téguments antérieurs et postérieurs. Les faces latérales sont constituées d'avant en arrière par les faisceaux du releveur, son aponévrose supérieure et la gaine fibreuse qui engaine les vaisseaux hémorroïdaux moyens.

L'aire de cette excavation était comblée par le tissu conjonctif lâche que les doigts viennent de détruire, et l'ensemble formait cette région que MM. QUÉNU et HARTMANN ont nommée : l'espace décollable du rectum.

« La cloison sagittale fibro-musculaire, qui forme la paroi latérale de cet espace, se tend fortement lorsqu'on tire le rectum en arrière. On la sectionne des deux côtés avec le bistouri, ou avec les ciseaux, plus près de son insertion antérieure que de la postérieure et l'on pince les vaisseaux hémorroïdaux moyens. A ce moment, la séparation du rectum en avant est achevée (fig. 722).

« Libération du rectum en arrière et section du coccyx. — L'aide relève le rectum vers le pubis, et l'on sectionne quelques

fibres du raphé ano-coccygien et du releveur, qui avaient échappé au bistouri dans les temps précédents.

« On coupe toutes les attaches aponévrotiques et musculaires des bords latéraux du coccyx, puis d'un seul coup de ciseaux on désarticule le coccyx.

« Le chirurgien introduit les doigts entre la face postérieure

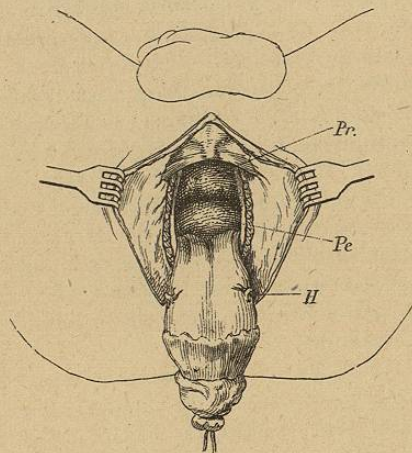


Fig. 722.

Procédé de Quénu. Abaissement jusqu'au péritoine.
H, artères hémorroïdales moyennes. — Pr, prostate. — Pe, péritoine.

du rectum relevé en avant et la face antérieure du sacrum. Il détruit le tissu cellulaire, les tractus fibreux sacro-rectaux, quelques branches nerveuses et vasculaires insignifiantes. Il remonte ainsi dans son décollement jusqu'au promontoire. Ce temps s'exécute très vite sans effusion de sang.

« A ce moment le rectum est déjà très abaissé : 12 à 14 centimètres environ dépassent le plan périnéal. Il n'est plus retenu que par ses attaches péritonéales et le méso-rectum.

« Section du péritoine. — On pince le cul-de-sac péritonéal qui fait saillie dans le fond de la plaie et on l'ouvre transversalement. Cette simple section permet au rectum de s'abaisser de

quelques centimètres (1 centimètre et demi à 2 centimètres). On prolonge un peu l'incision sur les parties latérales (fig. 723). L'incision du méso-rectum doit se faire méthodiquement.

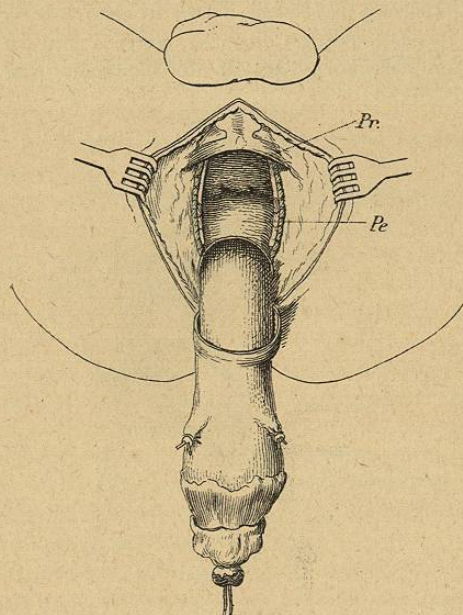


Fig. 723.

Procédé de Quénu. Ouverture du péritoine.
Pr, prostate. — Pe, péritoine.

« Lorsqu'on tire sur le rectum et qu'on le porte non plus verticalement en bas, mais transversalement à droite vers l'ischion, on voit la lame gauche du méso se dessiner sous forme d'un triangle dont la pointe finit en haut sur la paroi rectale. La base libre s'étend transversalement en bas, au fond de la plaie. L'aide continuant sa traction vers la droite : l'opérateur saisit le rectum entre les doigts et place une pince longue sur la lame gauche du méso, aussi près que possible de la paroi rectale, que

ses doigts protègent ; puis il incise entre la pince et le rectum. On pratique ainsi par échelons la section du méso-rectum, et cela des deux côtés (fig. 724).

« Si la tumeur est très élevée, il sera nécessaire de répéter trois ou quatre fois cette section du méso, mais il faut se rappeler que le rectum descendra d'autant plus facilement que l'on cou-

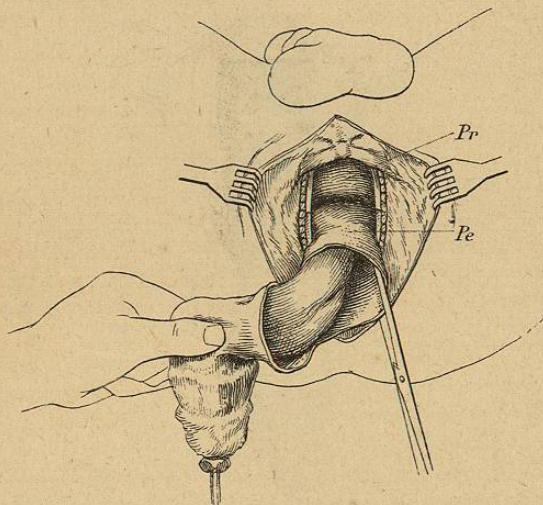


Fig. 724.

Procédé de Quénu. Pincement du méso-rectum.

Pr, prostaté. — *Pe*, péritoine.

pera plus près de sa paroi. Nous ne saurions trop insister sur ce détail. A ce moment la libération du rectum préparée dans les temps précédents est achevée. On la jugera suffisante lorsque la partie saine de l'intestin, celle qui se trouve au-dessus du néoplasme et sur laquelle l'excision va porter, atteint sans tiraillement l'angle postérieur de la plaie périnéale.

« Restauration partielle des plans abdominaux. — On referme le péritoine en l'adossant à la paroi antérieure du colon, par trois ou quatre points de suture au catgut.

« On rapproche ensuite les débris du releveur et leur aponévrose et on les suture bord à bord. La face antérieure de la prostate se trouve alors recouverte par une sangle musculo-aponévrotique qui plafonne la plaie périnéale et en détruit la profondeur.

« Il ne faut pas suturer les releveurs dans toute leur étendue, c'est-à-dire jusqu'au rectum, car entre la prostate et le plan musculaire existe un espace virtuel, mais décollable, où les liquides septiques pourraient s'accumuler.

« On bourre la plaie périnéale, et l'on entoure l'extrémité supérieure du cylindre rectal de gaze.

« On ouvre alors l'orifice anal, et l'on incise la paroi antérieure du rectum en s'arrêtant assez loin de la plaie périnéale. Par l'anus iliaque on fait passer 3 à 4 litres d'eau oxygénée. Le lavage ramène des débris cancéreux et des caillots que les malaxations et les tractions sur le rectum au cours de l'opération ont pu produire. Il est facile d'exécuter ce temps sans risques d'aucune contamination, le cylindre rectal se trouvant hors de la plaie et en étant séparé par de nombreuses compresses.

« Amputation du rectum et suture du bout supérieur. — On enlève avec précaution toute la gaze et l'on incise circulairement les parois du rectum un peu au-dessous de la plaie périnéale, bien au-dessus des limites de la tumeur. Cette incision circulaire se fait couche par couche.

« On coupe d'abord les tissus péri-rectaux en pinçant les vaisseaux à mesure qu'ils saignent. On jette sur eux quelques ligatures au catgut. On incise ensuite le péritoine, puis les tuniques musculaires, et enfin la muqueuse en prenant les mêmes précautions, c'est-à-dire en pinçant et liant les vaisseaux au fur et à mesure.

« L'amputation du rectum est terminée ; il s'agit de fixer le bout supérieur.

« On le fixe, non pas dans l'angle postérieur de la plaie, mais un peu en avant, pour éviter de comprimer la paroi intestinale sur la surface de section du coccyx. Il est nécessaire pour cela d'employer une quinzaine de sutures séparées traversant toute la peau du périnée d'une part, d'autre part, toute l'épaisseur de la paroi rectale.

« Lorsque le rectum est ainsi abouché à la peau on ferme en arrière de lui tout ce qui reste de la plaie périnéale. On diminue également l'étendue de la plaie antérieure par 3 ou 4 points

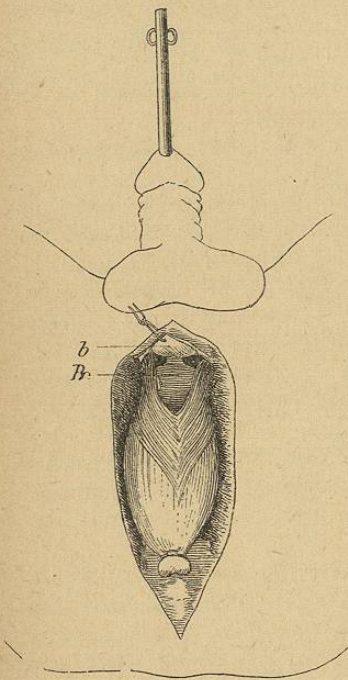


Fig. 725.

Procédé de Quénu. Amputation du rectum avec résection prostatique. Mise à nu de la prostate *Pr.* — *b*, bulbe.

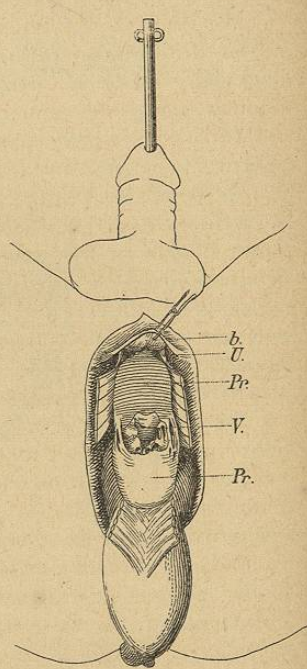


Fig. 726.

Procédé de Quénu. Amputation avec résection prostatique, Abrasion de la tranche prostatique *Pr., Pr.* — *b*, bulbe. — *U.*, urètre. — *V.*, vésicales séminales.

de suture placés sur la peau immédiatement en avant du rectum.
« L'ensemble de la plaie périnéale est donc fermé dans toute sa partie postérieure par une ligne de sutures au centre de

laquelle se trouve le nouvel anus ; en avant, il existe une large surface cruentée, peu profonde, qu'il est prudent de ne pas suturer. »

Lorsque le cancer adhère à la prostate, la technique est un peu modifiée, afin d'enlever avec le rectum une tranche prostatique, tout en respectant l'urètre. Après la section du raphé bulbo-sphinctérien et celle du releveur de l'anus, l'urètre membraneux est mis à découvert au fond de la plaie et on le voit saillir, rempli et distendu par un cathéter (fig. 725). Le pouce et l'index saisissant alors la prostate latéralement sentent le cathéter à travers l'épaisseur du tissu prostatique et repèrent ainsi la direction de l'urètre. Le bistouri placé à plat, parallèle à l'urètre membraneux, abrase une tranche de prostate (fig. 726) et ne laisse entre lui et le conduit urétral qu'une mince couche de tissu glanduleux. On peut au besoin enlever facilement les vésicules séminales. L'opération continue ensuite comme il a été dit (fig. 727).

Chez la femme. — « La malade est placée dans le décubitus dorsal : l'anus est fermé par une suture en bourse.
« On circonscrit l'anus par une incision ovale, dont la grosse extrémité se rapproche de la fourchette vulvaire. On

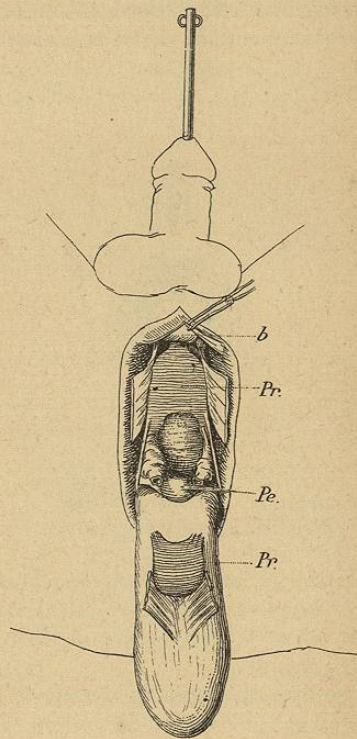


Fig. 727.

Procédé de Quénu. Amputation avec résection prostatique. Abaissement jusqu'au péritoine *Pe.* — *Pr., Pr.*, prostate. — *b*, bulbe.

prolonge cette incision en arrière jusqu'à la base du coccyx. Le tracé représente une raquette.

« On repasse dans l'incision et l'on coupe le tissu cellulaire sous-cutané. En arrière, on sectionne la cloison ano-coccygienne latéralement, on divise la graisse ischio-rectale jusqu'à ce que

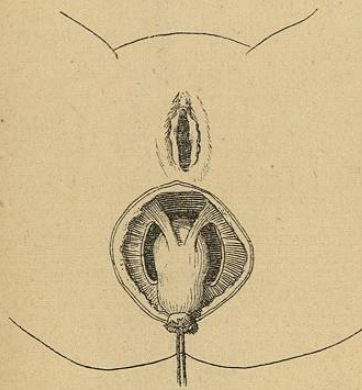


Fig. 728.

Amputation du rectum chez la femme. Procédé de Quénu.

l'on voie la face inférieure du releveur. On incise les faisceaux moyens du releveur à quelques centimètres de leur insertion rectale, puis les faisceaux postérieurs. On ne respecte que les faisceaux antérieurs qui doivent servir de point de repère pour la section du raphé ano-vulvaire (fig. 728).

« Dans la section de ce raphé, on peut procéder comme chez l'homme, c'est-à-dire passer ses doigts au-dessus des faisceaux antérieurs du releveur en décollant ce muscle du rectum,

saisir à pleine main tout le septum ano-vulvaire et le sectionner jusqu'aux faisceaux musculaires exclusivement. Le rectum tiré en arrière par l'aide, est ainsi protégé par les doigts mêmes de l'opérateur.

« Mais comme ici le champ de dissection est plus large, on peut, sans s'occuper du rectum, disséquer la face postérieure du vagin, en la saisissant entre le pouce et l'index jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur les faisceaux antérieurs du releveur.

« Dans l'écartement de ces faisceaux se devine déjà l'espace décollable que nous avons décrit plus haut. On l'effondre en détruisant avec le doigt le tissu cellulaire qui le remplit. Les lames sagittales recto-vaginales se montrent alors tendues lorsqu'on tire le rectum vers le coccyx. On les coupe verticale-

ment de haut en bas très près du vagin. L'intestin retombe alors dans l'angle postérieur de la plaie.

« L'ouverture du cul-de-sac péritonéal, la section du coccyx, la désinsertion du méso-rectum, se font absolument comme chez l'homme. Nous renvoyons donc, pour la terminaison de cette opération, à ce que nous avons dit plus haut » (QUÉNU).

Voie vagino-périnéale. — L'opération ne diffère, pour l'extirpation de la partie inférieure du rectum, sphincter anal compris, de l'opération précédente que par la section complète, sur la ligne médiane, de la paroi postérieure du vagin, ce qui permet une dissection plus facile de l'ampoule rectale. Il faut, après abaissement du rectum sain, restaurer complètement la paroi vaginale postérieure et le périnée, comme dans une périnéorrhaphie.

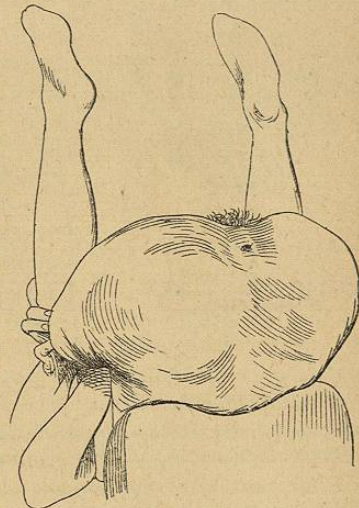


Fig. 729.

Amputation du rectum. Voie sacrée. Position du malade (MORESTIN).

β) *Partie moyenne, ampoule rectale.* — On peut employer, chez la femme, la *voie vaginale*; et chez l'homme et la femme la *voie sacrée*. C'est l'opération par voie sacrée que nous avons à décrire ici. Nous n'indiquerons que la résection définitive du sacrum, la résection temporaire étant aujourd'hui abandonnée.

Opération de KRASKE. — Le malade est couché sur le côté droit (KRASKE) ou gauche (HOCHENEGG), les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen; ou bien comme le recommande MORESTIN, il est

¹ MORESTIN. Thèse de Paris, 1894, p. 210.

placé sur le dos (fig. 729), les cuisses extrêmement fléchies sur le bassin, ce dernier soulevé par un coussin ou une alèze roulée placée au niveau des tubérosités iliaques. Le chirurgien, assis, a devant lui, bien exposée, toute la paroi pelvienne postérieure.

L'incision cutanée a été faite suivant de nombreux tracés, deux simples sont suffisants : le tracé de KRASKE, et celui de HOCHENEGG. KRASKE pratique (fig. 730) une longue incision médiane



Fig. 730.

Amputation du rectum. Voie sacrée. Incision de Kraske.

Fig. 731.

Amputation du rectum. Voie sacrée. Incision de Hochenegg.

partant de l'anus, suivant la rainure interfessière, aboutissant sur la crête sacrée à peu près au milieu du sacrum. HOCHENEGG fait une incision courbe (fig. 731), concave à gauche, commençant à la partie moyenne de l'articulation sacro-iliaque gauche, gagnant la ligne médiane qu'elle croise en se dirigeant vers le bord droit du coccyx, et qui suit ce bord jusqu'un peu au delà de la pointe.

Incisant les parties molles, on dégage les bords du coccyx et le bord gauche du sacrum. On résèque complètement le coccyx et une partie variable du sacrum. Afin de ne pas léser de nerf utile, la résection sacrée ne devra pas remonter au-dessus des troisièmes trous sacrés, la résection étendue jusqu'au-dessous des

deuxièmes trous (ROSE) est donc beaucoup trop large (fig. 732, EF).

La portion sacrée enlevée varie suivant les besoins créés par le volume et la situation de la tumeur. On peut échancrer le bord gauche du sacrum, au-dessous du troisième trou sacré, contournant en dedans le quatrième et aboutissant en bas, sur la ligne médiane (KRASKE); on peut étendre cette échancrure jusqu'au bord droit du sacrum (HOCHENEGG) (fig. 732, AB); on peut enfin réséquer suivant une ligne transversale passant sous les troisièmes trous sacrés (BARDENHEUER) (fig. 732, CD).

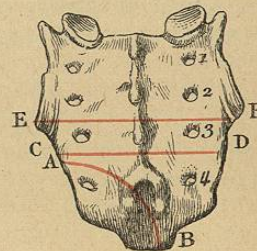


Fig. 732.

Lignes de section du sacrum. AB, Kraske-Hochenegg. — CD, Bardenheuer. — EF, Rose.

Le sacrum suffisamment échancré, on libère et attire le rectum et le néoplasme, et on résèque ce dernier selon les règles habituelles, en fermant à ses deux bouts le segment enlevé, et ne coupant qu'entre deux ligatures. Le péritoine est toujours ouvert pour faciliter la descente du bout supérieur, on referme autant que possible l'ouverture péritonéale, ne drainant la séreuse que si elle a été contaminée par accident.

Le segment néoplasique, réséqué entre ligatures et sans avoir été ouvert, il reste à rétablir la continuité du tube intestinal ou à confectionner un anus artificiel sacré ou iliaque.

La réunion des deux bouts de l'intestin (KRASKE) peut être faite complètement, ou partiellement. Dans ce dernier cas on laisse l'intestin ouvert en arrière. Du reste la fistulisation est de règle après la suture complète. Cette suture, en tous cas, doit remplir certaines conditions indispensables : « Il faut multiplier les plans de sutures (CZERNY, MORESTIN); il faut maintenir un drain dans l'intérieur du calibre intestinal (HOCHENEGG, KRÖNLEIN); et il faut placer contre le rectum un tamponnement qui soutiendra ses parois et qui, en cas d'échec de la suture,

conduira les matières intestinales au dehors. » (QUÉNU et HARTMANN.)

L'invagination du bout supérieur dans l'inférieur (HOCHENEGG), avec suture, au niveau de la marge de l'anus, du bout supérieur abaissé, réclame un segment supérieur assez long pour pouvoir être abaissé *sans tension* à l'anus, et ce cas se présente rarement pour les cancers opérés par voie sacrée. Le bout supérieur suturé remontera, du reste, lorsque les fils auront coupé les tissus ou auront été enlevés, mais la cicatrisation est déjà alors commencée, et les dangers d'infection sont moins grands.

La création d'un anus sacré se fait comme pour l'anus périnéal¹, en recourbant en arrière le bout du rectum pour l'accoler à la brèche osseuse et le suturer à la peau. Les inconvénients de l'anus sacré sont considérables, la situation de l'orifice en rendant très difficiles la toilette et la protection par un bandage ; un bon anus iliaque est bien préférable.

Le retournement du bout supérieur (QUÉNU)² suppose l'établissement préalable d'un anus iliaque. Le cancer étant enlevé, l'opérateur se trouve en présence d'un bout recto-sigmoïde trop court pour être abouché au segment anal ou pour être amené à l'anus, il ne veut pas créer un anus sacré, mais rendre permanent l'anus iliaque établi.

L'extirpation de ce segment nécessite l'ouverture du ventre (CZERNY, BOECKEL), à la fin d'une opération déjà longue et grave.

QUÉNU, dans ce cas, retourna le bout intestinal gênant comme un doigt de gant, de bas en haut, vers l'orifice inférieur de l'anus iliaque.

Une longue pince flexible est introduite par l'orifice inférieur de l'anus iliaque, de haut en bas, jusqu'à l'extrémité inférieure du segment rectal fermé par sa ligature élastique ; les mors de la pince étant écartés saisissent cette ligature à travers l'épaisseur des parois ; la pince fermée est relevée doucement par un aide pendant qu'on favorise directement l'invagination.

Le bout retourné, on applique une pince sur l'intestin, au ras

¹ Voy. p. 279.

² QUÉNU. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 février 1897.

de la paroi abdominale. La pince tombe du cinquième au huitième jour, et il ne reste plus comme bout inférieur de l'anus iliaque qu'un petit cæcum sans inconvénient.

Il faut fermer, du côté de la plaie sacrée, l'ouverture péritonéale.

Mais ce retournement n'est possible qu'avec un bout recto-sigmoïde très court, non abaissable, ce n'est qu'un procédé d'exception.

2° Extirpation totale du rectum. (Néoplasmes.) — **Extirpation par voie combinée, abdomino-périnéale** (GAUDIER-CHALOT). — Procédé de QUÉNU. — Le premier temps opératoire

consiste dans la laparotomie médiane, le malade étant placé sur le plan incliné, et la ligature transpéritonéale des deux artères hypogastriques. Nous connaissons cette ligature¹. Puis commence la libération de l'intestin à enlever.

Libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque gauche. — « Dans le méso-sigmoïde, en un point dépourvu de vaisseaux, on fait un trou qu'on agrandit avec les doigts et on y passe une large mèche de gaze ; on se sert pour cela de l'incision déjà faite au méso pour la ligature de l'artère iliaque interne gauche. Tout autour de l'anse a été disposée une garniture de compresses. Exprimant avec le doigt la portion d'intestin ainsi dépourvue

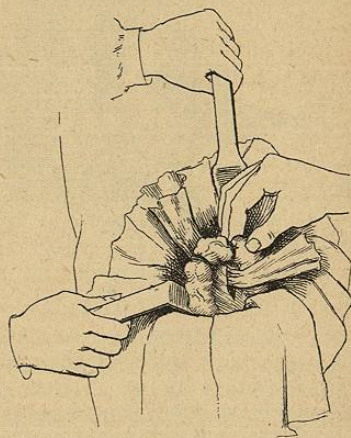


Fig. 733.

Amputation du rectum. Voie abdomino-périnéale. Procédé de Quénu. Libération de l'anse sigmoïde et section de l'intestin.

¹ Voy. p. 248. t. II.