

Bibliothèque numérique

medic@

**Piéchaud, T.. - Traitement du cancer
du rectum**

1883.

***Paris : Imprimerie Tolmer et
Compagnie***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1883x03x07](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1883x03x07)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS D'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS)

14

TRAITEMENT

DU

CANCER DU RECTUM

Thèse présentée et soutenue

PAR

Le Docteur T. PIÉCHAUD

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS — AIDE D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ DE PARIS

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX



PARIS

IMPRIMERIE TOLMER ET C^{ie}

3, RUE MADAME, 3

1883

0 1 2 3 4 5 (cm)

CONCOURS D'AGGREGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCIDENTS)

11

CANCRINOMES

CANCER DU RECTUM

Thèse présentée par



2.1. Les données de l'histoire de la chirurgie du rectum et du sigmoidescolite, les indications de l'opération, les contre-indications, les complications, les résultats, les conclusions.

2.2. Les données de l'histoire de la chirurgie du rectum et du sigmoidescolite, les indications de l'opération, les contre-indications, les complications, les résultats, les conclusions.

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

DIVISION

S'il est permis à un observateur encore jeune de se former une opinion sur les questions à l'étude, il ne lui appartient pas de se prononcer absolument. Soumettre son jugement au contrôle des faits, ajourner ses décisions en attendant le secours de l'expérience qu'on ne peut acquérir dans notre art qu'après bien des méditations et souvent des mécomptes, est certainement le meilleur principe qu'il faut suivre et conserver pour guide.

Aussi devons-nous, avant toute chose, écouter et voir, recueillir avec soin l'enseignement de nos maîtres, et profiter des leçons qu'ils nous donnent après avoir longtemps réfléchi.

Pour nous en convaincre, nous n'avons qu'à jeter une vue rapide sur les progrès accomplis depuis le commence-

ment du siècle, auxquels plus que tout autre la chirurgie abdominale a largement participé. Des procédés jugés impuissants ou funestes, ont peu à peu bénéficié des découvertes destinées à les rendre possibles, et même inoffensifs, et voilà que telles opérations, l'ovariotomie, la laparotomie tendent chaque jour à prendre une large place dans la pratique chirurgicale.

Mais combien d'hésitations, combien d'essais pour en arriver là ! Sans doute, la prudence n'exclut pas la hardiesse, mais tels esprits ont raison de rester dans l'ombre, tandis que tels autres doivent marcher vers le progrès, guidés qu'ils sont par l'inspiration qui les pousse et l'habileté qui les favorise. Ceux-là commettraient souvent des fautes en voulant agir, ceux-ci rendent d'immenses services en suivant leurs inspirations.

Il est toutefois des hardiesses que n'excusent aucun raisonnement et même aucun résultat, parce qu'en somme le hasard heureux ne saurait consacrer l'audace quand il s'agit de la vie humaine.

Dans le domaine de la médecine opératoire qui s'est beaucoup étendu, nous voyons des noms connus à l'étranger. Chaque jour des faits incroyables nous arrivent qui surprennent et semblent nous dire que nous sommes bien au-dessous de notre tâche et restons inférieurs à notre art. Mais c'est au contraire un des mérites de notre Ecole Française de procéder avec prudence et de rester fidèle à l'expérience. Quel est celui d'entre nous qui n'a

entendu enseigner bien souvent par ses maîtres, que l'intervention chirurgicale devait toujours être soumise à des règles générales qui établissent la probabilité du succès et l'honnêteté des moyens?

Loin d'écouter les entraînements qui viennent d'autres pays, nous attendons les résultats et aimons mieux nous en rapporter à nos connaissances précises qui, d'une manière certaine, nous mettent en garde contre des revers justement mérités.

Forts des progrès accomplis dans la première moitié du siècle par nos plus illustres chirurgiens, nous avons le droit d'assister avec une certaine froideur aux tentatives qui de toute part semblent devoir reculer bien loin encore les limites de l'intervention chirurgicale. Cela nous est d'autant plus permis que des découvertes françaises si hardies qu'elles parussent au début, il est resté beaucoup, tandis que nous voyons un retour légitime se faire quelquefois contre des témérités que ne peut excuser le désir d'innover.

La question que les hasards du concours nous imposent aujourd'hui, est une de celles où cet esprit de justice et de prudence a particulièrement fait ses preuves. A peine connue au siècle dernier, elle a été peu à peu toute faite par l'École Française ; puis revue, acceptée par l'étranger, surtout dans ce qu'elle avait de séduisant par ses procédés, elle est revenue vers nous. Créateurs des méthodes, nous avons pour ainsi dire posé la question. La réponse est

faite, mais quelquefois bien exagérée. Il ne nous reste plus qu'à la corriger, en réduisant les faits à leur juste valeur.

Ce n'est pas chose facile que de chercher la vérité parmi les observations connues. Là, nous trouvons des résultats inattendus, des tentatives blâmables, et nous ne saurions excuser ceux qui abordent sans effroi des opérations qu'on pourrait appeler : vivisections. Ici des statistiques où le succès est indiqué si prématurément qu'on doit sans hésiter inscrire les faits qu'elles contiennent dans le cadre des résultats douteux.

Certaines questions peuvent puiser dans la statistique de très-utiles renseignements, celle que nous allons essayer de traiter n'y trouvera qu'une force relative bien faible, non-seulement pour les raisons précédentes, mais aussi parce qu'il est difficile, presque impossible, de constater si des observations publiées et reproduites dans les divers mémoires ne sont pas répétées.

Tous les faits que nous avons relevés et dont nous ferons connaître les traits principaux dans ce travail, portent cependant avec eux des enseignements utiles. Mais nous croyons qu'il est prudent, pour conclure, de nous en rapporter aux opinions de nos maîtres actuels, et nous pensons pouvoir affirmer déjà que l'étude statistique leur donnera raison plus tard. Rappelons en effet qu'avant de faire nos premières recherches nous avons consulté plusieurs d'entre eux et que, marchant avec ces conclusions

a priori qu'ils nous avaient données, et dont nous sentions la justesse, nous n'avons fait plus tard, je le crois, que réunir des preuves qui peuvent déjà les défendre ou les appuyer.

Quelles limites donnerons-nous à cette étude?

Le cancer du rectum est un sujet défini. Il ne comprend pas ces cancers si élevés de la dernière portion du gros intestin que le diagnostic ne les saisit pas, ou que la nosographie peut les ranger dans les maladies de l'S iliaque. Il est limité à cette partie de l'intestin que le doigt peut explorer ou atteindre, que les instruments peuvent saisir et reconnaître.

Il comprend encore non seulement la dégénérescence du rectum proprement dit, mais aussi le cancer anal, attendu que bien souvent on voit le premier être la conséquence du second quand celui-ci s'étend et gagne les régions voisines, et qu'il est aussi fréquent d'observer des cancers du rectum qui peu à peu descendent vers le périnée pour y produire des ulcérations.

Je ne ferai donc pas un chapitre séparé pour ces deux variétés, et je m'attacherai, autant que possible, à faire ressortir seulement quels caractères différents ils pourraient présenter au point de vue de la gravité, si les observations m'en donnent le moyen.

Mais le rectum est aussi le siège de cancers propagés. Ceux-ci n'appartiennent pas au sujet. Leur traitement est tout à fait spécial et à supposer même qu'ils vinssent, à un

moment donné, à réclamer des soins ordinairement réservés au cancer ano-rectal, il va de soi que les préceptes de rigueur qui constituent le traitement du cancer du rectum leur appartiendraient de droit.

Je n'ai pas pensé qu'il était utile d'insister beaucoup sur l'historique de la question et sur la description minutieuse des procédés opératoires nombreux décrits jusqu'à ce jour. Les livres classiques donnent tous les renseignements nécessaires sur ces divers points. Je m'attacherai simplement à faire ressortir ce qui appartient davantage à ces dernières années.

Je crois donc me tenir dans la vérité en abordant très vite la question du traitement, laissant à peu près de côté la description du cancer.

Le traitement du cancer du rectum est médical et chirurgical. A quels cas convient l'un et l'autre ?

Le traitement chirurgical est palliatif et curatif. Quels sont les procédés les plus récents et les meilleurs ?

Le premier chapitre comprendra un court aperçu historique où nous essaierons seulement de faire ressortir les principaux noms à qui la question est redevable d'un progrès sérieux.

Plus loin je dirai quels cas divers s'offrent à la thérapeutique et ferai prévoir, en les indiquant rapidement, les procédés qu'ils réclament.

Ces premières données une fois acquises, je décrirai,

en suivant l'ordre logique, le traitement du cancer du rectum qui est médical et chirurgical, sans m'attacher à fixer le mérite absolu ou relatif des méthodes opératoires. L'extirpation, la rectotomie, la colotomie seront accompagnées de tableaux statistiques qui les concernent.

Dans un dernier chapitre, je présenterai les opinions des chirurgiens étrangers, pour les discuter, en les rapprochant des résultats fournis par les observations, et je dirai quelle semble être la valeur des procédés, et les indications auxquelles on doit obéir pour les employer utilement.

Parmi les observations inédites qui m'ont été données par différents chirurgiens avec qui j'ai dû correspondre, il en est quelques-unes qui ont un intérêt tel que je les publierai *in extenso* dans le cours de ce mémoire.

HISTORIQUE

Deux opérations également anciennes, l'extirpation et la colotomie, représentent les deux opinions opposées, vers lesquelles les chirurgiens dirigent leurs recherches. C'est la grande question du traitement radical et du traitement palliatif qui, nécessairement, résume les nombreuses tentatives faites jusqu'à ce jour contre une affection reconnue presque incurable. Il n'est pas douteux que les deux modes d'intervention ont chacun leurs indications spéciales; mais le problème se réduit à cette simple question : Le traitement palliatif n'est-il pas trop délaissé?

Examinant ce point de pratique chirurgicale devant ses élèves, dans une récente leçon clinique à l'hôpital Necker, M. le professeur Trélat s'exprimait en ces termes : « L'intervention radicale a bientôt entraîné après elle une expérience qui ressortait naturellement des résultats immédiats ou tardifs de l'opération et peu à peu l'opinion s'est faite. Mais les avis sont encore partagés et nous nous trouvons en présence de deux opinions opposées.

« Les uns, en effet, ont abandonné l'opération radicale, ils ne veulent plus toucher au cancer du rectum et l'abandonnent à sa marche progressive.

« Les autres, au contraire, croient encore à l'intervention qui supprime le mal avec l'espoir de le guérir.

« Toujours est-il que l'opération radicale semble chaque jour perdre du terrain.

« Cette expérience acquise durant les années qui nous ont précédé n'a pas encore convaincu les jeunes chirurgiens confiants dans les progrès de la chirurgie nouvelle et la perfection des procédés dont ils peuvent disposer; ils reviennent facilement à la méthode qui a ouvert la voie de l'expérimentation clinique, et ils ne reculent pas devant les opérations graves jusqu'au moment où, découragés, ils abandonnent toute chirurgie d'intervention pour recourir aux opérations palliatives ou même laisser au traitement médical toute la thérapeutique du cancer du rectum.

« Par un retour justifié vers les idées qu'avait mises en avant Amussat, nous voyons à côté de nous la majorité des chirurgiens anglais suivre une méthode mixte qui, sans supprimer la lésion, dirige contre elle le plus puissant palliatif dont nous puissions disposer : la colotomie. D'une façon générale, nous acceptons cette méthode. Il s'agit seulement de s'entendre sur ses vraies indications et de voir quelle part revient dans le traitement du cancer du rectum aux procédés palliatifs. »

Ces paroles du professeur Trélat mettent bien en lumière la question telle qu'elle nous semble posée après l'expérience des années précédentes.

Les opérateurs qui les premiers songèrent à résoudre

le problème furent frappés de deux circonstances : Les difficultés de l'opération et souvent son inutilité. La première opération, qui fut faite du temps de Morgagni et resta incomplète, ne devait pas encourager les chirurgiens, aussi Desault, au commencement du siècle, avant les premières tentatives de Lisfranc, repousse-t-il énergiquement l'extirpation. « Nous ne dirons rien de la cure radicale au moyen de l'excision; comment, en effet, hasarder cette opération, incertain et de la hauteur où se propage la maladie dans l'intestin, et de l'épaisseur des parties qu'elle occupe? Ces réflexions n'ont pas échappé à Morgagni qui rapporte une observation où cette mauvaise pratique a été employée. »

Quelques années plus tard (1826), Lisfranc donnait les règles nécessaires, et en partie suivies de nos jours pour l'amputation du rectum. Cette opération, tout d'abord adoptée, dut subir les nombreuses modifications indiquées par Velpeau (1839), Récamier (1842), Chassaignac (1854), Maisonneuve (1860). Aujourd'hui d'autres progrès auxquels s'attachent surtout les noms de Chassaignac et Verneuil, sont venus nous permettre, tout en agissant avec précision, d'éviter un des accidents les plus sérieux de l'opération; l'hémorragie.

Cet aperçu rapide appartient à l'histoire d'une opération d'origine française, l'extirpation, vers laquelle reviennent aujourd'hui plusieurs des chirurgiens français et étrangers qui l'avaient abandonnée. Mais, à côté de l'extirpation, la méthode opposée, la colotomie, a fait, par une sorte de

réaction trop brusque qu'explique cependant l'insuccès relatif de l'extirpation, un chemin bien rapide.

Déjà, en 1776, Pillore, de Rouen, avait pour combattre une obstruction intestinale déterminée par un squirrhe du rectum, tenté la colotomie, l'ouverture du cœcum. Amussat, qui rapporte cette observation, devait, en 1839, être le promoteur de cette opération applicable désormais au cancer du rectum. Ce fut toutefois la colotomie lombaire qui prit le nom d'opération d'Amussat.

Toutefois, à mesure que l'on appréciait mieux les résultats fournis par ces deux opérations opposées destinées l'une à guérir radicalement, l'autre à porter secours aux accidents les plus pressants, tels que l'obstruction intestinale; convaincu qu'on était de la marche fatale de la maladie, on arrivait à se convaincre de l'inutilité d'une opération dangereuse pour certains cas au moins, et la rectotomie proposée dans une certaine mesure par Allingham, devenait entre les mains de M. le professeur Verneuil, une opération précieuse contre les accidents redoutés : la douleur et l'obstruction elle-même.

Nous ne pouvons rappeler ici les noms de tous ceux qui ont contribué à l'étude du traitement du cancer du rectum; il nous suffit d'établir au commencement de cette étude que cette importante question a été tout entière créée par l'École Française. A l'étranger, sans doute, des travaux nombreux ont aussi paru; les observations se sont multipliées; mais c'est là un complément de l'histoire à peine esquissée dans les lignes précédentes que nous ne

voulons pas entreprendre, parce qu'il nous exposerait à des redites pénibles, obligé que nous serons de mettre à la fin de ce mémoire, en regard les unes des autres, les opinions des divers chirurgiens qui ont adopté soit les opérations palliatives, soit les opérations curatives.

Cependant il est un point que déjà, sans empiéter sur les sujets à traiter, nous pouvons indiquer ici. La colotomie, longtemps abandonnée chez nous, tend, par un retour qui s'accroît chaque jour, comme le fait remarquer Bouvet dans sa thèse, à prendre une place importante dans notre pratique, tandis qu'à l'étranger, en Allemagne et en Angleterre, l'extirpation compte de nouveaux partisans. Bien plus, maintenue dans des limites raisonnables qui n'étaient que l'expression des règles posées par Lisfranc, Velpeau, etc., l'extirpation a bientôt, non pas bénéficié, mais souffert des sécurités données par les méthodes antiseptiques, et certains opérateurs n'ont plus craint d'ouvrir le péritoine pour mieux diriger une opération pénible d'extirpation. Ces tentatives plus que hardies n'ont pas été et ne seront pas acceptées en France.

Chez nous, en effet, l'extirpation est faite dans des limites restreintes qui comprennent les cas simples où le chirurgien ne peut avoir d'autre préoccupation que de dépasser bien largement les limites du mal, sans être exposé à léser des organes importants et à ouvrir le péritoine. Or, comme la chirurgie active ne rencontre presque jamais que des cancers déjà trop étendus et presque inopérables, nous voyons un courant de faveur se produire

vers les opérations palliatives. Parmi ceux qui l'ont surtout dirigé dans ces dernières années, nous devons citer en première ligne MM. les professeurs Trélat et Verneuil qui, par leurs communications et leur enseignement de chaque jour, ont montré, le premier, les services que pouvait rendre la colotomie dont il nous a tracé le manuel opératoire, et, le second, les indications de la rectotomie, ainsi que certaines modifications utiles pour les méthodes d'extirpation.

A côté de leurs travaux, vient naturellement le mémoire de M. L. Labbé qui, en 1878, a présenté devant l'Académie de médecine des conclusions tendant à restreindre l'opération radicale, défendue en 1873 par Marchand, pour donner au contraire à la colotomie lombaire une plus large place dans la thérapeutique, et la première parmi les opérations palliatives.

M. le professeur Richet, partisan de l'opération palliative toutes les fois qu'elle est indiquée par des phénomènes d'obstruction ou des douleurs vives, inspira, en 1875, à Ernest Richard, une thèse sur *l'opportunité de l'anus artificiel dans le cas de tumeurs du rectum*, où ses idées et les résultats qu'il a obtenus se trouvent consignés.

II

APERÇU CLINIQUE SUR LE CANCER DU RECTUM

Après avoir, dans les deux courts chapitres qui précèdent, indiqué la marche que nous suivrons et l'idée générale qui nous guidera dans la recherche des conclusions, il nous a paru nécessaire d'établir sous quelle forme se développait le cancer du rectum et quels accidents il pouvait déterminer, afin de mieux établir plus tard les indications du traitement.

Le cancer du rectum a une marche bien connue. Assez rapide dans sa propagation vers les régions voisines, il envahit les tuniques intestinales, le tissu cellulaire voisin, enfin les organes placés près du rectum. Mais il présente deux formes principales : le carcinome et l'épithélioma; le premier dès le début plus diffus, difficile à circonscrire; le second, au contraire, plus facilement reconnaissable, quelquefois très-limité et par conséquent plus accessible. Le carcinome, ou cancer dur, peut, dans une certaine mesure, être confondu avec un rétrécissement simple.

Cette erreur a certainement été commise plusieurs fois, et sans insister ici d'une façon spéciale sur la dénomination de squirrhosités donnée par Desault aux rétrécissements du rectum, et sur le traitement par la dilatation qu'il paraît avoir fait subir indistinctement aux cancers et

aux coarctations fibreuses, nous dirons que plusieurs observations rencontrées dans le cours de nos recherches nous ont paru devoir être abandonnées, parce qu'elles n'avaient rien de net comme diagnostic et paraissaient renfermer un doute bien voisin d'une erreur.

A la deuxième période de son évolution, le cancer du rectum, ulcéré, est mieux reconnu, les deux formes revêtant des caractères communs. Mais au début, tandis que le carcinome infiltre sur une étendue généralement assez large, quelquefois très-vaste, l'épaisseur même des parois du rectum, l'épithélioma se présente sous forme de tumeur sessile ou de plaque végétante qui, très-facilement, saigne et prend l'aspect fongueux.

Ces faits sont bien connus : il en est un qui l'est moins. Les observations généralement sont muettes sur le diagnostic précis. Par contre, quand elles parlent du diagnostic histologique, elles n'indiquent pas la marche qu'a suivie la tumeur. Aussi devient-il bien difficile de prévoir *à priori* quelles pourront être les indications spéciales appartenant aux différentes tumeurs. Les règles du traitement devront être, à ce point de vue, calquées sur celles des tumeurs malignes en général : on enlèvera de préférence les tumeurs petites, bien limitées, les épithéliomas en général, tandis qu'on aura plus de tendance à soumettre aux palliatifs les tumeurs étendues, les carcinomes dont la marche sera plus rapide, les complications plus graves, le volume plus considérable et les limites moins précises. « Il faut extirper les cancers très-limités de l'extrémité du rectum ou de la marge de l'anus. » (D^r TRÉLAT.)

Le siège importe peut-être plus que la forme au point de vue de l'intervention. Sans considérer la variété histologique, nous voyons, en général, les tumeurs cancéreuses du rectum se développer soit au niveau de l'anus dans la région du sphincter externe, soit au-dessus de l'anus près du sphincter interne, enfin quelquefois beaucoup plus haut dans des limites déjà trop éloignées pour que nous puissions atteindre la tumeur avec le doigt.

On conçoit sans peine que pour chacune de ces régions l'intervention sera différente ; l'extirpation, la rectotomie peuvent agir sur les cancers placés à la partie inférieure de l'intestin, l'anus anormal au contraire se trouvant tout indiqué, quand la tumeur est inaccessible ou non limitable dans ses parties supérieures.

Mais un cancer du rectum, quel que soit primitivement son siège, peut s'étendre vers les régions voisines, et s'il n'occupait tout d'abord que la région anale, par exemple, marcher, vers la partie supérieure du rectum.

Cette condition fréquente de son développement rend nécessaire l'exploration attentive de la région malade avant toute opération, et très-précises les règles générales posées par Lisfranc, qui veut que seuls soient soumis à l'extirpation, les cas où le doigt peut franchir la tumeur et la bien limiter à sa partie supérieure.

Nous sommes, par ces considérations sur le siège des tumeurs du rectum, naturellement conduit à nous demander jusqu'à quelles limites on peut à bon droit porter l'instrument tranchant sans ouvrir le péritoine. M. Mar-

chand, dans sa thèse de doctorat (1873), a longuement discuté cette question, que nous retrouvons encore dans la thèse de M. Bouvet (Bordeaux, 1881). M. Marchand établit, d'après les recherches de M. Farabeuf, que le péritoine, loin d'occuper la situation fixe que les auteurs classiques lui donnent en général, peut être plus ou moins rapproché du périnée selon les sujets. En effet, il est d'autant plus rapproché de la peau, que le sujet est plus maigre et que la vessie est plus vide. Il s'élève au contraire chez les sujets gras et pendant la réplétion de la vessie chez l'homme ou l'élévation de l'utérus chez la femme. « Dans l'état de repos, dit M. Marchand, on peut estimer, avec M. Sappey, à 6 centimètres la portion sous-péritonéale du rectum, de sorte que dans les deux sexes, on ne pourrait enlever sans danger plus de 6 centimètres d'intestin, si l'on ne pouvait décoller la séreuse qui le tapisse. Mais ce décollement est possible et explique comment on a pu remonter à plus de 10 centimètres sans ouvrir la séreuse, tandis qu'on l'a ouverte quelquefois en extirpant seulement les 5 ou 6 derniers centimètres du rectum. »

Comment, en effet, comprendrions-nous autrement que des chirurgiens aussi habiles que M. J. Bæckel, Holmer de Copenhague et plusieurs autres dont nous lisons plus loin les observations, aient osé amputer 10 et 11 centimètres du rectum?

Le cancer une fois développé et reconnu se présente avec des caractères de mobilité ou d'adhérence que le chirurgien chargé d'intervenir doit rechercher avec soin.

Le siège et l'étendue sont les premiers faits qu'on constate, la mobilité en tous sens est le second qu'on doit examiner. Or, les observations nous apprennent que cette mobilité est bien souvent trompeuse. En effet, la tumeur pourra adhérer aux organes génito-urinaires, en avant; mais ceux-ci sont assez mobiles, assez peu fixes pour que le doigt introduit dans le rectum perçoive la sensation d'une mobilité qui cependant cache des rapports dangereux. Il serait peut-être plus facile chez la femme de découvrir les adhérences antérieures par le toucher vaginal.

Cette difficulté de reconnaître les propagations morbides de la tumeur vers les tissus voisins existe encore, lorsqu'on veut examiner ce qui pourrait exister de semblable du côté du sacrum... Nous avons constamment été frappés, en lisant les observations citées plus loin, de la fréquence des prolongements cancéreux ignorés par le diagnostic et de ces noyaux isolés, répandus soit vers la concavité du sacrum, soit près de la cloison recto-vaginale.

Il est donc, dans tout diagnostic, une part pour l'incertitude, et on ne doit pas l'oublier sous peine de s'exposer à des surprises. *La mobilité de la tumeur n'a qu'une valeur relative : il faut en tenir compte sans lui donner une grande importance.*

Nous connaissons la forme, le siège, l'étendue de la tumeur cancéreuse du rectum, la marche plus ou moins rapide qu'elle peut présenter vers les tissus voisins.

Examinons maintenant les accidents qu'elle peut déterminer par sa présence, son volume.

Parmi les malades atteints du cancer du rectum, il en est un certain nombre chez lesquels les troubles fonctionnels sont peu accusés. La tumeur se développe, s'ulcère, envahit les tissus sans provoquer d'autres signes qu'un peu d'écoulement, de la constipation légère. La santé se maintient jusqu'au moment où les progrès du néoplasme sont tels qu'il survient des hémorrhagies, de l'affaiblissement et tous les signes de la cachexie cancéreuse. Ces cas assez rares, à la vérité, se présentent dans les mêmes conditions que certains cancers utérins que le chirurgien trouve déjà trop étendus, pour être justiciables d'une opération, quand les malades viennent réclamer les secours de son art.

Les cas opposés, où les troubles fonctionnels : douleur, obstruction, ou constipation opiniâtre, se présentent dès le début sont certainement plus fréquents. Le type clinique de ces malades affectés d'écoulements muqueux sanglants, poursuivi par des douleurs vives chaque fois qu'ils veulent aller à la selle, tourmentés par de la constipation, cherchant enfin dans la diète presque absolue un secours contre les douleurs atroces de la défécation, ce type clinique, dis-je, est fréquent : la plupart des observations le retracent en insistant sur celle des complications qui a justifié l'intervention chirurgicale.

En présence de ces troubles profonds qui chaque jour compromettent davantage la santé et la vie du malade,

l'obligation d'agir est impérieuse; mais nous ne voyons pas encore dans quel sens, dans quelles limites l'intervention doit être pratiquée. Chaque opération, pour être légitime, demande un ensemble de conditions qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler les indications. Supposons un instant que la tumeur se présente avec les signes indiqués précédemment, sans adhérences aux organes voisins et dans des limites peu étendues : l'extirpation du mal semblera possible. Mais que le vagin soit envahi, que la prostate, l'urèthre ou la vessie fassent corps avec le cancer, l'opération sera contestable, on hésitera avec raison avant de faire subir au patient une mutilation grave qui menace de compromettre la vie. Ne doit-on pas encore tenir le plus grand compte de la généralisation produite soit dans le système lymphatique ou les viscères éloignés?

Il existe donc pour une même affection des cas multiples qui modifient fréquemment la décision du chirurgien et rendent utiles des conclusions précises quand on examine la question du traitement du cancer en général.

Ces conclusions, pour ce qui nous concerne, ne peuvent encore être données, puisque nous avons pris pour tâche de les apporter seulement après avoir examiné les observations publiées. Mais, des faits généraux qui appartiennent à l'anatomie pathologique du cancer du rectum, on peut conclure :

1° Que certains cancers étendus et exempts de complications sérieuses seront, de préférence, soumis à un traite-

ment simple destiné à ménager les forces du patient, à prévenir les accidents possibles,

2° Que d'autres moins simples dans leur marche offrent à chaque instant des complications pour lesquelles on doit agir.

3° Que certains, se trouvant dans des conditions de délimitation bien nette, semblent justiciables de l'opération radicale qui arrivera rarement mais quelquefois à guérir;

4° Enfin une opération est indiquée; quelle sera cette opération?

Cette dernière question résume toutes les autres, puisqu'en somme le problème qui ne saurait présenter de difficultés quand il s'agit du traitement médical pur et simple, applicable aux tumeurs inopinables, se retrouve tout entier à propos des tumeurs compliquées ou non compliquées, que l'instrument tranchant peut supprimer tout entières, ou dont il peut écarter les accidents survenus à un moment donné.

L'opération radicale et le traitement palliatif ont en effet des points communs qui ne permettent pas d'établir entre eux une limite nette, précise. Certains auteurs semblent admettre que l'amputation du rectum vaut, comme palliatif, les autres méthodes, en conservant pour elle cette chance de guérir complètement la maladie; d'autres, et nous avons déjà plus longuement expliqué leur manière de voir, veulent qu'on assigne, sans hésiter, aux opérations diverses, la place qui leur est due. En un mot, l'extirpation peut être faite souvent, mais dans beaucoup

de circonstances ne vaut-il pas mieux recourir à une opération palliative qui, au lieu d'enlever tout le mal, vise seulement l'accident jouant le rôle de complication ?

Il est bien des complications auxquelles je ne me suis pas arrêté, telles que l'hémorragie, les fistules, les accidents du côté du péritoine. Dans leur ensemble elles ne paraissent pas modifier beaucoup l'action que le chirurgien doit diriger contre la douleur ou l'obstruction. Ces deux dernières complications, à elles seules, semblent régir absolument la thérapeutique applicable aux tumeurs du rectum.

III

TRAITEMENT

Dans le chapitre précédent je me suis attaché, non pas à décrire le cancer du rectum et ses complications, mais simplement à faire ressortir les caractères dominants, les complications principales qui tracent d'eux-mêmes un traitement rationnel, et j'ai aussi entrevu, simplement, vers quelles conclusions me conduirait cette étude.

Dans les chapitres suivants, j'étudierai le traitement du cancer du rectum tel qu'il est compris en général ; mais, comme je l'ai déjà dit, en élaguant du manuel opératoire ce qui me semble déjà bien connu.

Ce traitement est médical et chirurgical.

Le traitement chirurgical est palliatif ou curatif.

1° TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical intervient dans le cancer du rectum dans deux circonstances bien différentes. Il est un parti pris, c'est-à-dire une conduite arrêtée en principe en raison de circonstances nombreuses qui rendent l'opération impraticable, ou bien il se présente comme une ressource utile dans tout le cours de la maladie, même après l'opération, pour soulager les malades et les aider à traverser les épreuves dont leur triste situation est constamment remplie.

Il doit s'occuper, par conséquent, de la santé générale et des accidents qui peuvent se présenter du côté de la tumeur.

L'alimentation joue ici un rôle important. Rechercher parmi les aliments ceux qui conviennent le mieux au malade, et sont susceptibles de provoquer le moins possible d'irrégularités dans les digestions ; aider les bons effets de l'alimentation par l'usage bien dirigé de quelques préparations toniques ; maintenir le régime des selles par quelques boissons laxatives employées en temps utile pour éviter la constipation ; tels sont les conseils que donnent indistinctement tous les classiques.

Mais la constipation, les écoulements incessants si souvent observés, l'hémorragie, la fétidité des écoulements

eux-mêmes, la douleur constante ou surtout provoquée par le passage des matières sur la tumeur ulcérée et fongueuse, sont des accidents communs contre lesquels on aura à lutter à chaque instant.

La surveillance attentive de ces diverses complications et les soins qui leur appartiennent, sagement dirigés, peuvent quelquefois rendre la vie supportable et prolonger longtemps l'existence. Nélaton, envisageant ces cas qui ne sont justiciables d'aucune opération, entrevoit la possibilité de faire vivre, par le traitement purement médical, les malheureux patients pendant des années. Malheureusement les Mémoires qui traitent du cancer du rectum sont généralement fort pauvres au chapitre du traitement médical, et il serait difficile d'indiquer ici autre chose que ce que l'expérience de chacun ou le jugement personnel inspire. Peut-être, en attirant l'attention des praticiens qui ont souvent à donner leurs soins à des cancéreux inopérables, sur ce point particulier de la question, obtiendrait-on quelques renseignements utiles qui nous apprendraient comment on peut varier le régime, comment on peut se servir en temps utile de tel ou tel médicament externe. M. le Dr Lande, professeur agrégé de l'École de Bordeaux, nous signalait, il y a peu de temps, l'observation d'un malade, atteint depuis longtemps d'un volumineux cancer, qui semble avoir singulièrement bénéficié, pendant quatre années consécutives, du perchlorure de fer employé en préparation interne et même comme médicament externe.

Le perchlorure de fer s'adresse spécialement aux cas compliqués d'hémorragies fréquentes. Sous forme d'in-

jections données deux ou trois fois par jour il arrête promptement l'écoulement sanguin, et, dans plusieurs observations rapportées à ce sujet, il paraîtrait que l'amélioration s'est maintenue assez longtemps pour permettre aux sujets de reprendre des forces et de revenir à un état apparent de santé. Rouse (St-Georges Hospital reports 1878, p. 342) signale le fait en donnant deux observations, l'une d'une femme de 50 ans, l'autre d'un homme de 56 ans qui, après avoir présenté des hémorragies considérables, en étaient venus au dernier terme de l'épuisement. Les injections au perchlorure modifièrent très-heureusement cette tendance aux hémorragies.

A côté du perchlorure, beaucoup plus actif et réservé spécialement pour les cas graves, on conseille, pour combattre les petits écoulements sanguins, les injections d'eau de Pagliari.

La complication la plus redoutable, celle qui, en compromettant le repos, menace de détruire rapidement la santé générale, est la douleur accompagnée d'un degré plus ou moins notable de la contracture du sphincter. Les malades ne sont pas rares, qui se condamnent à une diète sévère pour éviter les douleurs atroces que provoque chez eux la défécation. Mais l'élément douloureux n'intervient pas seulement au moment des garde-robes, il se présente encore spontanément sous forme d'élancements douloureux. Aussi devient-il nécessaire de lutter contre la souffrance.

Les préparations opiacées se présentent naturellement; mais leur emploi offre un inconvénient sérieux : la constipation contre laquelle on doit aussi agir, parce qu'elle entraîne

à sa suite ou bien des douleurs plus vives, ou bien des accidents de rétention, d'obstruction, qui sont à eux seuls la plus grave complication qu'on ait à redouter dans le cancer du rectum. Les injections hypodermiques de chlorhydrate ou de sulfate de morphine sont dans tous les cas préférables aux préparations opiacées prises à l'intérieur. On varie les doses selon le degré de douleur et la susceptibilité des malades; chaque cas a nécessairement ses indications spéciales.

Hulke (Middlesex hospital — *British med. journal*, 1871, T. I, page 90) propose contre le tenesme douloureux les applications topiques sédatives, et il donne la préférence à la belladone. Pour lui, toute tentative de dilatation serait une faute destinée simplement à aggraver le mal au lieu de le guérir. Dans deux cas qu'il signale, et dont il consigne avec soin les détails, il paraît avoir obtenu les meilleurs effets des suppositoires belladonnés. Les malades purent quitter l'hôpital quelques semaines après, très soulagés, pouvant aller à la selle sans efforts et sans douleurs vives.

La constipation doit être surveillée avec soin; elle est, croyons-nous, bien moins justiciable des laxatifs que du régime destiné à régulariser les fonctions de l'intestin. Les purgatifs ont, en effet, le grand inconvénient de provoquer des coliques, parce qu'au lieu de débarrasser le rectum et le gros intestin des matières qu'il contient, ils ne font qu'accumuler au-dessus de la partie rétrécie des liquides en provoquant des contractions générales de l'intestin et en activant sa sécrétion. Doit-on les proscrire tout à fait? non;

ils peuvent, donnés à petites doses, amener l'évacuation des matières, tandis qu'administrés comme purgatifs ordinaires, ils provoqueront souvent des accidents et quelquefois auront pour résultat, si les matières sont expulsées, de déterminer de l'irritation assez vive sur les parties ulcérées.

Le régime intervient utilement, avons-nous dit, pour combattre la constipation, et parmi les divers aliments c'est au lait, au régime lacté mitigé, ou exclusif si le malade le supporte bien, que nous donnerons la préférence. Il faut cependant surveiller encore le moment où le lait, après avoir produit les effets qu'on attendait de lui, détermine à son tour de la constipation.

Hulke, tout en rejetant absolument les moyens mécaniques de dilatation, ne serait pas éloigné de restreindre assez l'alimentation : dans cette manière d'agir, il semble se cacher une double exagération. La diète ne saurait passer en principe comme un moyen utile, chez des sujets dont la nutrition est sans cesse menacée; et la dilatation, si elle provoque quelquefois des accidents, peut aussi rencontrer de vraies indications. Tout cancer douloureux supportera mal l'usage des bougies et des sondes : l'absence de douleur et de tenesme rendra, dans quelques circonstances, utile leur usage. Nous avons sous les yeux une observation qu'a bien voulu nous communiquer notre excellent maître, le professeur Oré, de Bordeaux, où il est dit que la dilatation sagement conduite obtint pendant plusieurs mois de très bons résultats.

Il n'y a donc pas de règle absolue et sans qu'on puisse,

à l'avance, poser les indications précises de ces divers moyens destinés à combattre la douleur et la constipation, il est bon de faire remarquer que les cas indiquent, eux-mêmes, quand ils sont bien appréciés, ce qu'on doit diriger contre leurs accidents.

Outre ces moyens généraux de soulager les malades, il est encore un ensemble de soins de propreté : bains de siège, lotions fréquentes, lavements simples ou huileux non irritants, lotions au permanganate de potasse, qui rendront quelques services pour éviter les excoriations si fréquemment observées quand il existe des écoulements muqueux, pour détruire la fétidité de ces mêmes écoulements, enfin pour favoriser la sortie des matières et aider l'action du régime ou des laxatifs légers qu'on aura donnés à l'intérieur.

Plus tard, quand malgré l'hygiène la mieux entendue, les pansements les mieux faits, le mal aura fait du progrès et que les forces sans cesse diminuées ne permettront plus aux malades de vaquer à leurs occupations même les plus ordinaires, le séjour au lit devra leur être conseillé. Outre le repos qu'il procurera il ménagera l'usure organique en diminuant l'action musculaire, et il obtiendra en outre ces autres avantages, de rendre la défécation moins douloureuse et de diminuer les pertes de sang qui surviennent au moment de l'expulsion des matières.

Le traitement médical est le seul qu'on ait à employer dans bien des cas, quand la tumeur est inopérable, ou lorsque les accidents observés ne sont pas suffisants pour légitimer une opération grave ayant pour but de détourner

les matières. Mais il ne doit pas être perdu de vue même après les opérations de rectotomie, de colotomie ou même d'extirpation, soit que la tumeur persiste, soit qu'elle ait été enlevée. A part quelques modifications déterminées par l'état local, et sur lesquelles il est absolument inutile d'insister, il subsiste tel que nous l'avons esquissé dans les quelques pages précédentes.

Avant de terminer ce chapitre, faisons encore remarquer que si nous n'avons pas signalé les cautérisations, les badigeonnages au nitrate d'argent et au chlorure de zinc (*Archives de Langenbeck*, 1867), c'est parce que ces moyens semblent tout à fait impropres à amener une amélioration quelconque. Outre qu'ils ne font pas cesser les douleurs, ils ne peuvent avoir pour le cas actuel une action différente de celles qu'ils ont pour les autres cancers. La tumeur irritée fera des progrès, s'ulcérera davantage, et la situation ne pourra que devenir plus mauvaise sous l'influence d'un traitement irrationnel.

2^e TRAITEMENT CHIRURGICAL

Quelques notions principales ont été données qui devaient déjà faire comprendre comment le cancer du rectum est accessible ou non aux divers procédés de diérèse ou d'exérèse. Sa hauteur et ses limites profondes sont les indications majeures auxquelles le chirurgien doit prêter la plus grande attention pour instituer un traitement légitime. Il existe donc des cas où facilement

on pourra arriver à franchir les limites du néoplasme, d'autres, au contraire, où l'opération complète, totale, est impossible. Ces deux variétés de cas expliquent les opérations radicales et les opérations palliatives destinées, les premières à tenter la cure radicale, les autres à supprimer certaines complications dont nous avons déjà parlé.

Je vais m'occuper immédiatement de ces deux méthodes différentes, non pour décrire tous les procédés employés jusqu'à ce jour, mais pour signaler simplement ceux qui paraissent acceptés aujourd'hui et que nous savons être l'expression complète de l'expérience de nos maîtres français.

A... Opération radicale.

La dissection simple du rectum, après incision elliptique autour de l'anus, a été la première opération de Lisfranc. Il se servit aussi, pour mieux atteindre les limites supérieures de la tumeur et arriver à se donner du jour, de la section médiane postérieure du rectum après la dissection des parois. Dans un cas même, jugeant que les voies n'étaient pas assez larges pour arriver aux limites supérieures qu'il fallait atteindre, il incisa en arrière de l'anus les tissus, jusqu'au coccyx.

On peut donc dire avec vérité qu'il est le maître absolu de la méthode actuelle. Denonvilliers, en effet, qui préconisa l'incision postérieure ano-coccygienne, ne fit qu'imiter Lisfranc et généralisa l'opération qu'il avait instituée.

Les opérateurs qui ont suivi Lisfranc ne pouvaient méconnaître les inconvénients, les dangers de l'opération dirigée sur l'extrémité inférieure du rectum. D'une part, ils voulaient éviter les resserrements cicatriciels consécutifs à l'extirpation, et de l'autre ils cherchèrent à empêcher les hémorragies dangereuses, toujours à craindre, quand on agit sur une région riche en artères. C'est ainsi que Récamier appliqua la ligature lente, que Velpeau proposa la suture de l'intestin avec la peau du périnée.

Les procédés se sont du reste multipliés : Chassaignac, Maisonneuve, l'un avec l'écraseur, l'autre avec un système fort ingénieux de fils passés en dessous du néoplasme et destinés à entraîner une dernière ligature qui devait enserrer la tumeur en la segmentant, ont présenté et fait accepter dans la pratique des moyens utiles et bien propres à éviter l'hémorragie.

Mais la ligature pas plus que l'écrasement ne devaient atteindre le degré de perfection que les instruments portés au rouge, les couteaux thermiques, ont atteint dans ces derniers temps.

Il est facile de comprendre maintenant comment la chirurgie de nos jours a pu réunir pour les associer, les avantages que présentent tels et tels procédés, et créer une méthode mixte où l'écraseur, le feu et même la ligature se trouvent réunis.

Ces méthodes mixtes fort bien exposées, comme les autres procédés d'extirpation, dans l'excellente thèse de M. Marchand, professeur agrégé de la Faculté de Paris, ne doivent pas nous occuper ici. Pour les répéter nous

n'aurions qu'à faire de larges coupures dans l'ouvrage cité. Ces procédés sont classiques : nous ne nous y arrêtons pas.

Il est plus utile d'insister sur un point encore à l'étude quand M. Marchand écrivit sa thèse, et aujourd'hui mieux connu parce qu'il a été adopté, enseigné par M. le professeur Verneuil.

La grande préoccupation dans l'extirpation du rectum est l'hémorragie. On la combat par le feu. C'est au thermo-cautère ou au galvano-cautère qu'il convient de recourir. On ne peut discuter ce fait, bien qu'à l'étranger et même en France plusieurs chirurgiens emploient le bistouri et s'en trouvent bien. Plus tard nous aurons soin, du reste, de rechercher la valeur relative des méthodes.

Mais indépendamment de ce fait : absence de l'hémorragie, il est encore pour l'opérateur une autre préoccupation : arriver facilement sur les limites du mal. On a pu suivre dans les lignes précédentes les tentatives déjà faites dans ce but, par Lisfranc, Denonvilliers.

Passée dans le domaine des préceptes utiles et acceptés, l'incision ano-coccygienne a été perfectionnée par M. Verneuil. Il lui substitue un lambeau triangulaire à sommet antérieur et à base postérieure. D'après lui, non seulement on arriverait ainsi très facilement sur la paroi postérieure du rectum, mais ultérieurement on aurait l'avantage d'obtenir un nouvel anus plus large et d'éviter par conséquent le rétrécissement consécutif qui, il faut bien le dire, paraît à craindre avec les opérations aux couteaux thermiques.

Le procédé d'extirpation ou d'excision du rectum auquel

M. le Professeur Verneuil donne la préférence, est basé sur plusieurs principes dont il est précieux de ne pas s'écarter, quand on va à la recherche d'une tumeur placée dans une région vasculaire et située de telle sorte que les manœuvres opératoires y sont difficiles.

Ces principes sont les suivants : 1° éviter l'hémorragie qui affaiblit le sujet déjà trop éprouvé dans la plupart des cas, et contribue à rendre encore plus pénible l'opération; 2° se donner beaucoup de jour et d'espace afin de bien voir où doit porter la section au-dessus de la tumeur.

Ces deux principes généraux en renferment eux-mêmes plusieurs autres. Ainsi, pour éviter l'hémorragie il est un ensemble de précautions à prendre qui toutes arrivent à conduire régulièrement l'opération; pour manœuvrer à l'aise, il faudra étendre les incisions, quelquefois réséquer le coccyx. Mais, pour bien saisir l'ensemble des préceptes auxquels cette opération doit être soumise, les considérations générales sur les procédés d'hémostase, et l'indication précise des points sur lesquels doivent porter les incisions, ne valent pas la prescription de l'opération elle-même, un cas simple, par exemple, étant pris pour type.

Nous nous faisons nous-mêmes une idée très insuffisante de ce procédé d'extirpation avant de l'avoir vu employer par M. le professeur Verneuil. C'est qu'en effet, si justes que soient les indications dans les mémoires ou les thèses, il y manque souvent des données nécessaires à l'intelligence du sujet, soit qu'on ait passé trop rapidement sur quelques détails en apparence insignifiants, soit qu'on ait un peu oublié de décrire les divers temps de l'opération. C'est

le 21 mai 1883 que nous avons été, à la Pitié, témoin d'une opération laborieuse au thermo-cautère qui cependant n'a pas duré plus de 25 minutes. Voici la relation de ce fait.

Il s'agit d'un épithélioma de la partie postérieure du rectum, situé à 3 centimètres au-dessus de l'anús et s'étendant jusqu'à 4 centimètres plus haut. Sa limite supérieure est donc à 7 centimètres au-dessus de l'anús. Son diamètre transversal est environ de 3 à 4 centimètres également. Mais, au-dessus de la tumeur végétante et ulcérée, on rencontre avec le doigt un nodule allongé qui ressemble fort à une infiltration du néoplasme dans la muqueuse rectale. Il convient donc de poursuivre la dissection assez loin pour dépasser tout à fait les limites de l'épithélioma, et pour cela, il sera nécessaire de s'ouvrir une large voie en arrière de l'anús.

1^{er} temps. Le malade étant chloroformé et tourné sur le côté droit, M. Verneuil taille avec le couteau plat du thermo-cautère, en arrière de l'anús, un large lambeau triangulaire dont le sommet répond à la partie postérieure de l'anús et la base à une ligne correspondant à peu près au sommet du coccyx. — Ce lambeau comprend la peau et la graisse épaisse qui la double; il a à peu près 6 centimètres de large à sa base et 5 à 6 également de son sommet anal au milieu de sa base coccygienne. Aucune difficulté pour le tailler; la graisse se fond, menace d'éteindre le thermo-cautère qu'on entretient activement; peu ou pas de sang suivant la rapidité qu'on met à la dissection. Il est facile,

en dégageant alternativement les tissus, tantôt à droite, tantôt à gauche du lambeau, de tailler ce lambeau très régulier et de voir bientôt la face postérieure du rectum qui se dégage à mesure que le lambeau est plus libéré des tissus voisins. — Ce premier temps de l'opération touche à sa fin, et M. Verneuil est sur le point de procéder aux temps suivants destinés à enlever la tumeur, mais il s'aperçoit, par le toucher, que la tumeur remonte un peu trop haut pour qu'il soit possible, même en exerçant des tractions sur le rectum, de l'abaisser suffisamment. Il n'hésite pas alors et agrandit en arrière le lambeau en prolongeant un peu les incisions latérales. Ce lambeau ainsi allongé et bien dégagé vers sa base découvre bientôt la pointe du coccyx, puis le corps de cet os, dans une étendue d'à peu près 2 centimètres et demi.

2^e temps. Le second temps comprend la résection du coccyx. Bien simple en apparence et même en réalité cette petite manœuvre, la résection du coccyx, demande quelque attention. Il faut d'abord dégager l'os. Pour cela, l'opérateur promène la pointe du thermo-cautère tout autour de lui, dans tous les sens où sa surface est comprise dans du tissu fibro-graisseux, et enfin, pour achever son dégagement, il porte la lame de l'instrument, au rouge sombre, parallèlement à la surface de la partie qui doit être réséquée et fait dans un mouvement tournant la petite manœuvre de Liston, si bien indiquée par les auteurs, pour achever la dissection des lambeaux autour des métatarsiens et des métacarpiens. — L'os étant bien mis à nu, des cisailles ou

de forts ciseaux sont portés transversalement sur lui (2 centimètres au-dessus de sa pointe) et la plus faible pression l'a bientôt sectionné.

Nous venons de voir qu'il fallait dégager l'os. Il faut aussi se tenir prêt à arrêter immédiatement l'écoulement de sang qui suit presque fatalement la résection osseuse : les artérioles qui accompagnent le coccyx de chaque côté et surtout la sacrée moyenne fournissent un écoulement notable : la ligature précédée des pinces à forcipressure doit être appliquée. Quant aux artérioles contenues dans l'os lui-même, elles seraient soumises à la pression d'un davier si elles donnaient du sang.

3^e temps. Le coccyx une fois réséqué, on voit aussitôt dans une bien plus grande étendue la face postérieure du rectum, et par le toucher rectal on reconnaît l'étendue de la tumeur. Il faut alors, de chaque côté des limites supérieures de la tumeur, introduire en perforant de dehors en dedans le rectum, une très forte et longue sonde cannelée qui vient ressortir par l'anus et se trouve dans la cavité de l'intestin placée à droite ou à gauche, selon le côté par lequel on a commencé. Pendant que cette sonde cannelée est solidement maintenue, on promène de haut en bas dans sa rainure le couteau du thermo-cautère qui coupe lentement les tissus sans les faire saigner. Quand la section est faite à droite et à gauche, on a un segment de l'intestin qui comprend toute sa partie postérieure et au centre duquel se trouve le néoplasme.

4^e temps. Mais pour bien voir la tumeur, et surtout pour

la séparer en haut des parties saines auxquelles elle tient encore, il faut faire une 3^e section longitudinale sur la sonde cannelée qui sépare en deux parties, l'une droite et l'autre gauche, le segment précédent : c'est en un mot une division nouvelle de ce segment passant par le centre de la tumeur qu'on opère à la fin de ce 4^e temps.

5^e temps. Ce qui reste à faire est peu de chose. Il ne s'agit plus que de séparer les deux lambeaux flottants de la partie saine du rectum à laquelle ils sont attachés par leur partie supérieure. Il suffit pour cela, de faire passer de 1^o 1/2 en 1^o 1/2 à travers les tissus sains, au moyen d'une aiguille de Deschamps, des fils en cordonnet de soie. A mesure que ces fils sont appliqués et fortement serrés, on coupe au-dessous d'eux les tissus. Bientôt la tumeur, c'est-à-dire les deux segments, qui chacun en portent une moitié dans leur épaisseur, sont séparés complètement et il ne reste plus qu'à faire le pansement. L'opération est terminée.

On examine cependant encore si quelque vaisseau ne donne pas de sang, on lave la plaie avec une solution phéniquée, et enfin on place au centre des tissus sectionnés un morceau de gaze phéniquée. M. Verneuil recommande de faire trois fois par jour sur la plaie, sans enlever la gaze phéniquée, des pulvérisations. Le malade ne souffre pas, éprouve un grand bien-être de ces pulvérisations et la plaie suit ultérieurement les diverses phases que parcourt ordinairement une plaie qui doit suppurer un peu en éliminant une zone légère de mortification. Pour M. Verneuil, le

tamponnement constitue un des plus mauvais moyens de pansement. Nous n'avons aucune peine à adopter cette manière de voir qui nous semble devoir masquer les accidents possibles, et rendre pénible la situation des malades sans le moindre profit pour la guérison ou les suites immédiates de l'opération.

Rappelons-nous en effet ce cas de Velpeau où le malade mourut d'hémorragie, parce que le sang s'était accumulé en abondance dans la cavité du rectum au-dessus du tampon. Les inconvénients du tamponnement ne me paraissent pas mériter autrement la discussion. Ils ressortent d'eux-mêmes.

Dans ce procédé d'extirpation, le lambeau taillé dans le premier temps remplit un double but : il donne d'abord tout le jour dont on a besoin, plus tard, en subissant le travail de la cicatrisation, il s'applique en haut et tend à rejoindre le rectum qui s'abaisse, de telle sorte qu'un lambeau cutané vient s'interposer en arrière dans le nouvel anus, lui donnant une forme ovalaire, et s'opposant à la rétraction consécutive au rétrécissement qui pourrait avoir de la tendance à se produire.

Le thermo-cautère est préférable à l'écraseur, d'après M. Verneuil, pour la section des parties profondes. On est, en l'employant, mieux maître de l'hémorragie. Aidé de la ligature préventive, telle que je l'ai décrite plus haut dans la relation de ce fait intéressant, il l'arrête toujours sûrement. Si, au contraire, on se sert de l'écraseur, on ne sera jamais absolument sûr de l'hémostase. De temps en temps, il arrivera qu'on aura des écoulements de sang plus ou

moins tardifs qui pourront compromettre la vie des sujets.

Le procédé qui vient d'être décrit s'applique aussi bien aux extirpations totales. Si, en effet, le cancer est annulaire, la dissection de la paroi antérieure sera suivie de la segmentation de la partie disséquée, toujours avec la sonde cannelée, introduite de bas en haut; et la ligature des pédicules qui reliaient encore les parties segmentées, précèdera l'excision de ces parties pour éviter d'une façon absolue toute menace ultérieure d'hémorragie. — Il faut cependant prévoir le cas où la dissection de ces tumeurs présenterait en avant des difficultés sérieuses, et où l'opérateur aurait beaucoup de peine à distinguer les parties qu'il doit enlever et les limites dans lesquelles il doit les enlever. Aussi M. Verneuil a-t-il proposé de tailler en avant un lambeau analogue à celui qu'il taille en arrière. Mais il ressort de soi que ce lambeau antérieur trouverait surtout son application dans le cas où le néoplasme serait limité à la partie antérieure du rectum.

Quelles modifications présenterait l'extirpation du rectum chez la femme quand la cloison recto-vaginale est envahie? Des modifications peu importantes, en ce sens que certains chirurgiens n'hésitent pas à enlever la cloison recto-vaginale au moyen de l'écraseur ou de l'anse galvano-caustique, et que si la muqueuse seule est envahie du côté du rectum, la dissection, avec ou sans incision verticale de la cloison, se présente naturellement comme un excellent moyen.

Lorsque la tumeur occupe les parties latérales, il faut modifier la manœuvre dans les extirpations partielles... Quand la tumeur occupait la partie postérieure ou la partie

antérieure du rectum, la méthode des lambeaux était indiquée; ici, il faut faire en dehors de l'anūs et parallèlement à lui, une incision qui dépasse en avant et en arrière, d'un centimètre, les limites inférieures du néoplasme, décoller ensuite par la dissection, et le plus haut possible, la paroi rectale jusqu'à ce qu'on ait atteint les limites supérieures du mal. Cela fait, on termine l'opération suivant la description que nous avons déjà donnée, c'est-à-dire en coupant de bas en haut sur la sonde cannelée les parois du rectum, de façon à isoler un lambeau qui contiendra la tumeur et qu'on pourra ensuite séparer des parties saines en haut, soit au moyen du couteau thermique, soit avec la chaîne de l'écraseur si on tient à ce moyen.

L'extirpation, quel que soit le procédé auquel on aura recours, donne en général d'assez mauvais résultats, de l'avis même de ceux qui l'ont le mieux défendue. Mais étant donné que l'extirpation est dans certains cas une opération légitime, il faut rechercher si les résultats qu'elle fournit sont plus mauvais que dans les autres opérations dirigées contre des cancers de diverses régions, et si, en la pratiquant, on ne prolonge pas assez souvent la vie des malades, ou bien on ne donne pas un vrai soulagement aux malheureux malades affectés de cancer du rectum.

C'est dans le but d'arriver le plus près possible de la vérité que j'ai réuni dans les tableaux suivants un grand nombre d'observations connues ou inédites dont plusieurs contiennent des détails intéressants. Je donnerai *in-extenso* quelques-unes d'entre elles parce que leur valeur mérite

une place plus importante que le laconisme d'un tableau statistique.

Je dois à la bienveillance de M. le Dr Petit le premier des tableaux qui résume les cas français déjà publiés.

Parmi les faits que je ne veux pas résumer à cause de leur importance, je ferai connaître tout d'abord deux remarquables observations que je dois à la bienveillance de M. Jules Boeckel. Indépendamment de la guérison constatée après 7 ans dans le premier cas, et de la survie de 6 ans dans le deuxième, les notes de M. J. Boeckel contiennent encore des détails importants sur le manuel opératoire. On me saura gré de n'omettre aucun détail, quand il s'agit de documents d'une telle valeur.

On lira aussi avec grand intérêt une observation de M. Eugène Boeckel qui obtint facilement la guérison par première intention après l'extirpation au bistouri d'une tumeur cancéreuse du rectum. L'auteur dut faire de nombreuses ligatures; il eut soin ensuite de suturer bien exactement l'intestin abaissé vers la peau, et de placer entre les points de suture des tubes à drainage pour faciliter l'écoulement des liquides sécrétés par la plaie. Cette précaution paraît de toute nécessité dans une région où, grâce à la disposition celluleuse d'un tissu conjonctif abondant, les infiltrations peuvent se produire et sont en effet la cause d'un bon nombre de terminaisons funestes. Les tableaux que nous présentons plus loin mentionnent en effet, dans plusieurs cas, parmi les causes de la mort : la cellulite.

Cette dernière complication a toujours frappé les opé-

rateurs et a déterminé plusieurs d'entre eux à supprimer les sutures dans une région où les précautions antiseptiques perdent beaucoup de leur importance en raison de l'impossibilité où l'on est d'éviter les contacts, les inoculations septiques. M. le professeur Trélat est un de ceux qui ne veulent plus dans l'extirpation du rectum suturer les parties coupées. Il est à remarquer, du reste, que les sutures se séparent quelquefois à cause de la tension des tissus qu'on a été obligé d'attirer vivement pour les mettre en contact. Et si la suture a pour but d'éviter le rétrécissement consécutif, il est encore juste d'établir que le rétrécissement est à peine indiqué dans les observations publiées. Sans doute les opérateurs disent bien quelquefois qu'on a dû conseiller aux opérés l'usage des bougies ou sondes dilatatrices, mais dans aucun cas ils ne signalent le rétrécissement vrai parmi les complications ultérieures de l'opération. Il paraît donc préférable de ne pas chercher quand même à réunir des parties séparées par un trop long espace.

ÉPITHÉLIOME DU RECTUM

(PAR LE D^r J. BÖCKEL)

Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum (11 centimètres) et de la cloison recto-vaginale. — Guérison. — Absence de récurrence constatée au bout de 7 ans 1/2.

La nommée S... C..., de Duntzenheim, m'est adressée, dans le courant de janvier 1876, par M. le D^r Kassel de Hochfelden, pour un carcinome de l'extrémité inférieure du rectum.

C'est une femme de taille moyenne, maigre, à teint pâle, qui

n'accuse aucun précédent morbide. La ménopause s'est effectuée il y a trois ans. Elle souffre, depuis deux ans, d'une constipation opiniâtre; il y a six mois ses selles devinrent sanguinolentes; elle éprouvait à chaque défécation des douleurs dans le périnée, qui s'irradiaient jusques vers le milieu du vagin. Bientôt un écoulement presque continu de sanie sanguinolente d'une odeur fétide, se fit jour à travers le rectum. Les forces ne tardèrent pas à l'abandonner. C'est dans cet état qu'elle vint consulter, pour la première fois, son médecin, qui constata dans le rectum une tumeur dont l'extirpation ne lui semblait pas au-dessous des ressources de l'art.

A l'entrée de la malade à la maison de santé des dames diaconesses, le toucher rectal me permet de constater les particularités suivantes : A sept centimètres au-dessus de la marge de l'anus, mon index tombe sur une masse indurée, formée d'une série de noyaux plus ou moins arrondis, embrassant toute la circonférence de l'intestin. Sur la paroi postérieure du rectum, la tumeur mesure environ 3 centimètres de hauteur; le doigt en atteint facilement la limite supérieure. En avant, on arrive également à la délimiter vers le haut. La partie supérieure du rectum paraît saine. Il n'en est pas de même de la partie inférieure qui se trouve englobée dans une étendue de 5 centimètres par le néoplasme. Le toucher vaginal permet de constater que le col est normal; la muqueuse de la paroi vaginale postérieure est saine en apparence; elle semble toutefois adhérer intimement à la tumeur, en ce sens qu'elle est épaisse et peu mobile.

L'examen des autres organes ne présentant rien de particulier, je propose l'opération à la malade. Après l'avoir purgée, la veille, et lui avoir fait administrer un lavement, le jour même de l'opération, je l'exécute le 26 janvier 1876, en présence de MM. les docteurs Kassel de Hochfelden, Gerber de Bambach, avec l'assistance de MM. Tourmeret, Rohmer et Kallenthaler.

Circonscrivant d'abord le rectum avec le bistouri, au moyen de deux incisions elliptiques, je le dissèque sur une certaine hauteur, plaçant, au fur et à mesure, des pinces à forcipressure sur les points qui donnent du sang. La séparation des muqueuses rectale et vaginale, facile au début, devient laborieuse à 4 cent. au-dessus de la vulve : les adhérences sont si intimes, à ce niveau, que le bistouri entame le vagin en plusieurs points. Je prends le parti de sacrifier la cloison recto-vaginale dans sa totalité, comptant sur une récurrence moins

prompte, n'ayant d'ailleurs pas le choix d'agir autrement. J'arrive ainsi tout près du col utérin ; en arrière la dissection n'offre aucun accident digne d'être noté. Après avoir ainsi disséqué circulairement le rectum sur une longueur d'environ 7 cent., je l'attire assez facilement en bas. Mon index m'avertit que les limites du mal ne sont pas encore dépassées, et force m'est de continuer la dissection.

A la partie supérieure de la tumeur, j'engage, au-dessus d'elle, un trocart courbe, dans la paroi antérieure du rectum ; et, après y avoir fait passer l'anse de platine, je divise cette paroi sans la moindre effusion de sang. La même manœuvre est répétée sur la paroi postérieure. Il existe donc deux ailerons latéraux qu'il s'agit de détacher à leur partie supérieure, ce qui, grâce à l'anse galvano-caustique, portée au rouge sombre, s'effectue sans hémorragie. Attirant alors vers le dehors l'intestin que j'avais préalablement fixé au moyen d'un fil de soie, je le suture, en arrière à la peau, en avant à la muqueuse vaginale, à un travers de doigt du col utérin, à l'aide d'une série de sutures entrecoupées.

Le bout du rectum enlevé mesure 11 cent. ; la tumeur examinée par le Dr Meyer est un épithéliome à cellules cylindriques.

La température de la malade, prise le soir, est 38°,8.

Le 27. — T. mat. 39°. — T. soir 39°,1.

Le 28. — T. mat. 38°,8. — T. soir 38°,9.

Etat général satisfaisant. Cathétérisme de la vessie.

Le 29. — T. mat. 38°. — T. soir 38°.

Le 30. — T. mat. 38°,4. — T. soir 37°,4.

Première selle à la suite d'une dose d'huile de ricin de 20 grammes. Il s'est produit une légère déchirure au niveau de la peau, vers le côté droit.

Le 31, pas trace de suppuration malgré l'escharre due à l'anse galvano-caustique.

Le 4 février, enlèvement des fils ; la réunion est complète, sauf au point indiqué plus haut, par lequel s'élimine une mince escharre et un bout de lambeau aponévrotique. Suppuration minime ; incontinence des selles ; bains de siège quotidiens.

Le 6 février, la malade se lève pour la première fois (11 jours).

Le 10 février, sa petite plaie est entièrement cicatrisée.

Exeat le 16 (21^e jour).

J'ai eu de fréquentes nouvelles de mon opérée ; elle se livre à tous

les travaux des champs, sans ressentir le moindre malaise; la défécation n'est involontaire que lorsqu'elle a la diarrhée: elle retient ses selles pour peu qu'elles aient une certaine dureté. Enfin, aujourd'hui, sept ans après l'opération, non-seulement elle vit, mais elle n'a jamais présenté la moindre trace de récurrence, de sorte que sa guérison peut être considérée comme assurée pour l'avenir.

Observation inédite.

(PAR M. J. BECKEL)

Epithéliome de l'extrémité inférieure du rectum siégeant à 10 centimètres au-dessus de l'anus. — Extirpation. — Récidive au bout d'un an dans la cloison recto-vaginale. — Nouvelle extirpation. — Guérison constatée au bout de 4 ans. — Mort de cachexie au bout de 6 ans.

Mad. Schw... (50 ans, de S... (Haut-Rhin) entre à l'hôpital civil de Strasbourg le 20 octobre 1876. C'est une femme robuste, mère de plusieurs enfants, qui a toujours joui d'une excellente santé; elle a été réglée, pour la dernière fois, il y a quelques mois. A en juger d'après son embonpoint et son facies coloré, on ne la croirait pas malade. Elle souffre depuis environ un an de ténésme rectal: constipation alternant avec une diarrhée peu intense, accompagnée d'un écoulement muco-purulent teinté de sang. Le diagnostic de son affection n'est pas resté étranger à son médecin, le Dr D... qui me l'adresse pour la débarrasser d'une tumeur du rectum dont la nature ne lui paraît pas douteuse. Je constate, en effet, par le toucher rectal, une tumeur siégeant à 8 cent. au-dessus du sphincter externe. Elle a la forme d'un anneau épais, dur, constitué par une série de nodosités, saignant assez facilement, et s'étendant à une hauteur d'environ 2 cent. Le calibre de l'intestin est rétréci; mais l'index franchit sans peine l'obstacle, et constate qu'au-dessus de la tumeur la muqueuse est saine. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés pas plus que les ganglions intra-abdominaux, autant qu'il est permis d'en juger par l'exploration digitale. Le vagin et le col de la matrice sont normaux.

L'extirpation du rectum est décidée, et fixée au 28 octobre 1876.

Les précautions voulues ont été prises la veille et le jour de l'opé-

ration, M. le Dr MM. Tourmerel, Rohmer et Kaltenthaler assistent à l'opération.

La malade anesthésiée, je circonscris l'anus par deux incisions elliptiques, à l'aide du bistouri, et je poursuis la dissection jusqu'au-delà des limites du mal. La région est d'une vascularité plus grande que d'habitude ; il faut une vingtaine de pinces pour arrêter le sang ; les artères sont liées avec du catgut. La conservation du vagin est possible, la cloison recto-vaginale étant intacte, et les deux muqueuses n'ayant contracté aucune adhérence. Après m'être assuré, avec le doigt introduit dans le rectum, qu'on a dépassé les limites de la tumeur, je taille, à l'aide de l'anse galvano-caustique, deux ailerons latéraux, comme dans le cas précédent, et je les détache ensuite, au moyen d'une section galvano-caustique transversale du bout supérieur de l'intestin, préalablement retenu par un fil de soie. L'opération est terminée par une réunion de l'extrémité supérieure du rectum à la peau, au moyen d'une série de sutures entrecoupées. Le bout d'intestin enlevé mesure 10 cent. 1/2 ; la tumeur est analogue à celle de l'observation A, c'est-à-dire qu'elle présente tous les caractères de l'épithéliome cylindrique.

Les suites de l'opération ne présentent aucun incident digne d'être noté. Cicatrisation lente. *Exeat*, entièrement guérie, le 29 janvier 1877. L'anus est sensiblement rétréci, mais admet néanmoins sans douleur l'introduction d'une bougie rectale n° 18.

Un an plus tard, en janvier 1878, récidive sous forme d'un champignon, gros comme une petite pomme, situé sur le pourtour du nouvel anus. La tumeur occupe la demi-circonférence antérieure de l'orifice anal ; elle empiète sur le périnée, la vulve et le vagin, et remonte à 4 cent. au-dessus de la fourchette. Du côté du rectum, elle n'a guère que 2 cent. de hauteur. Au-dessus de ce point la muqueuse rectale est saine. L'orifice anal s'est rétréci et admet à peine l'index. Toute tentative de cathétérisme est excessivement douloureuse. Ténésme rectal et difficulté d'aller à la garde-robe. État général satisfaisant, du reste. La malade a conservé sa bonne mine et son embonpoint.

Opération le 28 janvier. Extirpation de la tumeur, à l'aide de l'anse galvanocaustique, sans la moindre perte de sang. La section empiète largement sur le périnée et entame la plus grande partie de la cloison recto-vaginale.

L'opération terminée, on constate que le col utérin affleure, pour ainsi dire, la peau. Tampons phéniqués. Glace; bains de siège quotidiens. Cicatrisation effectuée au bout de 2 mois. Exeat le 30 mars. On conseille la dilatation au moyen de bougies rectales.

Deux ans après (avril 1880), la santé de la malade ne laissait rien à désirer. Pas de récurrence. Rétrécissement anal persistant, malgré l'emploi des bougies rectales. J'engageai la malade à entrer à l'hôpital pour lui pratiquer la rectotomie linéaire espérant mettre fin à cette infirmité. Elle ne put, quant à présent, prendre une décision à cet égard.

Le rétrécissement fit des progrès incessants. Vers la fin de l'année 1881, c'est à peine si le petit doigt franchissait l'anus. Constipation opiniâtre. L'épuisement fait de rapides progrès. Pas de récurrence locale. Mort survenue dans le courant de l'été 1882, six ans après la première opération.

Observation inédite

(M. J. BÆCKEL)

Cancer circulaire du rectum remontant à 4 cent. au-dessus de l'anus. — Extirpation au bistouri. — Suture du rectum à la peau de l'anus. — Guérison par première intention.

Mad. H... 49 ans, ressentit à la fin de 1880 de fortes douleurs dans les lombes; elle eut bientôt des selles sanguinolentes et peu à peu des douleurs vives se déclarèrent à chaque défécation. Les pertes de sang augmentèrent ensuite, et de temps en temps il survint un ténesme rectal très pénible qui n'était accompagné que de l'émission d'une petite quantité de mucus sanguinolent..... État légèrement cachectique.

Le toucher rectal permet de sentir une induration qui occupe les 2/3 de la circonférence du rectum en arrière. En avant, il existe une bande de muqueuse qui paraît tout à fait saine. La tumeur ne remonte pas très haut et on peut atteindre facilement sa limite supérieure.

Opération. La veille, purgatif, pilule d'opium. Le matin, lavement, pilule d'opium. Extirpation de la tumeur avec le bistouri. On

laisse intacte en avant une bandelette de muqueuse de 2 cent. Ligatures au catgut au nombre de 20 environ.

L'hémorragie a été notable, mais on ne peut l'évaluer exactement.

Le rectum est ensuite attiré en bas et sa surface de section réunie à celle de la peau par 4 sutures métalliques. Dans la direction antéro-postérieure, on rétrécit la plaie par trois sutures de soie au périnée et deux en arrière de l'anus. En tout 12 sutures.

Trois tubes à drainage sont placés en dehors de la muqueuse : ils passent entre les sutures ; comme il y a encore un peu de suintement sanguin, on met une petite éponge compressive dans le rectum.

Le soir, irrigation superficielle : on recouvre l'anus d'un morceau de mousseline phéniquée.

Le lendemain de l'opération 25 juillet, on retire l'éponge.

Le 28, on enlève une partie des sutures et on supprime les tubes.

Le 30, on enlève les dernières sutures. Nettoyage de la plaie deux fois par jour.

Le 21 août, la malade est complètement guérie et quitte l'hôpital.

Epithélioma de la paroi antérieure du rectum. — Ablation. — Mort par péritonite. (Obs. inédite).

(D^r DELENS)

Louise L..., âgée de 40 ans, journalière, entrée à l'hôpital Tenon, le 2 octobre 1880 a été couchée au n° 19 de la salle Richard Wallace.

Elle est atteinte d'un épithélioma de la paroi antérieure du rectum dont le début ne peut être exactement précisé ; mais elle dit que depuis sept ans elle éprouve des douleurs en allant à la selle et que des pertes de sang se produisent de temps en temps par l'anus.

A toucher, on trouve une tumeur irrégulière, étalée, dure à la base, située au-dessus du sphincter, sur la paroi antérieure du rectum. Elle n'a guère que les dimensions d'une pièce de cinq francs et on peut partout en dépasser les limites.

Le 6 octobre, après anesthésie par le chloroforme et dilatation forcée de l'anus, je pratique *l'éversion de la paroi antérieure du rectum* à travers l'anus, en déprimant avec deux doigts la cloison recto-vaginale au-dessus de la fourchette. L'ablation de l'épithélioma peut être ainsi facilement effectuée à l'aide des ciseaux et du thermo-

cautère. Malgré l'emploi de ce dernier instrument, il se fit un certain écoulement de sang. Un tampon sec fut placé dans le vagin et deux boulettes de charpie imprégnées de perchlorure de fer à 30° étendu de son volume d'eau et bien exprimées furent laissées à demeure dans le rectum.

Il n'y eut pas d'hémorragie. Les tampons furent retirés seulement le surlendemain et des lavages phéniqués avec une solution à 1/200 furent pratiqués avec un irrigateur dans l'ampoule rectale.

Dès le 9, cependant, des signes de péritonite se manifestèrent (douleur abdominale, vomissements). Un vésicatoire appliqué sur l'abdomen et des injections hypodermiques de morphine ne purent en arrêter les progrès, et la malade succomba le 11 octobre à 3 heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée à toute la cavité péritonéale, avec pus abondant dans le petit bassin.

L'examen attentif de la région opérée montre que la plaie résultant de l'ablation de l'épithélioma a environ 6 centimètres de hauteur et remonte de 18 millimètres au-dessus du cul-de-sac péritonéal. Celui-ci n'a pas été intéressé par l'opération, mais il se trouve à nu sur une étendue d'un centimètre carré au niveau de la partie la plus élevée de la plaie. La cloison recto-vaginale est intacte. Il y a dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin du pus noirâtre, mais pas de fausses membranes. Les ganglions sacrés et lombaires sont intacts.

Je dois faire remarquer que si l'éversion de la paroi rectale antérieure à travers l'anus dilaté, avait rendu très facile la dissection et l'ablation de la tumeur dont il ne restait aucune partie, ainsi que le montra l'autopsie, elle m'avait induit en erreur sur la hauteur véritable à laquelle j'avais dû remonter par la dissection sur cette paroi renversée. Au moment de l'opération je n'aurais pas évalué à plus de 4 centimètres la distance de la partie la plus élevée de la plaie à l'anus. En réalité, cependant, j'avais atteint et même dépassé le niveau du cul-de-sac recto-utérin.

PREMIER TABLEAU

Extirpation de l'extrémité inférieure du Rectum

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
1826 LISFRANC <i>Thèse de Pinault,</i> Paris, 1829. page 42.	H 43 ans	Début il y 5 mois. — Cancer annulaire, occupant un pouce et demi de la muqueuse. Malade placé dans la position de la taille. Le mal est amené à l'extérieur par le doigt introduit dans le rectum et les efforts du malade. Excision, à l'aide des ciseaux courbes, de 2 pouces environ de la muqueuse et de la moitié du sphincter. Hémorragie assez abondante. Plaie tamponnée avec une compresse remplie de bourdonnets de charpie. 6 semaines après, la cicatrisation était presque complète.	Guérison.	
1828 LISFRANC <i>Thèse de Pinault,</i> page 43, <i>et Gaz. méd.</i> 1832.	F 45 ans	Grande gêne de la défécation, écoulement suspect, autour de l'extrémité inférieure du rectum, bourrelet squirrheux qui remonte à l'intérieur dans l'étendue de 2 pouces environ. Deux incisions semi-lunaires à trois centimètres du rectum; traction de la muqueuse au dehors avec le doigt. Ablation du mal avec les ciseaux courbes, et d'une partie du sphincter. Hémorragie modérée. Pas de tamponnement. Cicatrisation en 15 jours. — Guérison constatée 4 ans après. Pas d'incontinence.	Guérison constatée 4 ans après.	
1828 LISFRANC <i>Id.</i> page 46.	F 26 ans	Début il y a 2 ans. — Défécation excessivement douloureuse. Végétations autour de l'anus; ulcération dans la hauteur d'un pouce environ, occupant le tiers de la circonférence du rectum. Opération comme dans le cas précédent; en outre, section médiane postérieure de l'intestin. Guérison en 6 semaines. Un an après, la cicatrice ne s'était pas rétrécie. Pas de gêne dans la défécation.	Guérison constatée après 4 ans.	
1828 LISFRANC <i>Id.</i> page 48.	H 30 ans	Début il y a 4 ans. — Douleur dans la défécation. Ulcération dans l'étendue d'un pouce, puis rétrécissement squirrheux. Opération comme dans le cas précédent. Sorti 2 mois après, sans que la plaie fût cicatrisée, avec des signes de tuberculose pulmonaire, à laquelle il succomba probablement. Ni mort ni guéri de l'opération.	?	
 LISFRANC <i>Id.</i> page 51.	F 29 ans	Début il y a 5 ans. — Blennorrhagie rectale à la suite de rapports contre nature. Difficultés considérables de défécation. A 2 pouces 1/2, rétrécissement cancéreux remontant à 3 pouces. Opération comme dans le cas précédent. Hémorragie considérable. Dissection longue. La partie inférieure de l'intestin ne fut pas enlevée. Tamponnement intolérable, retiré au bout de 2 heures. Dès le soir, signes d'inflammation du petit bassin.	Mort le 3 ^e jour.	Phlegmon du tissu cellulaire du petit bassin remontant jusqu'aux reins.

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe et Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
1829 LISFRANC <i>Id. page 53.</i>	H 72 ans	Début, 2 ans. — Épaississement des parois du rectum remontant aussi haut qu'on pouvait atteindre. Opération comme dans le cas précédent. Incision de la partie postérieure de la plaie jusqu'au coccyx. Dissection très difficile à cause de l'adhérence du rectum aux parties voisines. Ouvert-re accidentelle de l'urethre. Excision de l'intestin dans l'étendue de 3 pouces. Hémorragie considérable. Tamponnement. Sonde à demeure. Le lendemain, douleurs dans la plaie et le bassin.	Mort au bout de 36 heures.	Pas d'autopsie. Infection purulente.
LISFRANC <i>Id. page 53.</i>	F 29 ans	Début, 3 ans. — Difficultés très grandes de défécation. Induration squirrheuse occupant toute la circonférence du rectum et remontant à une hauteur de 3 pouces. Opération comme dans le cas précédent. Abaissement, au moyen d'épingles, de la partie inférieure du rectum. Dissection difficile au niveau de la cloison recto-vaginale. Hémorragie abondante. La malade alla bien pendant 15 jours. Puis fièvre, douleur dans le bassin. Frissons. Mort le 10 ^e jour des accidents.	Mort le 23 ^e jour.	Phlébite des veines du petit bassin.
1828 LISFRANC <i>Id. page 60.</i>	F 25 ans	A 3 pouces 1/2 au-dessus de l'anus, épaississement squirrheux de la paroi du rectum, que le doigt peut à peine traverser. Opération comme dans le cas précédent. Excision à 3 pouces 1/2 de hauteur de l'intestin. Cicatrisation de la plaie au bout de 5 semaines. Au bout de 8 mois 1/2, il n'y avait pas de tendance au rétrécissement.	Guérison constatée après 3 mois.	
L. SFRANC <i>Thèse de Pinault, Paris, 1829, page 62.</i>	F 41 ans	Début, 20 mois. Indurations et ulcérations squirrheuses, remontant jusqu'à 3 pouces. Opérations comme dans les autres cas de Lisfranc. Hémorragie assez abondante. Coliques, nausées, et vomissements pendant 3 jours. Cicatrisation très lente; à peu près complète au bout de 2 mois. La malade conserve des matières fécales.	Guérison de l'opération.	
BAUMÈS <i>Bull. Acad. de méd., t. X, page 936. (opér. en 1836).</i>	F 52 ans	Cancer occupant toute la circonférence du rectum, depuis son extrémité inférieure jusqu'à 3 pouces de hauteur! cloison recto-vaginale dégénérée. Rétention des matières depuis 2 mois. Etat de tout points déplorable. Deux incisions ovalaires, puis dissection de l'intestin avec des ciseaux dans l'étendue de 3 pouces. Hémorragie abondante. Cautérisation des vaisseaux. 40 jours après la cicatrisation était complète. Incontinence.	Guérison de l'opération.	
1838 PÉTEL <i>Journ. l'Expérience, t. IV, page 27.</i>	H 67 ans	Début, 1 an. Bosselures volumineuses; ulcération profonde à gauche et en avant. Le doigt semblait atteindre les limites du mal. Opération comme dans le cas précédent. Dissection difficile en avant. On cautérise au fer rouge ce qu'on ne peut enlever. La portion enlevée à 3 pouces et demi en arrière, un peu moins en avant. Guérison après de nombreux accidents non mentionnés. Incontinence des matières.	Guérison de l'opération.	
RÉCAMIER <i>Thèse de Pinault, Paris, 1842, page 29.</i>	F 34 ans	Début, 1 an. Très affaiblie. Selles douloureuses. Extirpation d'une tumeur du rectum 7 mois auparavant. Récidive. Écoulement sanieux sanguinolent. Cancer de la paroi du rectum, excepté en avant, paraissant bien limité. Destruction de la peau par le caustique.	Guérison de l'opération.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
		Division de l'eschare. Passage autour de la tumeur, d'anses de fil au moyen d'une aiguille enfoncée jusqu'au-dessus du mal et revenant par l'anus. On lie ces anses deux à deux, de manière à constituer une série d'arcades destinées à diviser les tissus par suite d'une constriction avec le serre-nœud. Douleurs extrêmement vives pendant l'opération et toute la journée. Constrictions successives jusqu'à la chute de la partie étreinte, au septième jour. Une partie du mal n'ayant pas été comprise dans les ligatures, on opère une seconde fois de la même manière. Au neuvième jour, chute de la partie étreinte. Il reste encore un point cancéreux, que l'on détruit avec le chlorure de zinc. La plaie totale est de la grandeur du poing. Cicatrisation en 2 mois. Continence des matières.		
1844 DENONVILLIERS <i>Gaz. Hôp.</i> 1844, page 283.	H âge avancé	Difficultés de la défécation datant de loin. Mal très aggravé depuis 3 mois, puis incontinence des matières. Le mal ne remonte pas à plus de la longueur du doigt. Rectum mobile de toutes parts. Opération par la méthode de Lisfranc. Ligature des vaisseaux aussitôt après leur ouverture. Sonde dans l'urèthre. Deux jours après, hémorragie à la suite d'efforts de défécation. Après la cicatrisation, le rectum fonctionne bien.	Guérison de l'opération.	
1854 CHASSAIGNAC <i>Traité de l'écrasement linéaire</i> page 214.	F 54 ans	Difficultés de la défécation, pertes de sang et de matières glaireuses abondantes. Cancer portant sur les deux tiers antérieurs de la partie inférieure du rectum, jusqu'à 3 cent. de hauteur, parfaitement mobile. Opération par la méthode de Lisfranc. Perforation de la cloison recto-vaginale. Pas d'accidents. Pas de récurrence six mois après.	Guérison constatée après 6 mois.	
1855 CHASSAIGNAC <i>Id.</i> page 222.	H 62 ans	En novembre 1854, ablation par le bistouri d'une tumeur à l'anus. En janvier 1855, ablation d'une tumeur dure inégale, remontant à 10 cent. dans le rectum. Récurrence. En mai 1855. Ablation de l'extrémité inférieure du rectum par l'écrasement linéaire. Pas de récurrence 5 ans après.	Guérison constatée après 5 ans.	
MAISONNEUVE <i>Thèse de Cortès, Paris, 1860, page 31. (opér. en 1858).</i>	F 46 ans	Début 18 mois, défécation presque impossible. Cancer annulaire de 2 cent. de large, depuis l'anus. Opération par la méthode de ligature dite extemporanée. Durée, un quart d'heure. Presque pas de sang. Pansement simple. Cicatrisation en 6 semaines.	Guérison de l'opération.	
MAISONNEUVE <i>Thèse de Cortès, Paris, 1860, page 33.</i>	F 69 ans.	Tumeur carcinomateuse occupant les trois quarts antérieurs de la circonférence de l'intestin, remontant à environ 5 cent. Opération par la ligature extemporanée. Pas une goutte de sang. Pansement : une sonde fut introduite dans le rectum et un tamponnement établi autour d'elle. Aucun accident traumatique. A peine de la fièvre. Guérison en 7 semaines. Début. 2 ans.	Guérison de l'opération.	
1858 MAISONNEUVE <i>Id.</i> page 35.	F 63 ans.	Début, 2 ans. — Incontinence des matières, rétention depuis quelque temps. Cancer annulaire haut de 5 cent. en arrière, de 2 en avant ; la cloison recto-vaginale n'est pas envahie dans toute son épaisseur. Opération par la ligature extemporanée. Pas de sang. Aucun accident consécutif. Guérison complète en 3 mois, constatée encore 1 an après. Suintement continu par l'anus. Continence des matières.	Guérison de l'opération.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
1860 MAISONNEUVE <i>Union méd.</i> 1860, 2 ^e sér., t. VIII, Page 376.	H 60 ans	Début, 3 ans. — Opéré déjà deux fois par d'autres médecins. Volume du poing, occupe les deux tiers de la circonférence de l'intestin, remonte à 4 cent. Ligature extemporanée. Pas d'écoulement sanguin. Rien de particulier dans la suite. Guérison en 7 semaines; la rétraction cicatricielle fait disparaître l'incontinence des premières semaines.	Guérison de l'opération.	
1865 DOLBEAU <i>Thèse de Fumouze,</i> Paris, 1865, page 22.	F 42 ans.	Début, 1 an. — Difficultés des selles; alternatives de diarrhée et de constipation. Petites tumeurs sur la paroi rectale dans une hauteur que le doigt peut dépasser. Opération par le procédé de Denonvilliers. Pas d'accident. Cicatrisation en 3 ou 6 semaines. Incontinence des matières. 6 mois après, récurrence probable.	Guérison. ?	
1860 DOLBEAU <i>Id.</i> Page 26.	F 32 ans.	Selles très difficiles. Bosselures nombreuses, dures, quelques-unes ulcérées. Le doigt arrive au-dessus des limites du mal. Opération par le procédé de Denonvilliers. Guérison en 7 semaines, constatée 2 ans après. Incontinence des matières.	Guérison constatée après 2 ans.	
DOLBEAU <i>Id.</i> page 27.	H 34 ans.	Rétrécissement considérable formé par plusieurs bosselures siégeant dans l'épaisseur des parois rectales. Opération par le procédé de Denonvilliers. Il fallut exciser jusqu'à une hauteur de 8 cent. Pas d'hémorragie après l'opération.	Mort le 4 ^e jour.	Accidents pernicieux.
? L'ABBÉ <i>Thèse de Marchand</i> page 86.	H 55 ans.	Début, 1 an. — Constipation opiniâtre depuis quatre mois; selles et exploration très douloureuses. Rétrécissement serré à 5 ou 6 cent. de l'anus. Amaigrissement marqué. Dissection circulaire du rectum jusqu'aux limites du mal; section de l'intestin au dessus avec des ciseaux courbés. Perte de sang médiocre. Pansement avec de la charpie maintenue par un bandage en T. Bien-être pendant 15 jours. Nouveaux phénomènes d'obstruction intestinale. Mort 8 jours après. A l'autopsie on trouve au-dessus du point sectionné un rétrécissement squirrheux annulaire.	Mort.	Rétrécisse- ment situé plus haut que le point opéré. Obstruction intestinale.
DUPLAY <i>Gaz. méd. de Paris</i> 1872, page 486.	F 54 ans	Procidence du rectum, 18 mois plus tard il se développe une tumeur qui rend le prolapsus irréductible. Anus entouré de petites tumeurs, muqueuse envahie jusqu'à la hauteur de 4 cent. Opération par le procédé de Denonvilliers, avec l'instrument tranchant. Guérison complète en 2 mois 1/2. Pas d'incontinence.	Guérison de l'opération.	
VELPEAU <i>Nouv. Elém. de méd. opér., 2^e édit.</i> page 814.	H ?	Cancer de l'extrémité inférieure du rectum, Incision du rectum en arrière; on l'abaisse avec le doigt ou des égrignes, on passe une série de fils avec une aiguille pénétrant au-dessus du mal et ressortant en dehors du rectum; on excise le cancer, puis on fixe les deux bouts de chaque fil. Dans le cas où le cancer remonte assez haut, on l'enlève avant de passer les fils.	Mort le 10 ^e jour.	Phlébite.
VELPEAU <i>Id.</i>	?	<i>Idem.</i>	Mort le 7 ^e jour.	Epuisement.

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
VELPEAU H	H	<i>Idem.</i> Une livre de sang s'épancha dans le haut du rectum.	Mort.	Hémorragie dans le rect.
VELPEAU <i>Id.</i>	<i>Id.</i>	<i>Idem.</i>	Guérison.	
VELPEAU <i>Id.</i>	<i>Id.</i>	<i>Idem.</i>	Guérison.	
VELPEAU <i>Id.</i>	<i>Id.</i>	<i>Idem.</i> Trois ans après, le malade ne peut retenir ses matières et se trouve dans un état voisin du marasme.	Guérison.	
1828 MAURIN <i>Revue méd., 1831,</i> <i>t. I, page 194.</i>	H 30 ans	Début. — Constipation opiniâtre depuis 6 mois. Tumeur ulcérée à 2 pouces de l'anus, écoulement ichoreux abondant. Incision du sphincter, traction à l'extérieur de la tumeur avec des égrignes; dissection avec des ciseaux, dans la largeur de 2 1/2 pouces. Hémorragie assez abondante. suppuration id. Guérison en 2 mois 1/2 sans accidents.	Guérison de l'opération.	
1833 RICORD <i>Journal hebdomadaire de méd. et de chir.</i> <i>t. XI, p. 529,</i> <i>1833.</i>	F 49 ans	Affection vénérienne de l'anus à 21 ans. Diarrhée cholériforme à 48 ans. Chute du rectum avec renversement et dégénérescence cancéreuse formant une tumeur de 3 pouces de long et de 2 pouces 1/2 de large. La tumeur est traversée à sa base par 4 fils, confiés à des aides, pour empêcher le rectum de remonter pendant l'opération. Incision circulaire au-dessus, ligature des vaisseaux aussitôt après leur ouverture. Pansement : charpie cératée. Perte de sang minime. Signes de péritonite le deuxième jour. Le péritoine n'avait pas été blessé pendant l'opération.	Mort le 5 ^e jour.	Péritonite.
1852 NÉLATON <i>Éléments de path. chir.</i> <i>1858, t. V,</i> <i>page 132.</i>	H 40 ans	Début. — Induration s'étendant à 7 ou 8 cent. dans l'anus, 2 cent. latéralement et 2 en arrière. Dissection du rectum et excision en haut, avec le bistouri. Ligature immédiate des vaisseaux après leur ouverture. Le malade va bien les deux premiers jours; au 4 ^e jour, inflammation du tissu cellulaire du petit bassin.	Mort le 6 ^e jour.	Cellulite pelvienne.
1875 TRÉLAT <i>Cité par Steimer</i> <i>Thèse de Paris</i> <i>1875</i> <i>page 22.</i>	F 59 ans	Cancer de la paroi antéro-latérale droite du rectum. Début, 1 an. Douleurs depuis 6 mois, puis constipation, hémorragie, amaigrissement. Le mal remonte à 7 cent. Section en avant et en arrière, avec l'anse galvanique, puis latéralement, puis en haut. Fièvre, vomissements les premiers jours, puis la malade va de mieux en mieux.	Guérison de l'opération.	
VERNEUIL <i>Bull. de la Soc. de chir. 1862 et</i> <i>Th. de Marchand,</i> <i>page 33.</i>	F 46 ans	Début 8 mois. — Cancer remontant à 5 cent. de hauteur dans le rectum, occupant toute la moitié antérieure de l'intestin, et perforant même le vagin. Ablation de la tumeur par deux sections latérales avec l'écraseur. Ablation au bistouri de deux petites tumeurs situées plus haut. Petite hémorragie cette fois. Suites de l'opération très naturelles. Récidive une année après; nouvelle extirpation du mal. Pas de récidive au bout de 2 ans. Pas d'incontinence des matières.	Guérison constatée après 2 ans.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
VERNEUIL <i>Th. de Raymond.</i> Paris, 1870. Page 95.	F 16 ans	Début, 8 mois environ. — Constipation opiniâtre. Écoulement sanguin après chaque garde-robe. Rétrécissement annulaire cancéreux de l'extrémité inférieure du rectum. Le doigt ne peut atteindre que difficilement les limites du mal. Rectotomie linéaire postérieure. 50 jours après, ablation de l'extrémité inférieure du rectum. Résection du coccyx. Section verticale antérieure, puis postérieure, du rectum avec l'écraseur. Pendant ce temps, dissection des parties latérales avec le galvano-cautère. Division de la partie latérale gauche avec l'écraseur, puis, chaque lambeau étant disséqué, on le sectionne en haut avec l'écraseur. Ouverture du péritoine; on en fait la suture. Pas d'hémorragie. Symptômes de péritonite. Mort le 3 janvier.	Mort le 3 ^e jour.	Péritonite.
1871 VERNEUIL <i>Thèse</i> <i>de Debuschère.</i> Paris, 1871. Page 43.	F 60 ans	Constipation opiniâtre depuis longtemps; douleurs lancinantes dans la région rectale; amaigrissement considérable. Epithélioma occupant les trois quarts de la circonférence postérieure du rectum; en haut le mal s'étend à 4 cent. Incision en forme de fer à cheval, avec le galvano-cautère, circonscrivant la partie postérieure du rectum, et dissection des parties jusqu'au-dessus du mal; deux sections verticales latérales séparant les parties saines des parties malades. Section supérieure avec l'écraseur. Pas de phénomène fébrile à la suite.	Guérison de l'opération.	
VERNEUIL <i>Th. de Marchand</i> Page 68. Même malade.		Sept mois après la première opération, rétrécissement considérable par la rétraction de la cicatrice. Rétention des matières. Dissection d'un lambeau cutané à base postérieure répondant au coccyx, à sommet répondant à l'anus, on le relève; on sépare avec l'écraseur la masse de tissu cicatriciel située à la partie postérieure, et on suture la muqueuse au lambeau cutané pour faire une commissure postérieure non rétractile. Lymphangite, érysipèle. Péritonite.	Mort le 3 ^e jour.	Péritonite.
1873 VERNEUIL <i>Id.</i> Page 39.	H 51 ans	Début, 1 an environ. — Tumeur qui a pris un accroissement rapide; elle remonte à 3 cent. sur la face postérieure du rectum. Incision semi-circulaire circonscrivant le rectum en arrière. Petit lambeau coccygien comme dans le cas précédent; séparation latérale du mal par deux chaînes d'écraseur, puis en haut par une troisième chaîne. Peu de sang. Epithélioma tubulé. Aucun symptôme alarmant dans la suite.	Guérison de l'opération.	
1873 VERNEUIL <i>Id.</i> Page 41.	H 48 ans	Début, 3 ou 4 mois, par gêne de la défécation. Bosselures occupant les faces antérieure et latérales du rectum. Dissection et séparation du mal comme dans le cas précédent. Cautérisation de la plaie avec le galvano-cautère. Carcinôme fibreux.	Guérison de l'opération.	
1870 VERNEUIL <i>Id.</i> Page 88.	F 67 ans	Très grasse, emphysémateuse, eczéma ancien. Début 3 à 4 mois. — Epithélioma de la paroi latérale gauche du rectum. Tumeur circonscrite par quatre sections avec la chaîne d'écraseur. Hémorragie insignifiante. Tout va bien pendant 8 jours; puis érysipèle.	Mort le 12 ^e jour.	Érysipèle.

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
POLAILLON <i>Gaz. des hôp.</i> 1872.	H 62 ans	Tumeur ulcérée occupant la moitié droite du rectum, remontant à 8 ou 9 cent. adhérent à la prostate. Hémorragies. Opération par le procédé de Denonvilliers, mais sections en avant, en arrière et en haut avec l'écraseur. Pas d'accident, sauf épithéliome à droite, parce qu'on a coupé le canal déférent et la vésicule séminale. Guérison en 2 mois, pas d'incontinence des matières. Quatre mois après l'opération, récurrence.	Guérison. Récurrence 4 mois après.	
1874. PÉAN <i>Lec. de clin. chir.</i> T. I ^{er} . Page 461.	F 54 ans	Début, 16 mois; douleurs 3 ou 4 mois plus tard. — Hémorragies abondantes il y a 8 mois. Phlegmon diffus de la racine de la cuisse il y a 3 mois. Végétations autour de l'anus. Tumeur de la cloison recto-vaginale. Section de la tumeur en deux moitiés, dont on fait l'ablation avec l'écraseur. Douleurs assez persistantes à la suite. Diarrhée 15 jours après. Cancer.	Guérison de l'opération.	
1874. PÉAN <i>Id.</i> Page 463.	F 50 ans	Maigre, épuisée. Début, 6 mois. — Bosselures siégeant sur les parois antérieure et latérales. Anus élargi en l'attirant vers le haut en arrière. Dissection des parties morbides avec le galvanocautère. Peu de sang. Pansement avec une éponge phéniquée introduite dans le rectum. Pas d'incident les premiers jours. Fièvre et sueurs profuses à partir du huitième jour. Frisson. Cancer.	Mort le 24 ^e jour.	Epuisement.
1875. PÉAN <i>Id.</i> Page 464.	H 62 ans	Début, 1 an. — Petit bourgeon excisé il y a 6 semaines. Récurrence rapide. Rectum envahi par le cancer dans l'étendue d'une phalange. Dissection de toute la portion du rectum envahie. Chaque moitié est prise dans une chaîne d'écraseur. Hémostase avec les pinces pendant la dissection. Pansement à plat. Epithélioma pavimenteux lobulé. Guérison en 1 mois.	Guérison de l'opération.	
1861. MAISONNEUVE <i>Clin. chir.</i> 1864, t. II. Page 179.	F 56 ans	Hémorroïdes depuis longtemps, induration depuis 2 ans, puis gêne de la défécation et autres signes de rétrécissement cancéreux. Tumeur du volume du poing, 4/5 postérieurs de l'anus, remontant à 6 cent. dans le rectum. Opération par la ligature extemporanée. Pas d'hémorragie. Pas d'accidents. Possibilité de retenir les matières.	Guérison de l'opération.	
1854. CHASSAIGNAC <i>Ecrasem. linéaire.</i> Page 208.	F 49 ans	Cancer de la cloison recto-vaginale. — Début, 10 mois. Hémorragies vaginales. Ablation au bistouri; résection des parties latérales du cancer, oubliées par le bistouri, avec les ciseaux. Hémorragie assez considérable dans ces derniers temps et une autre au quatrième jour. Pas d'autre accident jusqu'au vingtième jour.	Guérison. ?	

Les observations qui suivent manquent souvent de détails précis, mais elles pourront cependant nous édifier sur la valeur relative de l'opération radicale. Je les ai recherchées dans les recueils étrangers où souvent elles se trouvent déjà très abrégées par les auteurs qui les ont considérées en vue de tel ou tel point spécial qu'ils voulaient faire ressortir dans leurs travaux.

DEUXIÈME TABLEAU

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
NUSSBAUM <i>Ätztlich intelligens Blatt.</i> 1863. <i>Th. de Marchand.</i>	H 48 ans.	Rétrécissement cancéreux d'une hauteur de 5 pouces. Hémorragies. Extirpation du rectum adhérent à la prostate et à la vessie. On doit laisser la partie adhérente à la vessie et se contenter d'exciser tout autour. Suture de l'intestin aux bords de la plaie.	Survie de 13 mois.	Cachexie.
NUSSBAUM <i>Id.</i> <i>Th. de Marchand.</i>	H 54 ans.	Cancer adhérent à la vessie (adhérences non reconnues avant l'opération). Excision de 3 pouces 1/2 d'intestin (petite plaie de la vessie). Suture ano-rectale.	Survie de 17 mois.	Récidive et diarrhée.
NUSSBAUM <i>Id.</i> <i>Th. de Marchand.</i>	F 53 ans.	Cancer remontant à 4 pouces, adhérent au coccyx, au sacrum et à la paroi postérieure du vagin. Douleurs atroces. Extirpation. Suture.	Mort le lendemain.	Cellulite et Péritonite.
NUSSBAUM <i>Id.</i> <i>Th. de Marchand.</i>	F 32 ans.	Cancer du rectum avec envahissement de la paroi recto-vaginale, datant de 14 mois, d'une hauteur de 5 pouces. Extirpation de la tumeur et de la paroi vaginale. Suture.	Guérison en 4 semaines.	
NUSSBAUM <i>Id.</i> <i>Th. de Marchand.</i>	H	Cancer du rectum de 4 pouces de hauteur : phénomènes de rétention. Urètre, prostate et col de la vessie englobés dans la tumeur. Malade exige l'opération. Extirpation de toutes les parties malades. Suture, sauf en avant pour laisser s'écouler l'urine.	Survie de plusieurs mois.	
SCHUH <i>Th. de Marchand.</i>	F 32 ans.	Cancer datant de 6 mois et difficilement franchissable, pas d'adhérence au vagin. Extirpation : hémorragie sérieuse pendant l'opération. Suture. Guérison en quelques semaines.	Guérie de l'opération, perdue de vue.	
SCHUH <i>Id.</i>	F 31 ans.	Cancer datant de 5 mois, haut de 3 pouces en arrière et 2 en avant. Extirpation : hémorragie considérable pendant l'opération. Suture. Les sutures cèdent bientôt. Péritonite.	Mort le 8 ^e jour.	Péritonite.
Simon (de Rostock) <i>Deutsche Klinik.</i> 1866.	H 24 ans.	Cancer épithélial d'une hauteur de 4 à 5 cent. Extirpation. Récidive 6 mois après.	Survie de 7 mois.	Récidive.
<i>Id.</i> <i>Ibid.</i> 1866.		Tumeur encéphaloïde de la paroi postérieure et latérale, d'une hauteur de 5 cent. au-dessus de l'anus. Extirpation avec l'écraseur. Récidive 6 mois après.	Survie de 9 mois.	Récidive.
<i>Ibid.</i> <i>Id.</i> 1866.	H 54 ans.	Tumeur encéphaloïde du rectum, développée au pourtour de l'anus et sur le périnée très envahis. Extirpation avec l'écraseur et le bistouri. Récidive 4 mois après l'opération.	Survie de 3 mois.	Récidive.

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe et Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
CURLING <i>Lancet</i> 1858, t. I. P. 361.	53 ans.	Masse cancéreuse saillante dans le rectum, avec une large base d'implantation, s'étendant aussi haut que le doigt peut atteindre. Excision des parties saillantes avec des pinces à polype. Cautérisation de la base avec du chlorure de zinc. Opération répétée deux fois. La malade se sent bien. Amélioration pendant 7 mois, pas de douleurs. Le mal fait de nouveaux progrès.	Survie indéterminée d'au moins 7 mois.	
<i>Id.</i> <i>Ibid.</i> T. I, p. 259.	F 40 ans.	Vaste plaque cancéreuse comprenant tout le côté droit et une partie de la face postérieure du rectum, commençant au niveau du sphincter interne, et remontant à 1 pouce 1/2 au-dessus. En 1853, excision partielle, récidive. En 1855, application caustique. Curling voit alors la malade pour la 1 ^{re} fois. Extirpation. Guérison lente, incontinence fécale pendant quelques semaines, qui cesse bientôt, sauf lorsque la malade a de la diarrhée. Revue 3 ans après, pas traces de récidive. La tumeur, examinée au microscope, était un épithélioma.	Guérison constatée au bout de 3 ans.	
CURLING <i>Ibid.</i>	F 49 ans.	Ulère cancéreux large comme une pièce de 2 francs sur le côté droit du rectum. Extirpation le 11 janvier 1855. Cessation des douleurs. Application de potasse caustique sur la plaie : pas d'incontinence. Un an après (janvier 1856) récidive sur place. 7 mois après, 2 ^e récidive (pâte de Canquoin). 7 mois après, 3 ^e récidive (acide nitrique). A ce moment, abcès ganglionnaire du cou. Erysipèle. Mort.	Survie de 2 ans.	Erysipèle.
HERBERT MAYO <i>Observations on injuries and diseases of the rectum.</i> 1833, p. 212.	F 40 ans.	Cancer annulaire du rectum situé à 1 pouce 1/2 de l'anus. Extirpation. Récidive au bout de 2 ans.	Survie de 2 ans.	Inflammation abdominale. ?
H. CRIPPS <i>Lancet</i> 1878, t. II. P. 293.	F 60 ans.	Masse cancéreuse de 2 pouces de long, ayant sa limite supérieure à 3 pouces de l'anus, et englobant le rectum dans presque toute sa circonférence. Extirpation. Pas de réunion. Guérison en 7 semaines.	Guérie de l'opération.	
HENRI SMITH <i>Lancet</i> 1881, t. II. P. 502.	F 50 ans.	Cancer annulaire de l'anus et du rectum envahi sur 1 pouce 1/2 de sa longueur. Extirpation au bistouri et au cautère actuel. Guérison rapide. Pas d'incontinence des matières dures. Pas de renseignements ultérieurs importants.	Guérie de l'opération.	
JOHN GAY <i>Med. Times and Gazette.</i> 1879.	F 37 ans.	Rétrécissement cancéreux au niveau de la valvule de Houston. Intestin libre. Extirpation le 4 novembre 1878. Incontinence presque complète des matières fécales. Récidive 5 mois après. Pas de renseignements ultérieurs.	Survie de 5 mois au moins.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
HOLMES <i>St-George's hosp. Reports.</i> 1878, p. 270.	44 ans.	Cancer comprenant toute la partie postérieure du rectum et empiétant à droite sur la partie antérieure : hauteur de 1 pouce 1/4. Peu de rétrécissement. 2 ou 3 nodules cancéreux sur les parois postérieures du vagin. Ganglions inguinaux tuméfiés. Extirpation le 23 novembre 1877. Guérison rapide. Incontinence à moins de constipation. Pas de récurrence au bout de 14 mois. Incontinence a disparu.	Survie 14 mois et au delà.	
SIMON (de Rostock) <i>Deutsch Klinik.</i> 1866.	H 43 ans.	Tumeur encéphaloïde volumineuse de l'extrémité inférieure de l'intestin, de l'anus et du périnée. Extirpation avec l'écraseur et le bistouri, de 4 cent. à partir de l'anus (hauteur de la tumeur). Sortie du malade 8 semaines après, dans un état notable d'amélioration.	Guéri de l'opération	
<i>Idem.</i> <i>Ibid.</i>	H 41 ans.	Carcinome épithélial annulaire de 2 à 3 cent. de hauteur, situé à 5 cent. de l'anus. Extirpation. 12 points de suture.	Mort le 6 ^e jour.	Péritonite.
DIEFFENBACH <i>Die Operative Chirurgie</i> Leipzig, 1846.	H 50 ans.	Cancer du rectum, à limite supérieure élevée. Extirpation. Suture. Guérison en 3 semaines. Guérison constatée au bout de 4 ans.	Guérison. Survie de 4 ans et au-delà.	
<i>Idem.</i> <i>Ibid.</i>	H 50 ans.	Cancer étendu à limite supérieure difficilement constatable. Extirpation. Suture. Mort au bout de 4 ans, d'apoplexie.	Survie de 4 ans.	Apoplexie.
MANDT de Greisfswald <i>Revue médicale</i> 1836. Page 264.	H 45 ans.	Altération ulcéreuse, fongueuse, s'étendant à une hauteur de 2 pouces 1/2. Extirpation. Hémorragie pendant l'opération. Guérison en 3 semaines. Plus tard, les fonctions intestinales, après de l'incontinence, s'améliorent au point que le malade peut reprendre ses travaux.	Guérison.	
PICK <i>Saint-George's hospital Reports</i> 1878. Page 302.	H 52 ans.	Epithélioma d'une hauteur de 2 pouces. Extirpation le 10 octobre 1878.	Mort le 5 ^e jour.	Pneumonie et péritonite.
F. JORDAN <i>British medical Journal</i> 1878. T. I, page 301.	F Age moyen	Cancer épithélial. Extirpation de 2 pouces de rectum. Aucune incontinence. Convalescence rapide.	Survie de 18 à 20 mois.	
HOLMES <i>British. med. jour.</i> 1878. T. I, page 300.	F	Tumeurs multiples remplissant l'extrémité inférieure du rectum, qui est presque complètement obturé dans une hauteur de 2 pouces. Les parties voisines sont intéressées. Guérie de l'opération.	Guérie de l'opération.	
GANT <i>Medical Press and Circular</i> Août, page 131.	H	Cancer annulaire vis-à-vis la base de la prostate. Extirpation de 3 pouces 1/2. Longue convalescence; mais soulagement rapide, et la santé générale devient bientôt meilleure. Tendance au rétrécissement cicatriciel qu'on combat avec des bougies.	Guérie de l'opération.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
CURLING <i>Lancet</i> 1888. T. 1. Page 361.	H 60 ans.	Large ulcère cancéreux sur la paroi postérieure du rectum, à limite supérieure à peine accessible. Champignons cancéreux saillants à l'anus. Excision des parties saillantes. Marche progressive de la maladie. Survie constatée 2 ans après. Pas de renseignements ultérieurs.	Survie constatée 2 ans après	
KÖNIG de Göttingue. <i>Centralblatt. f. Chirurgie</i> , 16 juillet 1877.	F 70 ans.	Cancer étendu du rectum mobile en apparence. Extirpation. Adhérences étendues au sacrum. L'opérateur incise le péritoine, lie l'intestin en 2 points et coupe entre les ligatures. Extirpation de noyaux isolés autour de la vessie. Suture du péritoine. Suture intestinale. Infiltration des matières et du pus dans les tissus de la région. Mort le dix-septième jour sans péritonite.	Mort le 17 ^e jour.	Cellulite.
L.-R. FOWLER <i>Annals of anatomy and surgery</i> 1881. <i>Centralblatt. f. Chirurgie</i> , 1881.	H 34 ans.	Résection de la partie inférieure du rectum. Ouverture du péritoine et fermeture au moyen de 6 ligatures au catgut. Le traitement consécutif consista en irrigations permanentes avec une solution faible d'acide phénique. La marche de la plaie fut des plus favorables. Le résultat final fut très-satisfaisant.	Guéri de l'opération.	
THOMAS GREGG <i>The Dublin quarterly journal of medical science</i> .	H 58 ans.	Tumeur très-vasculaire saignant abondamment et paraissant de nature maligne. Hémorragies nombreuses. Douleurs excessives de la défécation. Ablation avec l'écraseur. Pas de sang. 16 jours après la plaie paraît complètement cicatrisée.	Guéri de l'opération.	
SCHUH de Vienne <i>Wien med. woch.</i> 1861 Page 241.	F 56 ans.	Cancer annulaire datant d'un an. Haut de deux travers de doigt. Extirpation. Etat satisfaisant pendant 5 jours, puis état grave. Mort le huitième jour de péritonite avec infiltration purulente des tuniques du rectum, de l'S iliaque et du tissu cellulaire des parois abdominales.	Mort le 8 ^e jour.	Péritonite et Cellulite
PARKER <i>New-York med. j.</i> T. 1. fév. 1866. Page 373.	H 50 ans.	Tumeur insérée sur la muqueuse à environ 1 pouce 1/2 au-dessus du sphincter, sur une largeur de 1 pouce dans un sens et de 3/4 de pouce dans l'autre sens. Date de 6 mois. Extirpation avec l'écraseur et le bistouri. Examen histologique démontre qu'il s'agit d'un épithéliome.	Guéri de l'opération.	
GULEKE <i>New-York Med. journal</i> . T. xii, déc. 1875. Page 622.	F	Tumeur maligne du rectum qui a pénétré dans le vagin et envahi le côté droit du sphincter. Depuis un an douleurs vives. Décubitus dorsal impossible. Extirpation sans inconvénient. Soulagement. Séjour au lit possible. Incontinence des matières par suite de la destruction du sphincter.	Guérie de l'opération.	
<i>Idem.</i>	F	Masse cancéreuse occupant la paroi postérieure du rectum à environ 3 pouces de l'anus. Même opération que dans le cas précédent. Soulagement complet : la malade s'imagine être guérie. L'utérus est intact, mais il y a des traces d'envahissement des parois latérales et antérieures du rectum.	Guérie de l'opération.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
<i>Saint-George's hosp. 1876, Page 536.</i>	F 60 ans.	Tumeur maligne occupant les deux derniers pouces du rectum et de l'anus. Extirpation de tout le tissu morbide avec l'écraseur. La malade a été revue plus d'un an après l'opération. Elle n'a ressenti aucune incommodité et il n'y a pas de récurrence.		
HOLMES <i>Saint-George's hosp. 1877. Page 270.</i>	F 44 ans.	Tumeur d'un 1/2 pouce située en arrière et à droite, datant de 4 ans (tissu intermédiaire à l'adénome et au papillome) ganglions inguinaux un peu tuméfiés. Noyaux isolés dans la paroi vaginale. Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. Incontinence des matières liquides.	Survie sans récurrence constatée 18 mois après	
ROUSE <i>The Lancet 1880.</i>	H 61 ans	Epithélioma limite du rectum sur le côté gauche de l'intestin à 2 cent. et demi au-dessus de l'anus. Excision de la tumeur. — La tumeur une fois détachée des parties voisines, un doigt introduit dans le rectum la pousse vers l'anus en dehors et il est facile de l'exciser. — Entière guérison après un mois. — Pas d'incontinence.	Guéri de l'opération.	
STIMSON <i>New-York, Med. j. T. XXVIII, nov. 1878, p. 538.</i>	H	Tumeur datant de six mois, étendue depuis l'anus jusqu'à une hauteur de 4 pouces, déve- loppée surtout sur la face antérieure du rectum. Extirpation. — Résection de 4 pouces d'in- testin après dissection difficile du côté de la vessie et du sacrum; trois semaines après on voit trois petits nodules suspects à la face anté- rieure de la plaie suppurante, au-dessus de la marge de l'anus.	Récurrence immédiate.	
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Tumeur de la paroi antérieure du rectum dont les progrès ont été lents et dont le début remonte à 2 ans. Deux pouces 1/2 d'étendue. Limitée à la face postérieure de l'organe. Pas d'infiltration du tissu environnant. La tumeur est enlevée avec la partie d'intestin envahie. Sutures.	?	
PEABODY <i>New-York, Med. j. T. XXVIII, nov. 1878, p. 540.</i>		Extirpation du rectum.	Mort le 6 ^e jour.	Pyohémie.
BRIDDON <i>New-York, Med. j. vol. XXVIII, nov. 1878, p. 542.</i>	F 36 ans	Carcinome, datant de 2 ans, siégeant à 2 ou 3 pouces au-dessus de l'anus, avec adhérences en avant et en arrière. Extirpation. Adhérences avec le péritoine et le ligament sacro-iliaque. Le péritoine est ouvert. Péritonite le deuxième jour.	Mort le 10 ^e jour.	Péritonite, collapsus.
BRIDDON <i>New-York, Med. j. vol. XXV, janv. 1877, p. 63, avr. 1877, p. 411.</i>	F 45 ans	Cancer épithélial, remontant à 3 ans, annulaire commençant au sphincter externe et s'étendant en haut à 2 pouces 1/2. Mobile. Extirpation. Mort de péritonite et pleurésie environ 2 mois 1/2 après. Pas de récurrence dans la plaie, mais au-dessus d'elle ganglion lymphatique volumineux.	Mort au bout de 2 mois 1/2.	Pneumonie et Pleurésie.
JAMES <i>New-York, Med. j. T. XXV, avr. 1877, p. 402.</i>	F 34 ans	Tumeur maligne remontant à 18 mois. Masse indurée englobant le sphincter anal et le rectum sur une hauteur de 1 pouce 1/2. Extirpation. Sutures. Légère hémorragie après l'opération.	?	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
OTIS <i>New-York, med. j.</i> T. XXXI, mai 1880, p. 527.	H 7½ ans	Tumeur épithéliale datant de 1 an occupant la concavité du rectum et s'étendant du sphincter anal à une hauteur d'environ 3 pouces 1/2, large d'environ 2 pouces. Extirpation. A la fin de la troisième semaine cautérisation presque complète, et le patient peut faire un peu plus de 3 milles à pied sans incommodité. Son poids a augmenté de plusieurs livres. L'examen histologique fait avant l'opération a démontré la nature épithéliale de la tumeur.	Guéri de l'opération.	
BRIDDON <i>Med. Record,</i> 6 août 1881.	H	Ablation de la prostate dans son entier et de l'extrémité inférieure du rectum pour un carcinome squirrheux. Toute la tumeur cancéreuse n'est pas enlevée.	Mort dans les 48 heures.	
BILLROTH <i>Chirurgische Erfahrungen Zurich</i> 1860-1867 in <i>Langenbeck, Arch.</i> v. 10. Page 520.	H 54 ans.	Tumeur circulaire. Difficultés pendant 2 ans. Extirpation. Mort 22 heures après, de péritonite foudroyante.	Mort 22 heures après l'opération.	Péritonite.
<i>Id.</i>	F 51 ans.	Tumeur circulaire. Extirpation. Mort de péritonite.	Mort.	Péritonite.
<i>Id.</i>	F 34 ans.	Tumeur circulaire très-étendue paraissant remonter à 1 an 1/2. Extirpation. Le péritoine est intéressé. Mort 36 heures après.	Mort 36 heures après l'opération.	Péritonite.
<i>Id.</i>	F 34 ans.	Tumeur indurée de la grandeur d'un écu. Excision. Infiltration du tissu cellulaire environnant le rectum. Pyohémie. Mort.	Mort.	Pyohémie et cellulite
<i>Id.</i>	H 51 ans.	Tumeur circulaire. Extirpation. Mort 3 jours après l'opération.	Mort 3 jours après l'opération.	Péritonite.
<i>Id.</i>	62 ans.	Tumeur très-étendue, limite supérieure élevée. Extirpation. Mort 8 jours après, de péritonite.	Mort le 8 ^e jour.	Péritonite.
<i>Id.</i>	F 42 ans.	Carcinome du rectum ayant perforé le vagin. Extirpation avec la paroi du vagin. Guérison. Récidive rapide.	Survie de 10 mois.	Récidive.
<i>Id.</i>	F 43 ans.	Tumeur circulaire. Extirpation. Guérison (mai 1861). Pas de récurrence jusqu'en 1864. Deuxième extirpation le 10 avril 1864. Pas de récurrence jusqu'en 1865 (mars). Mort en décembre 1865.	Survie de 4 ans et quelques mois.	
<i>Id.</i>	H 55 ans	Tumeur formée par des excroissances isolées. Difficultés pour aller à la selle depuis un an. Extirpation de la partie inférieure du rectum avec l'écraseur (7 novembre 1863). Mort d'une récurrence, le 11 mai 1864.	Survie de 5 mois.	Récidive.

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
BILLROTH.	H 60 ans	Carcinome occupant les parois du rectum dans les trois-quarts de la circonférence. Constipation, difficultés pour aller à la selle depuis 2 ans 1/2. Extirpation le 17 juin 1867. Guérison. Perdu de vue.	Guéri de l'opération.	
CRIPPS W. H. <i>Britisch. med. j.</i> 1879. T. II, p. 494.	F 61 ans	Cancer du rectum depuis plus d'un an, comprenant l'anus et remontant à deux pouces au-dessus. Une partie de la paroi antérieure est saisie. Extirpation. Petite récidive au bout de 3 mois. Ablation de ce petit noyau. Toute douleur a disparu. Santé générale bonne.	Survie constatée au bout de 14 mois.	
<i>Id.</i>	H 54 ans	Cancer du rectum datant de 2 ans. Ablation.		
JOHN GAY <i>Royal med. and Surg. Society, in Britisch med. j.</i> 1879. T. I, p. 893.	F 37 ans	Tumeur cancéreuse siégeant sur la troisième valvule de Houston près de la pointe du coccyx. Douleurs vives. Pas de connexions avec les parties voisines.		
EWART <i>St Mary' hosp. Manchester. The Lancet.</i> 21 juin 1879.	F 70 ans	Tumeur cancéreuse de l'anus et du rectum remontant à 1 pouce 1/2. Datant de 9 mois. Douleuruse. Adhérence à la paroi vaginale. Extirpation au bistouri. Peu d'hémorragie. Torsion des artères. Guérison en 3 semaines. Pas d'incontinence. Légère perforation du vagin par le fait de l'opération.	Survie constatée au bout de 9 mois. Récidive.	
FURNER <i>Sussex County hospital. Th. Lancet.</i> 15 mars 1879.	F 64 ans	Tumeur dure, irrégulière de la paroi gauche de l'intestin à 1 pouce 1/2 de la marge de l'anus, remontant à 2 pouces environ. Douleurs, hémorragies fréquentes. Extirpation. Sutures. Guérison sans incontinence au bout de 7 semaines. Pas d'autres détails.	Guérie de l'opération.	
BRYANT <i>Guy's hospital. The Lancet.</i> 30 sept. 1882.	F 40 ans	Cancer du rectum amenant peu de rétrécissement et pouvant être franchi avec le doigt. Extirpation le 29 novembre 1881. Le 13 décembre on incise un abcès au niveau du coccyx. Erysipèle. La malade sort de Guy's hospital à la fin de février, elle a de l'incontinence.	Guérie de l'opération.	
PAUL <i>Royal hosp. de Liverpool. Britisch. med. j.</i> 26 nov. 1881. P. 879.	H 50 ans	Cancer occupant l'extrémité inférieure du rectum, sur une hauteur de 2 pouces 1/2, mais sans occuper toute sa circonférence. Extirpation suivant la méthode d'H. Cripps. Guérison.	Guérie de l'opération.	
HOLMER <i>Om Behandlingen of carcinoma rectivæ extirpation (Foredrag medicinsk selskab. Janvier 1880). Copenhague.</i>	F 31 ans	Cancroïde, ayant débuté il y a 9 mois. Ténésme et douleurs surtout après les selles. Incontinence quand les selles sont liquides. Amaigrissement. Tumeur remontant sur une hauteur de trois pouces dans le rectum, à limites supérieures irrégulières qu'on peut cependant circonscrire avec le doigt. Quelques adhérences en avant, mais mobilité en général. Extirpation. Quelques noyaux isolés en avant du sacrum. Sutures. Guérison au bout d'un mois. Pas d'incontinence, les gaz seuls ne sont pas retenus. Six mois après deux ganglions inguinaux.	Survie constatée après 18 mois sans récidive ni généra- lisation prouvée.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
		On craint une généralisation du côté du foie. Cependant 15 ou 18 mois après l'opération, il n'y a pas de récurrence et la santé est bonne.		
HOLMER Id.	F 42 ans	Epithélioma cylindrique. Ayant débuté 22 mois auparavant. Ulcérations remontant à plus de 7 cent. au-dessus de l'anus. Le doigt peut franchir le néoplasme, surtout en avant. Petite adhérence au vagin. Tumeur généralement mobile. Extirpation le 15 octobre 1878. On abaisse la partie supérieure de l'intestin. Sutures. Le 1 ^{er} octobre la cicatrisation est complète. La malade reste à l'hôpital comme infirmière. En 1879 (juin), deux petits noyaux de récurrence l'un près de l'anus, l'autre près de la grande lèvre. Extirpation de ces noyaux et guérison rapide. Rien de nouveau en mars 1880. Pas d'incontinence. La malade est avertie par le besoin d'aller à la selle.	Survie de 17 mois et au-delà sans récurrence.	
Id.	H 36 ans	Carcinome étendu, commençant à 2 cent. 1/2 au-dessus de l'anus et remontant assez haut pour que le doigt ne puisse atteindre que difficilement sa limite supérieure. Début il y a 8 mois. Difficultés de la défécation. La tumeur est assez mobile, il existe quelques noyaux de propagation vers le sacrum en arrière. Extirpation le 25 mars 1879. On enlève 9 cent. 1/2 au rectum. (La tumeur ulcérée présentait une étendue de 7 cent.) L'opération ne présente de difficultés qu'en arrière vers le sacrum. Sutures. Mort le surlendemain. L'autopsie fait découvrir une petite perforation du péritoine, mais on l'attribue à la dissection du cadavre, car il n'y a ni rougeur, ni épanchement dans le péritoine.	Mort le surlendemain de l'opération.	Collapsus.
Id.	H 56 ans	Epithélioma cylindrique, ayant débuté il y a 4 mois, douleurs, selles sanguinolentes difficiles. Tumeur irrégulière, ulcérée, qu'on peut facilement circonscrire avec le doigt, un peu au-dessus du sphincter interne. Mobile. Pas de ganglions. Rien au foie. Extirpation le 26 août 1879. Sutures. Comme dans l'opération précédente on ne voit pas le péritoine pendant l'opération. Le 5 septembre la cicatrisation est complète. En février 1880 : le médecin du malade écrit à M. Holmer que l'opéré a toujours de l'incontinence des matières, mais qu'il n'y a pas encore eu de récurrence.	Survie de 6 mois et plus sans récurrence.	
Id.	H 54 ans	Carcinome alvéolaire ayant débuté il y a 4 mois 1/2, avec douleurs et alternatives de constipation et de diarrhée. Située à 1 cent. au-dessus de l'anus, la tumeur s'étend jusqu'à 6 cent. 1/2 au-dessus, un peu plus haut à gauche. En avant une partie de l'intestin large comme le doigt est libre. Ulcération avec saillies végétantes. Noyaux cancéreux propagés vers la concavité du sacrum. Un ganglion dans l'aîne gauche. Rien au foie. Le 1 ^{er} octobre extirpation. On réussit, après quelques difficultés, à abaisser l'intestin pour la suture. Guérison le 24 novembre. A cette époque un ganglion de l'aîne droite et un autre de l'aîne gauche ont pris du développement. Le malade peut reprendre toutes ses distractions habituelles et ses occupations. Il retient les matières, sauf quand il y a diarrhée.	Survie indéterminée	

Dans le tableau suivant, je résume les observations inédites que je dois à l'obligeance de plusieurs chirurgiens.

Observations inédites.

OPÉRATEURS — (observations inédites)	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
J. BÖCKEL	F 50 ans.	Cancer étendu de l'extrémité inférieure du rectum, dont le début paraît remonter à plus de 6 mois « à 7 cent. au-dessus de la marge de l'anus, le doigt tombe sur une masse indurée, formée d'une série de noyaux plus ou moins arrondis occupant toute la circonférence de l'intestin. » Hauteur 3 cent., en arrière : là, comme en avant, le doigt peut franchir la tumeur. Adhérence au vagin. Extirpation de 11 cent. de rectum avec la paroi recto-vaginale. — (Bistouri et anse galvano-caustique). Sutures. — (20 janvier 1876.) — Le 4 février on enlève les fils, réunion complète. — Sortie le 16. Examen histologique : épithélioma cylindrique.	Guérison complète constatée après 7 ans.	.
J. BÖCKEL	F 50 ans.	Tumeur cancéreuse (épithélioma cylindrique reconnu comme le précédent) datant d'un an environ. Tumeur siégeant à 8 cent., au-dessus du sphincter externe, ayant la forme d'un anneau épais, dur, saignant facilement et s'étendant à une hauteur d'environ 2 cent.; le calibre de l'intestin est rétréci. L'index franchit le néoplasme. Au-dessus l'intestin est sain; pas d'adhérences au vagin. Extirpation au bistouri et à l'anse galvano-caustique le 28 octobre 1876. Cicatrisation lente. <i>Eccat</i> , guérie le 29 janvier 1877. Récidive au bout d'un an dans la cloison recto-vaginale. Nouvelle extirpation. Guérison constatée au bout de 4 ans. Mort au bout de 6 ans.	Survie de 6 ans.	Cachexie.
J. BÖCKEL	H 53 ans.	Carcinome cylindrique de la paroi antérieure du rectum remontant à 8 cent. 1/2. On peut le franchir avec le doigt. Extirpation le 22 janvier 1876. La prostate et l'urètre sont disséqués sur une étendue de 4 cent. Le 26, la plaie se désunit, le 27, les sutures ont lâché, le rectum est remonté à 4 cent. 1/2 au-dessus de l'anus. Cicatrisation en 6 semaines. Récidive 15 mois après. Mort 4 mois après.	Survie de 19 mois.	Récidive.
J. BÖCKEL	F 63 ans.	Carcinome cylindrique, datant de 10 mois. Son extrémité supérieure peut être dépassée par le doigt. Extirpation (25 mars 1882) de 8 cent. du rectum, y compris la cloison recto-vaginale (anse galvanique). Pas d'hémorragie. Pas d'accidents ultérieurs. Cicatrisation absolue au bout de 3 mois 1/2. Retient les selles solides; incontinence des gaz et des selles liquides. La guérison s'est toujours maintenue. Examen histologique a été fait.	Guérison constatée après un an.	.

OPÉRATEURS — Observations inédites	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
J. BÖCKEL	H 69 ans.	Carcinome cylindrique. Hémorragies abondantes et ténésme. Toute la circonférence de l'intestin est prise. La tumeur remonte surtout en arrière; elle est accessible au doigt. Extirpation de 9 cent. de rectum (19 septembre 1882) au bistouri, y compris le sphincter qui était envahi. Suture de l'intestin à la peau. Les sutures lâchent en partie. Guérison le 2 novembre. Revu 9 mois après, le malade est en bonne santé et ne présente pas trace de récurrence. Retient les selles et parfois les gaz. Rétrécissement peu notable du nouvel anus.	Guérison constatée après 9 mois.	
J. BÖCKEL	H 64 ans.	Tumeur située à 2 cent. 1/2 de l'anus, s'étendant sur tout le pourtour de la muqueuse rectale et formant un anneau assez dur proéminent dans la cavité rectale, s'étendant surtout à droite et permettant à l'index de passer au-dessus de la tumeur juste à la limite du sphincter interne. Extirpation le 1 ^{er} septembre 1880 (bistouri et anse galvano-caustique). Les jours suivants douleurs qui font craindre une péritonite. Elimination d'une eschare formée au niveau de la plaie. Le 11 septembre état très satisfaisant. Puis surviennent des signes généraux de cachexie qui ne permettent jamais au malade de reprendre sa santé. Pas de récurrence.	Survie de 9 mois.	Cachexie.
J. BÖCKEL	F 41 ans.	Cancer du rectum datant de plusieurs mois. En pénétrant dans le rectum le doigt rencontre des parties bosselées, dures, surtout à la paroi gauche et antérieure depuis environ 2 cent., de l'ouverture anale jusqu'à 10 ou 11 au-dessus. On parvient assez facilement à délimiter la tumeur. A cette hauteur elle se termine circulairement. Pas de ganglions hypertrophiés. Le 12 juillet extirpation (couteau de Paquelin). A gauche, on arrive après être remonté jusqu'à 10 cent., sur une propagation du mal qu'on ne peut enlever. Le malade a pendant longtemps de la suppuration. Elle meurt de récurrence locale, dans le courant de juillet de l'année suivante.	Survie de 1 an.	Récurrence. J32
J. BÖCKEL	F 56 ans.	Carcinome cylindrique de l'extrémité inférieure du rectum et de la cloison vaginale. Extirpation de 9 cent., du rectum et de la cloison jusque près du col utérin (bistouri et anse galvano-caustique). Réunion. Guérison rapide en 3 semaines. La malade se lève (15 juin 1879). Le 21 juillet point de côté très intense à gauche, accès de suffocation. Cyanose de la face. Mort le 20. A l'autopsie on constate un épanchement de la plèvre du côté gauche; épanchement péricardique et noyaux cancéreux disséminés sur les deux séreuses. Rien dans les autres organes.	Mort 40 jours après.	Accidents pulmonaires et cardiaques.
J. BÖCKEL	H 39 ans.	Sarcome à petites cellules du volume d'une noix, situé sur la paroi antéro-latérale gauche du rectum, à 2 cent. de la marge de l'anus. Extirpation le 11 novembre 1878. Le sphincter est respecté. Suture des lèvres de la plaie. Guérison en 8 jours. Récurrence au bout de 4 mois sous forme d'une tumeur occupant toute la circonférence de l'intestin, remontant à 6 centimètres et se laissant bien délimiter par le doigt. Nouvelle extirpation. Suites simples, guérison au bout de 5 semaines. Nouvelle récurrence en juillet : opération impraticable.	Survie de 9 mois.	Mort après deux récurrences.

OPÉRATEURS — Observations inédites	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
J. BECKEL	F 45 ans.	Carcinome cylindrique des parois postérieure et latérale du rectum datant de 10 mois. Affaiblissement par hémorragies fréquentes. Extirpation le 25 août 1880 par l'anse galvano-caustique. Pas de récurrence pendant 2 ans. A cette époque on reconnaît, après une hémorragie, qu'il existe une nouvelle tumeur à gauche et s'étendant assez loin. Nouvelle opération. En poursuivant un ganglion cancéreux on ouvre le péritoine.	Survie de 2 ans.	Mort d'une 2 ^e opération nécessitée par récurrence. Péritonite?
LANELONGUE (de Bordeaux).	F 50 ans.	Epithélioma de la paroi postérieure du rectum remontant à 6 cent. environ de l'anus, présentant une hauteur de 3 cent. et une largeur de 6. Extirpation avec l'écraseur, après division médiane dans une première application de la chaîne. Mort 24 heures après, de péritonite. L'autopsie n'a pu être faite.	Mort 24 heures après.	Péritonite.
LANELONGUE (de Bordeaux).	H 38 ans.	Epithélioma étendu, annulaire, de l'extrémité inférieure du rectum, remontant à environ 8 cent. de l'anus. Extirpation avec le thermo-cautère et l'écraseur. On ne voit pas le péritoine pendant l'opération. Mort 48 heures après de péritonite. A l'autopsie, on trouve que le cul-de-sac postérieur du péritoine a été intéressé par l'opération.	Mort après 48 heures.	Péritonite.
DUDON (de Bordeaux).	H 63 ans.	Epithélioma ano-rectal. En introduisant le doigt, on sent que le mal occupe tout le pourtour du rectum, surtout en arrière et à gauche, dans une hauteur qui permet juste au doigt d'atteindre sa limite. Etat général bon : pas de ganglions. Extirpation totale le 8 septembre 1881, (thermo-cautère et écraseur). Guérison complète à la fin d'octobre. Guérison constatée encore le 9 avril 1882.	Survie constatée après 7 mois.	
L. LABBÉ (Paris).	F 45 ans.	Epithélioma de la partie antérieure du rectum s'étendant un peu sur les parties latérales, remontant très-haut, mais que le doigt pouvait franchir. Extirpation de la cloison recto-vaginale et des prolongements latéraux de la tumeur (galvano-cautère). Guérison. Mort au bout de 7 ans, sans récurrence locale ni engorgement ganglionnaire.	Survie de 7 ans.	Cancer du foie.
L. LABBÉ (Paris).	H 60 ans.	Epithélioma anal opéré déjà en 1877, à Nantes. Récurrence en 1879. Hémorragie. Amaigrissement. Cancer annulaire de l'extrémité inférieure du rectum remontant à 4 cent. Extirpation de cette récurrence par M. L. Labbé. Ablation large à limite supérieure élevée, avec le galvano-cautère. Ecoulement de sang nul. Réparation rapide. Retour complet à la santé.	Survie de 2 ans.	Récurrence.
L. LABBÉ (Paris).	H 61 ans.	Epithélioma ano-rectal annulaire remontant à 1 cent. 1/2 dans le rectum. Large extirpation (mai 1880). Malade revu le 18 mai 1883. (Etat de santé parfait, pas de récurrence.) Le seul inconvénient à noter est un peu de rétrécissement, combattu du reste avec avantage par des bougies que le malade introduit lui-	Guérison constatée après 3 ans.	

OPÉRATEURS — Observations inédites	Sexe ET Age	Symptôme, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
		même. M. L. Labbé attribue cet inconvénient, observé plusieurs fois, à l'usage du galvano-cautère dans l'opération.		
L. LABBÉ (Paris).	F 55 ans.	Epithélioma occupant seulement la paroi postérieure du rectum. Extirpation au moyen d'un lambeau assez large pris sur la paroi postérieure et coupé bien au-dessus de la tumeur. Marche régulière pendant 8 jours. Le huitième jour survient un gonflement total du membre inférieur droit, mort subite deux jours après par embolie pulmonaire.	Mort le 10 ^e jour.	Embolie pulmonaire.
EUG. BÖCKEL Strasbourg, octobre 1866.	H	Cancer circulaire de l'anus et du rectum remontant à 7 cent. de haut. Extirpation au bistouri. Guérison avec incontinence. Pas revu.		
EUG. BÖCKEL juillet 1872.	H 72 ans.	Opéré entièrement de lithotritie. Cancer du rectum occupant un tiers de la circonférence de l'intestin jusqu'à 8 cent. de haut. Extirpation au bistouri. Guérison. Récidive au bout de quelques mois.	Survie indéterminée.	
EUG. BÖCKEL mars 1874.	H 33 ans.	Cancer circulaire remontant à 7 cent., datant de 2 ans. Dissection au bistouri. Section de la partie supérieure au galvano-cautère. Guérison. Un an plus tard, récidive.	Survie de plus d'un an.	
EUGÈNE BÖCKEL avril 1876.	H 57 ans.	Cancer en choux-fleur, né de la paroi postérieure de la prostate et proéminent dans le rectum. Ablation au galvano-cautère après dilatation de l'anus. La base de la tumeur ne peut être enlevée complètement. Récidive immédiate.	Survie indéterminée.	
EUGÈNE BÖCKEL mai 1879.	H 63 ans.	Cancer circulaire remontant à 6 cent. de haut. Extirpation au bistouri. Forte perte de sang. Suture du bout supérieur à la peau de l'anus. Guérison pendant un an. Récidive ensuite.	Survie de plus d'un an.	
EUGÈNE BÖCKEL mars 1878.	F 54 ans.	Plaque cancéreuse de la paroi postérieure du rectum, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, à 3 cent. au-dessus de l'anus. Extirpation avec l'anse galvano-caustique. Extirpation de quelques ganglions dans la cavité du sacrum. Guérison. Point de nouvelles.	Guérison, survie indéterminée.	
EUGÈNE BÖCKEL septembre 1878.	H 67 ans.	Cancer de la paroi postérieure du rectum remontant à 8 cent. Extirpation avec l'anse galvano-caustique sans hémorragie. Mort subite 6 jours après par embolie pulmonaire.	Mort le 6 ^e jour.	Embolie pulmonaire.
EUGÈNE BÖCKEL novembre 1880.	H 57 ans.	Cancer annulaire du rectum remontant à 6 cent. Incision de l'anus jusqu'au coccyx. Extirpation au bistouri (probablement incomplète). Récidive immédiate.	Guérison de l'opération.	
EUGÈNE BÖCKEL janvier 1881.	H 54 ans.	Cancer de la paroi postérieure du rectum. Incision de l'anus. Extirpation au bistouri.	Mort 48 heures après.	Péritonite.

OPÉRATEURS — Observations inédites	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
EUGÈNE BÖCKEL Décembre 1881.	F 22 ans.	Cancer de la cloison recto-vaginale. La tumeur est enlevée à 2 cent. du col avec l'anse galvano-caustique. Neuf mois plus tard, M. Böckel constate une petite récidive sur la cicatrice latérale, facile à extirper. Le malade refuse l'opération.	Survie de plusieurs mois et au-delà.	
EUGÈNE BÖCKEL Octobre 1882.	F 72 ans	Cancer des deux tiers antérieurs de l'anus, du rectum et du périnée. La tumeur est circonscrite au bistouri, puis extirpée avec l'anse galvano-caustique. Le malade va bien d'abord pendant 3 semaines, se lève déjà, puis engouement pulmonaire et mort le 20 novembre.	Mort après quelques semaines.	Accidents pulmonaires.
EUGÈNE BÖCKEL Octobre 1882.	F 53 ans	Cancer circulaire du rectum remontant à 8 cent. de haut en arrière, un peu moins en avant. La peau de l'anus, du périnée, la muqueuse du vagin sont encore indemnes. Le mal date de 2 ans 1/2. Incision de l'anus jusqu'au coccyx, dissection de la muqueuse vaginale au bistouri pour pouvoir réunir plus tard. Extirpation du cancer au bistouri. Suture du bout supérieur du rectum à la peau avec une forte tension. La plaie guérit en 2 mois 1/2 en laissant un certain degré de rétrécissement cicatriciel. Actuellement la malade va bien et a pu faire 6 kilomètres à pied. Elle s'introduit tous les jours une bougie rectale pour maintenir le rétrécissement à un degré convenable.	Guérison constatée après six mois.	
EUGÈNE BÖCKEL Juillet 1882.	F 49 ans	Pas d'antécédents morbides. Carcinome rectal dont les premiers symptômes datent de l'hiver 1880-1881, soit 18 mois environ. Douleurs graduellement croissantes depuis cette époque; selles très-pénibles, accompagnées d'écoulements sanguins. Ténésmes. Les symptômes vont toujours s'aggravant. Induration occupant les 2/3 postérieurs de la circonférence intestinale, s'étendant depuis l'anus jusqu'à 4 cent. plus haut. Cachexie commençante. Extirpation, le 24 juillet 1882, de toute la portion malade du rectum, à l'aide du bistouri. La portion antérieure, saine sur une largeur de 2 cent. n'est pas intéressée. Hémorragie notable: ligatures au catgut au nombre de vingt environ. Sutures métalliques profondes, sutures superficielles à la soie; 3 tubes à drainage. Pansement phéniqué. Irrigations phéniquées et lavage deux fois par jour. La malade quitte l'hôpital le 21 août 1882, complètement guérie et sans trace de récidive.	Réunion par première intention.	
EUGÈNE BÖCKEL Mars 1873.	F 73 ans	Bonne constitution, pas de maladies antérieures. Défécation douloureuse depuis 2 mois. Cancer occupant la paroi antérieure du rectum, la cloison recto-vaginale et la paroi postérieure du vagin sur une hauteur de 6 à 7 cent. Anus intact. Bourrelets cancéreux saillants à l'extérieur par l'anus et le vagin. Toucher rectal douloureux. Les ganglions de l'aîne sont un peu engorgés. Le 5 mars 1873, ablation de toute la masse cancéreuse au moyen de l'anse galvanique. La cloison recto-vaginale est enlevée jusqu'à 2 cent. 1/2 du	Guérison.	

OPÉRATEURS — Observations inédites	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
		col utérin : le vagin et l'extrémité du rectum sont ainsi transformés en cloaque. Pansement phéniqué, lavages fréquents. Le 19 mars, symptômes d'érysipèle, frisson, fièvre, arrêt de la cicatrisation. L'érysipèle guérit en quelques jours. A la fin d'avril, l'état général est satisfaisant, mais l'examen de la région malade permet de constater une induration à la partie supérieure gauche de la cloison recto-vaginale. Le 3 mai, ablation de ces noyaux indurés par l'anse galvano-caustique. Les suites de cette seconde opération sont des plus simples, et au mois de juillet, la malade est considérée comme guérie. Pas de traces de lésion locale : l'état général est excellent.		
EUGÈNE BÖCKEL Février 1881.	F 36 ans	Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures. Bonne constitution. Depuis six mois, douleur à la région anale : selles douloureuses, accompagnées d'écoulements sanguinolents. Constipation. Carcinome du rectum et de la cloison recto-vaginale, commençant immédiatement au-dessus du sphincter, et s'élevant à une hauteur de 4 cent. environ. La tumeur est mobile sur la muqueuse vaginale restée saine. Pas d'engorgement ganglionnaire. L'état général est devenu moins bon : appétit diminué, teint jaune terreuse. Le 22 février 1881, ablation de la tumeur, à l'aide du bistouri et de l'anse galvano-caustique. Pas d'accident opératoire : la malade perd 200 grammes de sang au maximum. Lavages phéniqués : suite de l'opération très simple. La malade quitte l'hôpital le 18 mars, 25 jours après l'opération, dans l'état suivant : Périnée réduite à 1 cent. de l'anus à la vulve. Fistule recto-vaginale admettant l'extrémité de l'index, incontinence des matières, qui passent en partie par cette fistule. Pas de trace de récurrence. Etat général bon. Pas de nouvelles ultérieures.	Guérison de l'opération.	
EUGÈNE BÖCKEL Décembre 1880.	F 62 ans	Pas de maladies graves : bonne constitution. Depuis l'âge de la ménopause (50 ans) constipation. Depuis deux ans, selles douloureuses, pertes muco-sanguinolentes par l'anus : apparition d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, saillante à l'extérieur, enlevée il y a un an, sans aucun résultat. Les douleurs ont continué et l'état général va en déclinant. L'examen local fait découvrir une tumeur carcinomateuse occupant le rectum et la cloison recto-vaginale, ulcérée du côté du rectum. La tumeur s'élève à 10 cent. de l'anus en avant, à 6 cent. en arrière : elle forme un bourrelet saillant au pourtour de l'anus : une partie du sphincter est envahie par le néoplasme, qui s'étend en outre, à droite, vers le creux ischio-rectal. Dans l'aîne droite, 2 ganglions sont engorgés. Le 8 décembre 1880, extirpation de toute la masse morbide, au moyen du thermo-cautère et de l'anse galvano-caustique. Pas d'accidents opératoires, pas d'hémorragies. En outre, extirpation des deux ganglions inguinaux engorgés. Sutures métalliques : lavages abondants avec la solution phéniquée. Pas d'accidents consécutifs. L'état général et local va s'améliorant jusqu'au	Guérison de l'opération.	

OPÉRATEURS — Observations inédites	Sexe et Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
		1^{er} février 1881. A cette époque, la malade quitte l'hôpital dans l'état suivant : Plaie opératoire presque entièrement cicatrisée, sans fistule, grâce à l'adhérence de la lèvre postérieure du col utérin avec le cul-de-sac postérieur. Incontinence fécale. Pas de trace de récurrence. Etat général très-satisfaisant. Pas de nouvelles ulcérations.		
EUGÈNE BÖCKEL Novembre 1881.	F 47 ans	Pas d'antécédents morbides : bonne constitution. La maladie a débuté il y a 6 à 8 mois, par des douleurs vagues, qui ont augmenté graduellement, et se sont enfin accompagnées d'écoulements sanguinolents. La paroi antérieure du rectum est envahie par une tumeur carcinomateuse, qui occupe également la marge de l'anus, et forme, à l'extérieur, du côté droit, une tumeur grosse comme une petite noix, qui ressemble à première vue à une hémorroïde. Le toucher rectal et le toucher vaginal combinés permettent de délimiter nettement la tumeur. Le 12 novembre 1881, extirpation de tout le néoplasme. L'opération, commencée avec le bistouri et le thermo-cautère, est terminée avec l'anse galvano-caustique. Pas d'accident opératoire. Le rectum est abaissé et fixé à la plaie cutanée au moyen de sutures métalliques. Lavages phéniqués : pansement à la naphtaline. Les suites de l'opération sont des plus normales. Dix jours après l'opération, les sutures ayant coupé la peau, l'intestin remonte un peu. La plaie a très-bon aspect. La malade quitte l'hôpital le 14 janvier 1882, 2 mois après l'opération. Etat général bon. Incontinence des gaz et des liquides. Pas de trace de récurrence. Actuellement (mai 1883), l'état est excellent, la malade travaille dans son ménage et à son jardin.	Guérison constatée au bout de 17 mois (mai 1883).	

) Les tableaux précédents contiennent 149 observations françaises ou étrangères. Considérées dans leur ensemble, sans chercher à établir des catégories, elles n'auraient que très peu de valeur et ne nous diraient rien sur les vrais résultats de l'extirpation. Je les ai donc divisées en deux classes qui comprennent :

1° L'extirpation simple, c'est-à-dire l'opération qui a été dirigée contre des tumeurs sans adhérences avec les parties voisines.

2° L'extirpation de tumeurs adhérentes aux organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme.

Cependant, avant de considérer les résultats spéciaux qu'ont donnés ces deux variétés d'opérations j'ai dû, pour juger des chances de guérison, rechercher aussi quelle était la mortalité d'une façon générale.

Enfin j'ai voulu savoir si les résultats variaient beaucoup avec les méthodes employées.

Il est bon toutefois de faire remarquer en l'absence des détails, qu'il doit nécessairement arriver que dans tel ou tel groupe se trouvent comprises certaines observations qui ne devaient pas y figurer. Ainsi nous ne pouvons savoir, par exemple, si dans les 118 observations d'extirpations simples (cancers non étendus aux organes voisins), il n'en existe pas qui au contraire devraient appartenir au second groupe.

Voici les chiffres que j'ai obtenus. Ils ne doivent pas être l'expression de la vérité absolue, mais ils s'en rapprochent.

Observations considérées sans distinction de catégories.

Guérisons de l'opération.	103 (69,13 p. 100)
Récidive immédiate.	3
Résultats douteux	7
Morts.	36 (24,16 p. 100)

Causes de la mort.

Péritonite	18	Obstruction par rétrécissement si-
Cellulite pelvienne.	3	tué plus haut que le champ opé-
Phlébite pelvienne.	2	ratoire.
Pyohémie	3	Collapsus.
Épuisement.	2	Accidents pulmonaires.
Embolie pulmonaire.	2	Accidents pernicioeux.
Hémorragie.	1	
Erysipèle.	1	

La durée de la survie dans le cas où la guérison de l'opération a été obtenue est représentée par les chiffres suivants :

Survie constatée dans le courant de la première année. . .	69
— après 2 ans	15
— après 3 ans	2
— après 4 ans	5
— après 5 ans et plus	5
	103

L'extirpation de tumeurs sans adhérences ou du moins supposées sans adhérences, a donné sur 118 cas :

118 cas	{	76 guérisons, soit.	64,40 p. 100.
		5 résultats douteux.	
		3 récurrences immédiates.	
		34 morts, soit	28,81 p. 100.

L'extirpation des tumeurs adhérentes aux organes génito-urinaires fournit les chiffres suivants :

31 cas	{ 27 guérisons, soit	87,08 p. 100.
	{ 2 résultats inconnus.	
	{ 2 morts, soit	6,45 p. 100.

Il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour se rendre compte que ces derniers chiffres doivent singulièrement éloigner de la vérité. Comment les opérations plus graves donneraient-elles des résultats plus favorables que les opérations simples? Il est impossible de ne pas conclure que le plus souvent les opérations pratiquées dans de mauvaises conditions et suivies de mort n'ont pas été publiées, tandis qu'on s'est hâté de produire les cas heureux.

Quant aux résultats considérés vis-à-vis du procédé opératoire, les chiffres ne donnent pas de renseignements précieux.

Le bistouri seul a donné.	27,77 morts p. 100.
L'écraseur.	21,05 »
Le galvano-cautère.	21,43 »

Et sur 57 cas où l'instrument n'est pas indiqué, nous trouvons 29,82 morts pour 100. Les chiffres se valent à peu près, mais il est certain que pour conclure il faudrait avoir un très grand nombre d'observations très bien rédigées.

B. — Opérations palliatives.

Les opérations palliatives réservées aux cancers qu'on n'espère pas enlever en totalité, qu'on ne veut pas enlever

pour une raison qui n'est pas encore à discuter ici, sont nombreuses.

Il en est d'abord un certain nombre qui ne paraissent avoir que bien peu de valeur ou même doivent être jugées comme de mauvaises opérations. Telles sont : le raclage, la cautérisation, la dilatation. Le D^r Mollière (*Traitement des tumeurs malignes de l'anūs et du rectum*, p. 580), qui passe en revue dans son livre ces divers modes de traitement, constate qu'ils sont plus ou moins applicables selon qu'on a affaire au cancer mou ou au cancer dur. Pour lui, le cancer mou pourra obtenir quelque soulagement de la cautérisation et du raclage, tandis que la dilatation sera réservée au cancer dur. Il ajoute cependant que les bénéfices de ces opérations sont ordinairement éphémères... Je n'ai pu retrouver des observations détaillées de cautérisation et de raclage à la cuiller tels que l'emploient Simon, Volkmann et Heuck (*du Traitement opératoire du carcinome du rectum*), (Congrès allemand de chirurgie). Mais les cas isolés que j'ai rencontrés en feuilletant les livres, sont de nature à me donner une opinion moins favorable. Comment pouvons-nous admettre que le cancer du rectum dont la marche est souvent rapide, qui par conséquent ressemble en cela aux autres cancers, pourra bénéficier d'un traitement qui développe en général les plus graves accidents du côté des tumeurs cancéreuses, les irrite et accélère leur marche. Un fait ressort jusqu'à présent de l'expérience acquise dans ces dernières années : la colotomie, qui a pour but de détourner le cours des matières afin d'empêcher l'irritation du néoplasme ulcéré

/ et de le laisser à l'abri des causes qui peuvent hâter sa marche, obtient, quand elle réussit comme opération, de bons résultats. Or, n'est-ce pas aller à l'encontre de ce fait que de croire aux bons résultats d'un traitement basé tout entier sur des manœuvres irritantes au dernier chef? Le raisonnement seul suffit pour nous faire abandonner ces procédés dangereux. Qu'advient-il quand le raclage, par exemple, aura abrasé les parties saillantes d'un néoplasme ulcéré et fongueux? Indépendamment des pertes de sang qui seraient toujours à craindre pendant et après l'opération, la tumeur se reproduira rapidement et les douleurs, les difficultés de la défécation, si par hasard elles avaient disparu, reviendront au premier instant.

Nous voyons cependant des auteurs étrangers soutenir ce mode de traitement.

« Esmarch conseille même lorsque l'opération radicale n'est plus possible d'enlever une partie de la tumeur avec une cuiller à bords tranchants, pour diminuer les douleurs et faciliter le cours des matières. (Esmarch, *Malad. de l'anus et du rectum*, analyse p. P. Berger).

Agnew (*Principles and Practice of Surgery*, Philadelphia, 1878) estime également que chez les malades dont le cancer est inopérable, le grattage des fongosités peut avoir un très-bon résultat en rétablissant le calibre de l'intestin et même en arrêtant les hémorragies.

Non, ces procédés palliatifs seraient tout au plus justifiés, à titre d'essai, auprès des malades timorés, qui repousseraient absolument d'autres moyens; mais, en somme, ils ne peuvent être comparés à la rectotomie et à la colotomie

dont les bases sont appuyées sur le raisonnement d'abord / et l'expérience ensuite.

La dilatation, non la dilatation violente qui expose à des déchirures, mais la dilatation lente, avec des bougies graduées, molles et flexibles, serait encore préférable aux opérations précédentes. A propos du traitement médical, nous citons plus haut un cas où le malade fut ainsi soulagé. Mais, outre que la dilatation ne sera guère applicable qu'aux cancers durs, assez réguliers dans leur surface, elle aura aussi des inconvénients sérieux, exactement analogues à ceux que signalent tous les auteurs dans le traitement du cancer œsophagien. M. Demons, professeur agrégé à Bordeaux, nous rappelle à ce propos l'observation « d'un homme de 50 ans qui vint à Bordeaux, il y a six ans, pour se faire soigner d'un cancer du rectum ayant amené un rétrécissement considérable de cet intestin. On le soumit à des tentatives de dilatation progressive avec des bougies rectales. Non seulement on n'obtint aucun résultat, mais encore, un jour, à la suite d'une tentative qui n'avait pas paru plus brusque ni plus violente que les autres, il eut une péritonite suraiguë et succomba rapidement. » « Je crois, ajoute M. Demons, qu'il faut condamner la dilatation qui est douloureuse, inutile et dangereuse. »

Il y a deux ans, j'ai moi-même observé un malheureux malade de 56 ans, atteint d'un cancer dur qui avait envahi toute l'extrémité inférieure du rectum et rendait très difficile et très douloureuse l'expulsion des matières. L'introduction du doigt, dans le toucher rectal, provoquait /

des douleurs atroces. On essaya, par deux fois, sous le chloroforme, après avoir examiné le rectum, d'introduire plus profondément l'index et de faire ainsi une sorte de dilatation en quelque sorte exploratrice pour tenter la susceptibilité du malade à ce genre de traitement. Les douleurs, dans les deux circonstances, furent telles, même après l'anesthésie, qu'on dut abandonner tout espoir de soulager le patient par ce moyen.

Il semble donc que la dilatation trouve peu d'indications et que sa vraie place soit à côté des mauvais, des très mauvais procédés auxquels il faut renoncer en principe.

Les observations qu'on peut lire dans la Chirurgie de Desault et qui mentionnent les bénéfices remarquables de la dilatation ne sont pas concluantes : le diagnostic est obscur quand il parle de squirrhusités et rien n'autorise à penser qu'il s'agissait vraiment de cancers du rectum.

Amussat n'obtint chez l'illustre Broussais, torturé par d'atroces douleurs et des constipations opiniâtres, qu'un soulagement très éphémère avec des bougies graduées. Nous avons entre les mains une observation de M. Eugène Boeckel qui signale l'insuccès absolu de la dilatation brusque.

La Société de chirurgie s'est, du reste, incidemment occupée de cette question de la dilatation appliquée au traitement du cancer du rectum, le 4 janvier 1882, quand M. Pozzi présenta l'observation d'un malade à qui il dut pratiquer l'anus iliaque par la méthode de Littre après avoir vainement tenté la dilatation. Deux fois déjà, ce malade avait subi la dilatation pratiquée sans succès par

M. Péan et avait failli être emporté au cours de l'une de ces opérations par une hémorragie formidable.

Malgré les affirmations de M. Desprès qui croit peu de cas inattaquables par la dilatation qui peut être pratiquée avec des sondes percées laissées à demeure, ou même avec les doigts, cette méthode n'a pas obtenu les faveurs des chirurgiens qui ont pris avec lui part à la discussion. Le résultat le plus sûr de la dilatation est, en effet, quand il ne survient pas d'autres accidents, de provoquer de très vives douleurs. Elle est inefficace et dangereuse, car elle peut se trouver tout à fait insuffisante en présence de certains cas où le cancer occupe une grande étendue ou présente une conformation très irrégulière, et les hémorragies, les déchirures expliquent suffisamment le peu de faveur qu'elle doit obtenir (P^r Trélat).

A l'étranger les chirurgiens se sont montrés beaucoup plus partisans de la dilatation. Samuel Gross en particulier (*System of Surgery*, Philadelphia, 1872) la soutient. Après avoir combattu l'extirpation qu'il dit être dangereuse, il ajoute : Un expédient temporaire et qui soulage beaucoup le malade, consiste à faire une encoche dans le rétrécissement et à mettre une tente dans la fente pour la maintenir ouverte. — Et encore, ce qui est le mieux et le moins douloureux, c'est la dilatation forcée soit avec les doigts, soit avec une bougie de gros calibre bien huilée et qu'on fait passer de force. Le soulagement qui en résulte est considérable et peut se prolonger pendant des mois durant lesquels le patient va à la selle sans ou avec très peu de difficultés.

Samuel Gross a fait cette opération souvent, paraît-il, avec les doigts, et toujours avec succès.

Enfin il termine par ces expressions qui signalent le danger de la dilatation : « J'ai entendu parler dernièrement d'un cas où une bougie introduite de force, passa dans le bassin et amena une péritonite mortelle. »

Si la dilatation lente et graduée a quelque chance d'être acceptée comme un moyen rarement, mais quelquefois utile, il semble en être autrement, malgré les affirmations de S. Gross pour la dilatation forcée, qui ne peut être plus favorable ici qu'elle ne l'est dans les rétrécissements œsophagiens ou uréthraux.

Le vrai traitement palliatif a deux opérations bonnes, logiques, dont nous allons parler maintenant avec les détails qu'il convient de leur donner : la rectotomie et la colotomie ou anus artificiel.

A. Rectotomie. La rectotomie a été dans ces derniers temps l'objet de plusieurs travaux intéressants, parmi lesquels nous citerons en particulier la thèse de Charron (1882) où les idées, les procédés de M. Verneuil se trouvent décrits...

Le principe de cette opération est le suivant : élargir l'orifice inférieur du rectum rétréci par la tumeur, donner aux matières une voie libre, et par ce moyen régulariser les selles et supprimer ou amoindrir la douleur. On arrive à ce résultat en pratiquant une section en un point de la tumeur, section verticale, qui dépassera son épaisseur et arrivera au-dessus de sa limite supérieure.

M. le professeur Verneuil s'est jusqu'à présent servi de l'écraseur dont il passe la chaîne au moyen d'un trocart courbe introduit en dehors de la tumeur, de bas en haut et de dehors en dedans, de la région coccygienne à la partie du rectum qui se trouve au-dessus du rétrécissement cancéreux. Il a encore employé le thermo-cautère, pratiquant en avant du coccyx, avec le couteau rougi, une ponction qui allait jusqu'au dessus du néoplasme et faisait la voie à une forte sonde cannelée, sur laquelle on pouvait alors se guider pour couper peu à peu les tissus avec le couteau thermique. Ce dernier temps de l'opération ne diffère pas de l'opération de la fistule. Nous n'y insistons pas, l'ensemble de la méthode étant depuis longtemps décrit et connu.

M. le professeur Trélat agit différemment. Comme M. Verneuil il choisit la partie postérieure de la région ano-rectale où la disposition anatomique des parties se prête mieux aux manœuvres et expose moins aux accidents, grâce à sa structure. Voici comment l'opération doit être faite.

On a à sa disposition un écraseur droit, un trocart courbe, quelques pinces à forcipressure, une paire de ciseaux, des éponges, etc.

Le trocart n'est pas un trocart courbe ordinaire. Celui-ci suffirait à la rigueur, mais il vaut mieux se munir d'un trocart ajusté à angle droit sur son manche, présentant en somme la forme, la disposition de l'aiguille de Deschamps pour la ligature des grosses artères. Avec cet instrument on peut plus facilement se guider et au moment où la

peau doit être traversée, on a plus de force et de précision pour faire rapidement ce temps de l'opération quelquefois un peu difficile.

Premier temps. Le malade chloroformé est couché sur le côté gauche. Le chirurgien, avec l'index gauche dans le rectum, reconnaît exactement la limite supérieure de la tumeur, sur la paroi postérieure de l'intestin. Il introduit alors doucement le trocart dont l'extrémité se trouve, pour le moment, garnie non de la partie perforante mais au contraire de la partie mousse. L'instrument guidé par le doigt de la main gauche arrive au-dessus de la tumeur. On l'y maintient par une forte pression, tandis que l'index gauche est retiré du rectum et immédiatement porté en dehors vers la région coccygienne, sur la peau, où il cherche à sentir la saillie produite par l'extrémité mousse du trocart.

Deuxième temps. Les choses restant en place, un aide retire vivement la lame du trocart : (sa canule reste seule en place dans le rectum). Il change rapidement la direction de la lame, en introduisant la pointe la première.

Cette lame guidée par la canule arrive au point précis fixé par l'index gauche de l'opérateur toujours en situation, et il suffit alors d'une pression brusque que le chirurgien fait lui-même pour voir le trocart traverser les tissus et se présenter plus ou moins près du coccyx suivant le point désigné, voulu d'avance.

Troisième temps. On retire alors définitivement la lame,

mais avant de la retirer on fixe à son sommet qui présente une petite encoche un long fil double destiné à guider la chaîne de l'écraseur. Quand la lame est en effet retirée, on n'a plus dans la plaie que la canule du trocart qui contient le fil conducteur, et on peut alors en la retirant elle-même, faire passer dans la voie déjà faite la chaîne de l'écraseur linéaire.

Quatrième temps. L'opération est terminée : il ne reste plus qu'à couper lentement, peu à peu, en faisant marcher l'instrument d'un cran toutes les 20 ou 30 secondes pour éviter l'hémorragie.

Le résultat de cette rectotomie est une plaie large qui comprend toute cette épaisseur de tissus étendue de l'anus au coccyx et au-dessus de laquelle la paroi postérieure du rectum fait une sorte d'inflexion. Au rétrécissement préalable succède une vaste ouverture dans laquelle le doigt introduit facilement, sent d'abord l'ancien rétrécissement avec ses limites plus ou moins accidentées, puis en arrière la tranche de la tumeur coupée dans toute sa longueur et toute son épaisseur, plus en arrière encore la plaie poursuivie jusque dans les tissus sains voisins du coccyx et du sacrum, enfin au-dessus de la tumeur les parois saines de l'intestin qui n'ont pas encore été envahies par le cancer.

Après cette opération, M. le professeur Trélat fait le pansement suivant : On introduit dans le rectum un gros tube en caoutchouc rouge destiné à donner une issue facile aux gaz et, si besoin est, aux matières liquides qui pourraient

se présenter, et la région ano-périnéale tout autour de la sonde est garnie d'ouate hydrophile imbibée d'eau boratée.

Avant d'introduire le tube et de faire le pansement, on a eu soin de laver soigneusement la plaie avec une solution d'eau contenant 2 grammes pour cent d'acide borique.

Le pansement est recouvert d'un taffetas gommé traversé par le tube, et le tout est maintenu par un bandage en T.

Grâce à la bienveillance de M. le professeur Trélat, j'ai été, dans ces derniers temps, deux fois témoin de cette opération. Rapide dans son exécution, assez simple pour pouvoir être pratiquée par tout le monde, elle a été, dans les deux circonstances que je viens d'indiquer, suivie des meilleurs résultats, comme l'attestent les observations qu'on va lire.

OBSERVATION I (personnelle).

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Cancer du rectum. — Rectotomie. Amélioration considérable.

Marie C..., 24 ans, sans profession, est admise salle Sainte-Marie, lit n° 3, dans le service de M. le Professeur Trélat, le 4 mai 1883.

Mariée depuis 18 mois, cette jeune femme a fait en juin dernier une fausse couche. Elle est actuellement enceinte de quatre mois.

Elle vient réclamer des soins pour une tumeur cancéreuse du rectum reconnue depuis peu de temps par un médecin de Paris, mais dont le début paraît remonter au mois de septembre dernier.

Voici son histoire :

En septembre dernier, sans constipation préalable, survient de la

diarrhée qui peu à peu fait place à une sorte de dysenterie : selles muqueuses fréquentes, ténésme pénible.

Six semaines plus tard, un médecin est consulté ; il conseille, sans examen local, un purgatif et des suppositoires.

L'état de la malade est le même le 20 octobre. La dysenterie (expression dont se sert la malade) continue toujours. Un autre médecin, alors appelé pour la première fois, pratique la dilatation (?) après anesthésie. Une grande amélioration se produit après cette opération : précédemment les selles, indépendamment des pertes incessantes de mucosités sanguinolentes, étaient rares. La constipation durait quelquefois plusieurs jours, puis survenaient des obstacles toujours accompagnés de beaucoup de douleur. Après l'opération tout cela disparaît : la malade va plus facilement à la selle, les mucosités sont plus rares. Mais au bout de six semaines, l'état redevient aussi mauvais que précédemment. Peu après, les matières dont le passage provoque les plus vives douleurs, ne sortent qu'avec une extrême difficulté ; elles sont amincies, comme passées à la filière.

Notons que malgré cet état des plus graves, la patiente est encore, par mégarde, soumise à un traitement basé sur des purgatifs énergiques et fréquents, qui ne fait qu'augmenter ses douleurs et épuiser ses forces, jusqu'au moment où un médecin reconnaît enfin la maladie et prie M. le professeur Trelat d'accepter la malade dans son service.

Quand on examine cette femme on la trouve amaigrie, sa face est pâle, ses joues creuses et surtout décolorées, témoignent d'une dénutrition profonde.

La grossesse ne présente aucune complication. En proie aux plus vives douleurs quand elle va à la selle, toujours tourmentée par des épreintes pénibles dans la région ano-rectale, la malade se prive de manger pour éviter les garderobes qui la font tant souffrir. Elle maigrit chaque jour. La fausse dysenterie continue sous forme de selles glaireuses, sanguinolentes, fréquentes et peu abondantes.

En introduisant le doigt dans le rectum, on trouve immédiatement au-dessus de l'anus un rétrécissement assez serré, hérissé de saillies irrégulières végétantes. La tumeur qui remplit la partie inférieure du rectum s'étend assez haut en avant, moins haut en arrière. Là, elle peut être dépassée par le doigt. Profondément, on ne découvre pas de propagations très profondes de la tumeur, mais il est certain qu'elle

a déjà dépassé les parois du rectum ou tout au moins envahi leur épaisseur.

M. Trélat conclut à la rectotomie qui est pratiquée suivant les règles données précédemment, le 7 mai 1883. Large plaie jusqu'au coccyx.

Dans les instants qui suivent l'opération la malade souffre un peu, mais la douleur est peu à peu calmée et finalement disparaît tout à fait. Aussi la patiente, qui ne se croit pas atteinte par un mal aussi grave, reprend-elle courage. Elle mange avec plaisir, à peu près de tous les mets qu'on lui présente, se nourrit bien, reprend ses forces, et fait divers projets pour la naissance de son enfant qu'elle sent très bien remuer, qui est plein de vie.

Nous avons revu la malade tous les jours. Aujourd'hui 23 mai, elle nous annonce que déjà elle se lève pour aller se promener. Son teint est plus coloré, la maigreur de ses joues disparaît. Elle est en voie de grande amélioration. La douleur n'existe plus.

Il y a de l'incontinence, mais le besoin se fait assez sentir pour donner à la malade le temps d'aller à la garde-robe et ne pas être incommodée par l'issue brusque des matières.

OBSERVATION II (*personnelle*).

M. le professeur Trélat est appelé en mai 1883 auprès d'un malade de 57 ans atteint depuis près de deux ans de vives douleurs ano-rectales, accompagnées de constipation et de mucosités sanguinolentes.

Il existe un vaste épithélioma qui a envahi toute la circonférence de l'intestin. En avant, le doigt ne peut franchir la tumeur. En arrière, il arrive facilement au-dessus d'elle.

Déjà les tissus situés autour du rectum sont envahis : la peau de la région ano-périnéale est rouge, dure, légèrement bosselée. — Il y a des ganglions durs dans les deux aines, spécialement à gauche, et de ce côté on sent dans la fosse iliaque, profondément, des saillies qui indiquent la présence d'autres ganglions probablement dégénérés.

Le malade peut à peine se coucher, il ne peut s'asseoir, les garde-robes provoquent des douleurs intolérables : la vie n'est plus supportable.

Le 23 mai, M. Trélat pratique la rectotomie d'après le même procédé (chloroformisation). Douleurs assez vives immédiatement après l'opération, mais elles se calment au bout de quelques instants et

bientôt disparaissent pour donner au patient le repos dont il a besoin et qu'il n'a pu se procurer depuis longtemps.

Après avoir fait connaître ces deux observations, je ne peux mieux faire que rapporter l'histoire d'un autre malade, également opéré par M. Trélat. Nous empruntons le fait à la leçon clinique professée le 8 mai 1882 à l'hôpital Necker.

« En octobre 1881, je suis appelé dans le Nord auprès d'un homme d'âge moyen, vigoureux et jouissant en apparence de tous les attributs d'une riche santé, mais atteint d'un affreux cancer du rectum. Je trouve cet homme en proie à des accès de douleur qui ne lui laissent presque aucun repos. Dix, quinze, vingt fois par jour il éprouvait une envie irrésistible d'aller à la selle, mais après les plus vains efforts, il ne rendait que quelques matières demi-liquides mélangées à des mucosités sanglantes. »

« Avec le doigt on arrivait sur des tissus indurés, végétants, qui encombraient la cavité du rectum, et il fallait presser assez fort pour pouvoir atteindre les limites supérieures du néoplasme très-élevées. »

« En réfléchissant au parti que je devais prendre sur l'heure, il me parut que toute intervention curative se trouvait absolument condamnée par l'étendue du mal et qu'il ne restait plus de place que pour la rectotomie. Je n'hésitai pas à la pratiquer aussitôt. »

« Avec le thermo-cautère, peu à peu, à petits coups, je fendis toute la masse en arrière, je fis même, chemin

faisant, la résection d'un fragment du coccyx pour me donner plus de jour et faire une large plaie, et après une longue et laborieuse opération, j'étais arrivé à détruire le rétrécissement et à donner au rectum un calibre qui pouvait facilement recevoir les deux doigts réunis. »

« Le résultat immédiat fut très bon. Le calme se rétablit. Cet homme, qui était auparavant dans le plus triste état, a repris goût à la vie; il a fait des projets pour le moment où il serait guéri, a mangé chaque jour de la viande, bu du vin de Bordeaux et de la bière; il s'est levé, a marché. Mais la lésion subsistait et il est mort sans souffrances après neuf mois de survie durant lesquels il a toujours cru à sa guérison prochaine. »

Cette dernière observation offre un intérêt des plus considérables, car elle nous montre d'abord ce qu'est la rectotomie et ce qu'on peut, en général, attendre d'elle dans les cas inopérables; ensuite quelles modifications on peut faire subir à l'opération elle-même quand il y a nécessité.

M. Trélat, chez ce dernier malade, ne s'est plus servi de l'écraseur, et il a fait la résection du coccyx. D'après lui, il vaut mieux en effet, quand la tumeur remonte très-haut, employer le thermo-cautère avec lequel on fait peu à peu une section lente, sans perte de sang. Si le rétrécissement est tel qu'une large plaie soit nécessaire, on peut réséquer le coccyx.

Rappelons, à propos des cancers étendus en épaisseur et en hauteur, le procédé de rectotomie préconisé par

Fochier de Lyon (*rectotomie triangulaire et en étages*), permettant de donner à la section une profondeur et une étendue plus grandes (Th. de Charron, 1882).

M. Kirmisson a bien voulu me communiquer une observation recueillie par ses élèves à l'Hôtel-Dieu et qui nous montre par quels moyens on peut arriver jusqu'à un cancer élevé. — Il s'agit d'une femme de 41 ans dont la santé s'était depuis quelque temps altérée : elle avait des selles fréquentes et légèrement teintées de sang, mais on avait prêté d'autant moins d'attention à ce fait qu'un peu auparavant une tumeur assez volumineuse était apparue dans la fosse iliaque droite. La constipation, légère d'abord, alternant avec la diarrhée, s'accrut, puis devint de l'obstruction très promptement. M. Kirmisson, examinant alors le rectum, découvrit, à une très grande hauteur, une résistance, un point bosselé irrégulier que le doigt pouvait tout juste atteindre. Il existait un cancer du rectum, mais un cancer très élevé.

Ce siège élevé du néoplasme indiquant un traitement palliatif, M. Kirmisson se tint prêt à pratiquer la colotomie lombaire. Mais après avoir anesthésié le malade, il constata que le néoplasme était beaucoup plus accessible et par conséquent situé bien moins haut qu'il n'avait cru tout d'abord. Il changea alors d'avis, et, séance tenante, pratiqua la rectotomie.

Dans un premier temps, il fendit avec le thermo-cautère l'anus et les parties molles, en arrière, jusqu'au voisinage du coccyx qu'il contourna en se portant sur un de ses côtés. A mesure que cette section comprenant les parties

saines de l'anus et du rectum situées au-dessous de la tumeur s'achevait, on pouvait avec le doigt arriver plus facilement sur l'obstacle et le mieux apprécier.

Dans un deuxième temps, l'opération attaqua la tumeur qui jusqu'alors n'avait pas été intéressée. Ayant, de dehors en dedans, passé un stylet recourbé, il introduisit, à la suite, une chaîne d'écraseur qui traversait par conséquent la paroi postérieure du rectum en passant en dehors du néoplasme.

L'opération pratiquée le 13 septembre ne fut suivie d'aucune complication et la malade fut rapidement soulagée. Les garderobes se rétablirent. L'observation s'arrête au mois de décembre.

Cette précaution de dépasser largement en arrière les limites de la tumeur et de créer une large plaie avec ou sans résection du coccyx est indispensable. M. le P^r Trélat résèque le coccyx, contourne, ou dépasse cet os sur un de ses côtés. L'un ou l'autre de ces moyens trouve ses indications. L'observation de M. Kirmisson, outre qu'elle nous offre un exemple de ces indications précises, rappelle encore qu'on ne peut juger bien souvent de la vraie situation de la tumeur, et par conséquent de l'opération qu'elle réclame, qu'après l'anesthésie chloroformique. Alors seulement les tissus musculaires, en se relâchant, permettent aux organes de reprendre une situation qui n'est pas modifiée par le mouvement et la contraction.

Je fais suivre ces détails sur les procédés moins connus de rectotomie, des tableaux où j'ai résumé 21 cas de recto-

tomie linéaire pour cancer du rectum. Les indications bibliographiques précises m'en avaient été données par M. le Dr Petit, bibliothécaire de la Faculté.

Rectotomie linéaire

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
NÉLATON (1865). Cité par Panas. <i>Bulletin de la Soc. de Ch.</i> 1872. Page 539.	F	Rétrécissement de nature fibro-plastique, entourant le rectum, et offrant 3 cent. de hauteur. Le bistouri est porté sur la ligne médiane postérieure du rectum, et coupe du même coup le rétrécissement et le sphincter anal jusqu'à la pointe du coccyx. Canule en caoutchouc vulcanisé placée à demeure jusqu'à cicatrisation. Après bien des péripéties, la malade quitte Paris dans un état satisfaisant.	Survie de 18 mois.	Cachexie consécutive aux progrès du néoplasme.
VERNEUIL <i>Bulletin de la Soc. de Ch.</i> 1872. Page 469.	F 16 ans.	Induration fibreuse occupant toute la région anale, remontant jusqu'à une hauteur de 5 cent., et obstruant complètement la lumière de l'intestin. Douleurs violentes. Phénomènes d'obstruction. Section longitudinale de la tumeur et des téguments de la marge de l'anus. Soulagement immédiat : retour de l'appétit, du sommeil et des forces : diminution de l'induration. L'extirpation semblant possible est tentée, mais suivie de mort.	Amélioration considérable.	Extirpation.
VERNEUIL <i>Id.</i> 1872. Page 470.	H 33 ans.	Cancer du rectum, s'étendant très-haut, au-delà de la portée du doigt : toute la paroi est inégale, bosselée, ici dure, là fongueuse. Toucher douloureux : constriction du sphincter. Une tentative de dilatation provoque un phlegmon suivi de fistule : l'état du malade devient très-mauvais. Section du rectum au lieu d'élection, sans atteindre la limite supérieure du mal. Pas d'accident. Amélioration de l'état général. Incontinence fécale. Diminution considérable des douleurs.	Amélioration considérable.	
VERNEUIL <i>Id.</i> 1872. Page 471.	F 50 ans.	Cancer annulaire de l'extrémité inférieure du rectum, à partir de la marge de l'anus jusqu'à $\frac{1}{4}$ cent. au-dessus. Phénomènes de rétention imminents. Etat général mauvais au physique et au moral : catarrhe bronchique chronique. Section sur la ligne médiane au moyen de l'écraseur. Pas d'accident primitif ; — le lendemain symptômes de péritonite ; — mort le sixième jour.	Mort au bout de 6 jours.	Péritonite.
VERNEUIL <i>Gaz. hebdom.</i> 1874. Page 196. (Obs. I.)	H 43 ans.	Rétrécissement cancéreux très-étroit et remontant très-haut. Rectotomie avec l'écraseur, sans atteindre les limites du mal. Soulagement considérable ; — cessation des douleurs ; — le malade put même se lever et marcher. Au bout de plusieurs mois, retour des accidents qui enlève le malade en quelques semaines.	Amélioration survie de plusieurs mois.	Progrès du néoplasme au-dessus du débridement.

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
VERNEUIL <i>Id.</i> <i>Ibid.</i> (Obs. II.)	F 40 ans.	Epithélioma de la moitié droite du rectum et même au-delà, remontant très-haut. Douleurs, constipation, amaigrissement, perte des forces. Section à gauche de la ligne médiane, avec l'écraseur. Cessation des douleurs ; — 2 mois après l'opération, état général bon, incontinence des gaz et des liquides, un peu de constipation pour les matières solides. Cet état satisfaisant se maintient pendant 7 à 8 mois ; puis progrès de la cachexie. La malade ne souffre pas, mais au bout d'un an la mort est imminente.	Amélioration, survie de plus d'un an.	Cachexie.
VERNEUIL <i>Id.</i> 1874. Page 197. (Obs. III.)	H 51 ans.	Cancer datant de 4 ans, occupant la portion inférieure du rectum et l'anus et remontant très haut — rétrécissement circulaire très-prononcé — envahissement probable de la prostate et des vésicules séminales. Incontinence, diarrhée continuelle, — l'état général va en s'aggravant. Excision d'une bandelette de 2 cent. 1/2 de large aux dépens de la paroi postérieure du rectum, mise largement à nu par la dissection d'un lambeau dans la région coccygienne (écraseur et galvano-cautère). Le malade perd au plus 60 grammes de sang. Amélioration considérable pendant 2 mois, le mal continue.	Amélioration considérable pendant 2 mois.	
FOCHIER <i>Lyon méd.</i> 1876. <i>Thèse de Charron.</i> Page 61.	H 56 ans.	Cancer du rectum dont les premiers symptômes remontent à 8 mois, — rétrécissement remontant très-haut, dans lequel le doigt est très-serré, mais peut passer : le néoplasme est situé surtout en arrière du côté du sacrum. Douleurs vives, ténésme, — alternatives de diarrhée et de constipation. État général atteint seulement par les souffrances et les troubles digestifs. Rectotomie avec l'écraseur, — pas d'accidents. Soulagement considérable. Disparition des douleurs, mais au bout de deux mois, la cachexie fait des progrès.	Soulagement considérable.	
VERNEUIL <i>Thèse de Charron.</i> Page 68.	F 61 ans.	Epithélioma de rectum : premiers accidents datent d'un an. Douleurs vives, ténésme, incontinence, — l'exploration permet d'atteindre la limite supérieure du néoplasme. Rectotomie linéaire avec le thermo-cautère. Soulagement immédiat ; — amélioration considérable. La malade, très-satisfaite de l'opération, reste cinq semaines dans le service, puis demande à rentrer chez elle (16 mai 1880.)	Soulagement très marqué.	
VERNEUIL <i>Thèse de Charron.</i> Page 70.	F 30 ans.	Tumeur du rectum : d'après la malade, les premiers symptômes ont été ressentis à l'âge de 14 ans. Depuis 4 ans, cinq extirpations suivies de récidives. Toute la fosse ischio-rectale est remplie par des productions cancéreuses, depuis la cavité vaginale jusqu'au sacrum. Phénomènes de rétention intestinale intolérables. Rectotomie avec le thermo-cautère. Pas d'accident. Pas de douleurs dans la plaie opératoire. La masse néoplasique, surtout en avant, est	Amélioration.	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
		douloureuse. Application de pommade opiacée. La malade, entièrement soulagée, sort un mois après l'opération.		
VERNEUIL <i>Thèse de Charron.</i> Page 79.	F 51 ans.	Epithélioma du rectum remontant à 2 ans (ménopause), formant une tumeur réguliè- rement circulaire, formée de lobes séparés et durs. Elle commence à 3 cent. de l'anus, et offre une hauteur de 4 à 5 centimètres. Gan- glions inguinaux et lombaires indurés. Douleurs vives, amaigrissement considérable, perte des forces, inappétence, œdème des jambes. Rectotomie linéaire avec le thermo-cautère. Disparition des douleurs, de l'œdème des jambes. Trois mois après l'opération, l'état de la malade est excellent.	Amélioration considérable.	
VERNEUIL <i>Thèse de Charron.</i> Page 81.	F 66 ans.	Epithélioma rectal, dont le début remonte à 6 mois. Douleurs vives, incontinence, amaigri- sissement considérable. Etat général mauvais. Toucher rectal excessivement douloureux. Rétrécissement annulaire très dur à la partie inférieure de l'ampoule rectale, avec un prolon- gement latéral plus élevé. Il existe une fistule de récente formation. Rectotomie au lieu d'élection (thermo-cautère). Soulagement considérable immédiat, diminu- tion de l'incontinence : disparition des douleurs, état général bon. La malade quitte l'hôpital dans cet état après un mois et demi.	Amélioration considérable.	
TILLAUX <i>Thèse de Charron.</i> Page 78.	H 68 ans.	Epithélioma du rectum. Extirpation de la portion sous-péritonéale du rectum il y a un an. Récidive. Indication opératoire urgente. Rectotomie avec le galvano-cautère. Soulagement immédiat : amélioration consi- dérable. Le malade meurt de cachexie au bout de 15 mois, sans reproduction des accidents.	Survie de 15 mois.	Cachexie.
LE DENTU <i>Thèse de Charron.</i> Page 74.	F 30 ans.	Epithélioma rectal compliqué de spasmes du sphincter, la tumeur ne remonte pas à une grande hauteur dans le rectum, pas de fistules. Rectotomie avec l'écraseur, pas d'accident. Suppression immédiate de la douleur. Soula- gement considérable.	Survie de 1 an.	Obstruction intestinale survenue par une cause étrangère au cancer.
LE DENTU <i>Id.</i> Page 75.	F 60 ans.	Cancer du rectum. Souffrance excessive, dou- leurs vives, ténésme. Rectotomie avec l'écraseur, pas de complica- tions. Soulagement. Au bout de 4 mois, retour des accidents. Seconde rectotomie. Soulagement moindre que la 1 ^{re} fois, mais plus durable.	Survie de plus de 1 an.	
LE DENTU <i>Ibid.</i> Page 75.	H 32 ans.	Epithélioma du rectum et de l'anus. Douleurs intolérables. Rectotomie au moyen de l'écraseur, pas de complications. Soulagement immédiat : le malade se dit « dans le paradis ». 4 mois après, on constate que l'amélioration s'est maintenue.	Amélioration	

OPÉRATEURS ET RÉFÉRENCES	Sexe ET Age	Symptômes, Diagnostic, Mode opératoire	RÉSULTATS	CAUSES DE LA MORT
TRÉLAT <i>Thèse de Charron.</i> Page 76.	H 43 ans.	Cancer inopérable. Rectotomie avec l'écraseur. Résultat aussi bon que pouvaient le permettre le degré de la maladie et l'étendue de la dégénérescence cancéreuse.	Amélioration	
TRÉLAT <i>Id.</i> <i>Ibid.</i>	F 43 ans.	Cancer du rectum, masses néoplasiques volumineuses. Rectotomie avec le thermo-cautère. Disparition des accidents locaux, la malade meurt au bout de 6 mois, sans reproduction de ces accidents.	Survie de 6 mois.	Cachexie.
MARCHAND <i>Thèse de Charron.</i> Page 77.	H 50 ans.	Cancer annulaire, adhérent à la prostate, rétrécissement n'admettant pas même le petit doigt. Il y a eu une fois des phénomènes d'occlusion. Rectotomie avec le thermo-cautère. Soulagement considérable, incontinence. Pas de retour des accidents, le malade meurt de cachexie plus d'un an après.	Survie de plus d'un an.	Cachexie.
LANELONGUE <i>Thèse de Bouvet.</i> (Bordeaux, 1881.) (Page 76.) <i>Et de Charron.</i> (Page 66.)	F 30 ans	Cancer du rectum. Défécation douloureuse depuis 6 ans. Selles sanguinolentes depuis un an. Alternatives de constipation et de débâcles. Le 7 décembre 1880, la malade s'aperçoit que le rectum communique avec le vagin. Fistule recto-vaginale à quelques millimètres au-dessous du col utérin. Deux rétrécissements du rectum : l'un à 3 cent., de l'anus, inégal, bosselé, occupant surtout la paroi postérieure, l'autre à 8 ou 9 cent. de l'anus, régulier, formant un anneau tellement étroit que le doigt peut à peine le franchir et atteindre sa limite supérieure. L'orifice de la fistule recto-vaginale est située entre les deux rétrécissements. Rectotomie linéaire le 5 février 1881, à l'aide du thermo-cautère, pas d'accidents opératoires. Soulagement notable. Les symptômes de rétrécissement reparaissent au bout de 15 jours. Mort le 19 mars par les progrès du cancer qui a oblitéré tout le calibre de l'intestin.	Soulagement de très peu de durée.	
POINSOT <i>Société méd.</i> <i>de Bordeaux.</i> 22 octobre 1880.	H 34 ans.	Cancer dont les premiers symptômes remontent à environ 6 mois. Rétrécissement à 6 cent., de l'anus, fort étroit et assez étendu pour ne permettre que difficilement à l'index d'en atteindre la limite supérieure. 9 septembre 1878, rectotomie linéaire au moyen de l'écraseur. 17 septembre, on constate déjà une tendance au retour du rétrécissement. 8 octobre, le rétrécissement est déjà notable. La dilatation est tentée, mais le malade ne peut la supporter. Mort vers le milieu de novembre, des progrès de l'affection et du retour des accidents d'obstruction.	Peu ou pas de soulagement.	

B. Colotomie. La colotomie, que les auteurs anglais ont acceptée comme une opération palliative des plus efficaces contre le cancer du rectum, est ordinairement pratiquée à la région lombaire gauche ou dans la fosse iliaque gauche. Plus rarement on est allé à la recherche du côlon à droite, soit qu'on ait voulu pratiquer un anus sur la région lombaire ou dans la fosse iliaque en s'adressant au cæcum.

Les divers procédés opératoires destinés à créer les anus artificiels sont depuis longtemps connus. Pour ne citer que des travaux récents où cette partie technique de la question se trouve amplement traitée, nous dirons que la thèse de Diard (1881) et l'excellente thèse d'agrégation de notre maître et ami le D^r Peyrot donnent la description des procédés de Callisen, d'Amussat, d'Allingham et de Bryant qui appartiennent à la colotomie lombaire (Diard), et celle des procédés de Littre, Nélaton et Richet qui regardent la colotomie iliaque (Peyrot).

Pour ne pas m'arrêter aux discussions que devrait entraîner après lui un exposé complet de ces diverses méthodes, je décrirai uniquement le procédé de colotomie lombaire tel que l'a lui-même présenté M. le professeur Trélat à la Société de chirurgie en décembre 1881, parce qu'il paraît résumer à lui seul les avantages de tous les autres et que jusqu'à présent il n'a pas été vulgarisé. Je m'occuperai ensuite (mais seulement pour indiquer ce qu'il y a de plus récent à en dire), de la colotomie iliaque

que plusieurs chirurgiens français préfèrent à la colotomie lombaire (professeur Richet), (professeur Le Fort).

Colotomie lombaire. L'opération préconisée par le professeur Trélat est pratiquée, comme le veut Bryant, suivant une ligne oblique étendue de la douzième côte à la crête iliaque, mais elle a des points de repère plus précis. Elle réunit ensuite les avantages du procédé d'Allingham qui, adoptant, pour tracer son incision, la ligne indiquée par Callisen, agit parallèlement à la masse des muscles sacro-lombaires à une petite distance et au milieu de la crête iliaque. Mais ces données ne peuvent être bien comprises qu'après une description exacte de l'opération elle-même, telle qu'elle avait été pratiquée plusieurs fois par son auteur quand il en communiqua les résultats à la Société de chirurgie (14 décembre 1881).

L'incision doit être faite sur une ligne tracée de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à l'angle formé par la masse sacro-lombaire et la douzième côte. Étant donné que cette incision doit avoir 8 ou 10 cent., il faut que son milieu se trouve à l'intersection de cette première ligne oblique et d'une deuxième verticale, parallèle à la masse commune qui sera élevée, de la crête iliaque à 2 cent. en arrière de son milieu, vers la douzième côte.

Il faut donc : 1° tracer une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'angle qui existe entre la masse commune et la 12° côte ; 2° choisir le milieu de l'espace qui existe entre les épines iliaques antéro-supé-

rière et postéro-supérieure, se porter à 2° en arrière de ce milieu, élever de ce dernier point une verticale vers la 2° côte, et tracer son incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant, de façon que son milieu corresponde à l'intersection des deux lignes. C'est là le premier temps de l'opération. Le malade est couché sur le côté droit, le bassin et le flanc droit bien appuyés sur des coussins suffisamment durs pour que le côté gauche sur lequel on doit opérer reste saillant et présente à l'opérateur un degré de résistance et de fixité nécessaire à la marche régulière de l'opération.

2° temps. La peau, le tissu cellulaire sont incisés couche par couche. Il en est de même du grand oblique et du grand dorsal. L'incision de ce dernier muscle fait arriver bientôt sur l'aponévrose commune au petit oblique et au transverse. Soulevant ensuite le bord externe du carré des lombes pour le faire porter en dedans du côté de la masse commune au moyen d'un crochet mousse, on peut arriver sur l'aponévrose profonde, mais on fera bien quelquefois d'inciser transversalement le bord externe de ce muscle carré.

3° temps. Les divers plans qui composent la paroi abdominale postérieure ont été traversés : on se trouve en présence d'un tissu cellulo-graisseux abondant qui entoure l'intestin. Ce tissu est jaunâtre. On l'écarte doucement avec la sonde cannelée. On doit ainsi bientôt voir l'intestin qui apparaît d'autant mieux qu'on aura eu soin de consti-

per le malade et de maintenir l'intestin plus dilaté. Il présentera alors à la percussion un bruit hydro-aérique spécial. Mais s'il est vide, revenu sur lui-même, il faut rechercher d'autres caractères ; ceux qui appartiennent à sa structure. Il est blanc grisâtre, présente ou peut présenter les bandes longitudinales de ses fibres musculaires ; il a, dans tous les cas, un aspect fibroïde bien différent de l'aspect lisse de l'intestin grêle recouvert par le péritoine. On peut aussi le saisir entre les doigts et sentir ses deux parois opposées glisser l'une sur l'autre.

4^e temps. L'intestin est découvert. Il faut l'attirer et le fixer. Pour cela, M. le professeur Trélat place à chaque extrémité de la partie d'intestin qui doit former l'anus un fil de soie phéniquée. Entre les deux anses de fil il existe à peu près 3 centimètres.

Destinées à maintenir l'intestin et à l'appliquer contre la plaie cutanée, ces anses sont confiées à un aide, pendant que l'opérateur, armé d'une aiguille courbe, va faire, dans l'espace laissé libre entre ces deux fils, dans toute la longueur de l'intestin, des sutures. L'aiguille traverse l'intestin, de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, perfore ensuite la lèvre cutanée de la plaie de la partie profonde à la surface. On place ainsi à droite et à gauche trois ou quatre anses de fil métallique, en ayant soin de faire pénétrer l'aiguille qui suture le côté gauche, par exemple, par les trous qui ont servi à faire pénétrer les sutures du côté droit. Il existe ainsi sur le milieu de l'intestin un seul point de pénétration pour chaque paire de fils.

5° *temps*. En exerçant alors sur les fils, de chaque côté, une petite traction, on peut voir aisément se faire la séparation entre ceux du côté droit et ceux du côté gauche, dans le double trou d'entrée qu'ils ont sur l'intestin, et il est facile, avec la pointe des ciseaux, de couper l'intestin sur une étendue de 3 cent. entre les fils qui se sont séparés par traction. « Immédiatement, et pour chaque point incisé, la traction exercée sur l'anse amène la face externe de l'intestin au contact de la peau, où elle est définitivement fixée. Ainsi l'ouverture de l'intestin et sa fixation au tégument externe sont, pour ainsi dire, simultanées, et il n'y a pas possibilité d'épanchement des matières fécales dans la profondeur de la plaie. »

Dans le seul cas où M. le professeur Trélat a essayé les sutures profondes et superficielles, il a été obligé d'enlever rapidement les premières. La réunion ne s'était pas effectuée.

Après l'opération, le pansement est simple : on place sur la plaie, en les imbriquant, un nombre suffisant de gâteaux de coton hydrophile imbibés d'eau phéniquée à 25 00/00, et on ajoute encore plusieurs couches de coton simple maintenues par un bandage de corps. On peut enlever les fils à partir du cinquième jour. Durant les quinze premiers jours, une surveillance active est de rigueur ; les pansements doivent être renouvelés souvent, autant que l'exige l'écoulement des matières fécales.

Telle est la description du procédé de M. Trélat. Amussat, avec beaucoup moins de détails et de précision,

donnait des signes pour reconnaître le côlon dans la plaie, et il indiquait pour distinguer l'intestin grêle du côlon « que le premier suit les oscillations respiratoires, tandis que le côlon n'y participe pas ». (Diard). Ce signe peut avoir une certaine valeur, mais il ne paraît pas facile de confondre le côlon avec le gros intestin au milieu d'une large plaie; les auteurs que j'ai consultés sont muets sur ce point, auquel Amussat paraît avoir ajouté pourtant une assez grande importance. Toujours est-il que le temps difficile de l'opération est la recherche de l'intestin rendue pénible à cause du voisinage du péritoine. Si le péritoine est ouvert, l'intestin grêle sort et l'opération ne peut guère être terminée. M. le professeur Trélat, dans la récente leçon clinique que j'ai déjà citée, et à laquelle je veux encore faire des emprunts, rapporte quelques cas de colotomie et signale le danger dont je viens de parler. « Trois fois j'ai pratiqué la colotomie lombaire. Un de mes opérés a succombé, parce que j'ai manqué l'opération. Le malade avait, par mégarde, vidé son intestin qui se trouvait dès lors petit, flasque, revenu sur lui-même au moment de l'opération; j'ouvris le péritoine et fus obligé de faire un anus sur l'intestin grêle qui se présentait dans la plaie. Ce fait me fournit l'occasion de vous rappeler qu'il ne faut jamais faire cette opération sans avoir dilaté préalablement l'intestin.

« J'ai été plus heureux chez un jeune homme de 15 ans. Il survécut huit mois dans de très bonnes conditions. Bientôt après l'opération, en effet, il se trouvait assez bien pour aider les garçons de salle. Ce n'est que vers la fin

tout à fait qu'il dut abandonner son travail. Il éprouvait alors dans le foie des douleurs contusives, indices certains d'une généralisation dans cet organe, mais il ne souffrait plus du côté du rectum. »

« Vous pouvez tous voir encore une femme couchée au n° 11 de mon service, qui a également subi la colotomie lombaire le 1^{er} décembre 1881 pour un cancer du rectum qui avait envahi la cloison recto-vaginale, et amenait de la rétention des matières. Cette malade, dont la vie n'était pas supportable avant l'opération, a pu, pendant toute l'année qui l'a suivie, reprendre les soins de son ménage. Je la croyais morte, il y a quelque temps, lorsqu'un jour elle nous est revenue pour demander son admission dans nos salles. Elle se sentait affaiblie et voulait se reposer. Bien que chez cette malade, le résultat que nous voulions obtenir par la colotomie se soit maintenu, la lésion a en effet suivi son cours. Le ventre est aujourd'hui plein de tumeurs dures, bosselées, il en existe même quelques noyaux au niveau de l'anus lombaire ; mais au surplus l'appétit est bon, la vie se maintient supportable et les fonctions intestinales continuent à s'accomplir grâce à l'anus lombaire. »

La citation précédente qui nous fait connaître trois observations ajoute aux renseignements donnés déjà sur le manuel opératoire des indications qu'il est bon de retenir.

Pour compléter encore ce chapitre, où ne doit entrer que ce qui concerne l'opération, la création de l'anus lombaire, je tiens à citer *in extenso* un fait de colotomie lom-

baire que je dois à l'obligeance de M. le Dr Poncet (de Lyon). Cette dernière observation, que je prends la liberté de résumer, nous signale un des accidents consécutifs de l'opération : le rétrécissement de l'anus artificiel.

Observation. — M. D... médecin à C... (Isère), est conduit à Lyon, dans une maison de santé, où il désire recevoir les soins de M. le professeur Poncet (2 août 1881).

Le malade raconte qu'il n'a pas eu de selles depuis trente-deux jours. Il a tous les signes d'une obstruction intestinale complète ; facies caractéristique, ventre uniformément ballonné, distendu, vomissements fréquents, etc., etc.

Le début de la maladie remonte aux premiers jours de 1879. Il reste cependant deux ans avec des signes de rétrécissement intestinal, mais sans souffrir beaucoup. Son état général est satisfaisant.

En février 1881, premier phénomène sérieux d'obstruction ; pas de selles depuis dix jours, vomissements.

Après avoir eu plusieurs fois des phénomènes d'obstruction ou de constipation opiniâtre, il vient à Lyon dans l'état signalé au début de cette observation.

Il est pâle, très-abattu, il a la plus grande difficulté à rester assis pendant quelques minutes et réclame une prompt intervention.

Le toucher rectal révèle, à 10 ou 12 cent. au-dessus de l'anus, une tumeur dure, ulcérée, de forme annulaire, sur laquelle la pulpe de l'index arrive avec peine. Le siège élevé du néoplasme empêche toute autre exploration.

M. le professeur Poncet reconnaît l'existence d'un cancer du rectum et décide la colotomie lombaire pour le lendemain.

Le 3 août, après anesthésie avec de l'éther, M. Poncet pratique la colotomie lombaire suivant le procédé d'Allingham. Les premiers temps de l'opération ne présentent aucune particularité. *Le colon descendant avait une teinte gris-ardoisé. Il était distendu par des matières fécales.* Six points de suture (avec de la soie phéniquée) fixent l'intestin à la peau. Par l'anus artificiel sortent immédiatement quelques matières fécales molles.

Quelques heures après (état général bon), plus de 1,500 grammes de matières fécales sont sorties par l'anus contre nature.

Les fils sont enlevés le 9^e jour et le 22 août 1882, dix-neuf jours après l'opération, le malade était assez bien pour supporter cinq heures de chemin de fer et retourner dans son pays.

Deux mois après M. D... était méconnaissable, tant il avait repris de l'embonpoint.

Cependant, un mois environ après l'opération, l'orifice s'était rétréci. Mais le malade continuait d'avoir des selles régulières, et la plus grande partie des matières passait par l'anus.

Au mois de décembre 1881, M. D... préoccupé par cette tendance au rétrécissement de l'anus anormal, revint à Lyon. L'orifice qu'on avait essayé de dilater au moyen de tiges de laminaria maintenues en place pendant la nuit, ne pouvait plus admettre que l'extrémité du petit doigt. M. Poncet, avec le bistouri, pratiqua alors un débridement d'environ 15 à 18 mill. et fit placer dans l'ouverture élargie une canule qui fut bien tolérée par le malade.

M. D... retourne dans son pays, où il reprend ses occupations médicales. La plus grande partie des matières passe par l'anus, aussi la canule est-elle conservée comme soupape de sûreté.

Le malade a été vu une dernière fois en juillet 1882, par M. Poncet. Il supportait très-bien sa canule à demeure, était enchanté de son état de santé, allait à la selle régulièrement et n'était en rien incommodé *par son anus artificiel dont il réglait le débit, grâce à sa canule avec opercule.*

La tumeur était cependant plus accessible au doigt, mais elle ne s'accompagnait d'aucune douleur. L'état général était toujours très-bon.

M. D. est mort le 25 août 1882, d'une hémorragie cérébrale et l'autopsie n'a pu être faite.

Dans une autre observation que je présenterai plus loin et qui m'a été donnée par M. le Dr P. Berger, cet accident, le rétrécissement consécutif, est signalé. On dut, à trois reprises différentes, le débrider pour donner un écoulement facile aux matières.

L'observation suivante m'a été communiquée par M. le Dr Delens. Elle contient des détails de médecine opératoire

et présente une complication spéciale : des accidents cholériformes.

**Cancer du Rectum. — Colotomie lombaire.
Mort par suite d'accidents cholériformes.**

DOCTEUR DELENS (*obs. inédite*).

Marie F..., âgée de 59 ans, employée de commerce, est entrée à l'hôpital Tenon, le 15 juin 1880 et a été couchée au n° 10 de la salle Richard Wallace.

Elle entre dans le service pour un cancer du rectum dont le début paraît remonter à plus d'une année.

L'amaigrissement est considérable sans teinte cachectique cependant. Les douleurs sont vives; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Les matières s'accumulent dans le gros intestin où on les constate facilement par la palpation, puis tout à coup surviennent des débâcles qui affaiblissent considérablement la malade.

Le toucher rectal montre que le néoplasme commence à 2 cent. au-dessus de l'anus, et remonte au-dessus du niveau le plus élevé que puisse atteindre le doigt.

La malade réclamant avec insistance une opération, je me décide à pratiquer la colotomie lombaire.

Le 6 août, je fais, en suivant les règles établies par Allingham pour cette opération, une incision oblique dans la région lombaire gauche. Après l'incision des muscles, de gros pelotons adipeux se présentent d'abord et font hernie. L'un d'eux présentant assez bien l'aspect d'une des bosselures du gros intestin, donne lieu à une hésitation assez longue. Pour lever les doutes, j'essaie, mais sans résultat, de pratiquer par l'anus l'insufflation de l'intestin. Enfin, par des pressions sur la paroi abdominale, et en modifiant la position de l'opérée, j'arrive à reconnaître l'intestin. Les pelotons graisseux qui gênent, sont réséqués après avoir été liés par le catgut. Les points de suture métalliques sont passés et fixés aux lèvres de l'incision cutanée avant l'ouverture de l'anse intestinale. Les matières fécales s'écoulent par l'orifice.

Un pansement alcoolique est appliqué sur la plaie.

Le lendemain, 7 août, la malade est très prostrée. Il s'est produit,

depuis l'opération, une diarrhée séreuse, très abondante, tout à fait cholériforme. Il y a du météorisme, mais pas de douleur notable à la pression de l'abdomen. L'aspect de la plaie n'est pas mauvais, mais la face est terreuse et la voix éteinte. Tempér. axillaire 37°8.

Le 8 août, état général des plus mauvais; le météorisme et la diarrhée persistent. Il n'y a pas de signes manifestes de péritonite; pas de vomissements. Langue sèche. L'affaiblissement va en s'aggravant; la diarrhée a continué sans avoir pu être arrêtée par le laudanum et la mort est survenue le 11 août, à 7 heures du matin, sans que de nouveaux phénomènes se soient produits.

A l'autopsie, il ne s'écoule de la cavité péritonéale aucun liquide séreux ou séro-purulent: il n'y a pas de péritonite, d'exsudats, ni de fausses membranes. On note cependant que le côlon descendant et l'S iliaque adhèrent sur presque toute leur étendue à la paroi abdominale, mais par des adhérences fibreuses et évidemment de date ancienne, peut-être même congénitales. Le côlon est encore fixé à l'incision cutanée, mais entre les muscles incisés, il y a une suppuration qui les a disséqués sur une certaine étendue. En recherchant si le péritoine n'a pas été lésé, on n'en trouve nulle part la preuve et cette lésion est peu probable, puisque du pus existe assez abondamment entre les fibres des muscles voisins et qu'il n'y en a aucune trace dans la cavité abdominale au voisinage de la plaie.

On constate que le néoplasme du rectum remonte jusqu'à l'union de celui-ci avec l'S iliaque.

Colotomie iliaque. La colotomie iliaque préférée par quelques chirurgiens à la colotomie lombaire est l'opération de Littre. M. Peyrot la décrit dans sa thèse, Richard en donne aussi la description. J'aurais donc peu de choses à en dire si le *British medical Journal* du 17 juin 1882 ne contenait pas un intéressant article de H. A. Heeves, assistant de chirurgie au London Hospital, sur la colotomie inguinale gauche dans le rétrécissement rectal. Outre quelques indications spéciales sur lesquelles je reviendrai plus tard, voici ce que dit ce chirurgien :

« Je fais l'incision un peu plus haut qu'il n'est dit dans les auteurs, c'est-à-dire à un peu plus d'un pouce au-dessus du ligament de Poupart, et je la fais aller du rebord externe de l'anneau inguinal interne à un point situé un peu en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure. En agissant ainsi, il me semble que l'intestin est plus facile à atteindre dans sa partie inférieure et que sa tendance à faire hernie à travers la paroi abdominale après l'opération est diminuée.

« Dans le premier cas que j'opérai je n'ouvris pas l'intestin au moment de l'opération, mais je le suturai au péritoine et pas à la peau. Le troisième jour, il fut difficile de retrouver l'intestin qui, recouvert d'une épaisse couche de lymphe, était profondément enfoncé dans la plaie.

« Dans le second cas, pour n'avoir pas de difficultés à retrouver l'intestin, je le suturai au péritoine pariétal et à la peau ; mais au 4^e ou au 5^e jour les sutures avaient ulcéré la tunique intestinale et l'intestin se trouvait encore caché dans le fond de la plaie et recouvert de lymphe.

« Dans le troisième cas, c'était une femme de 50 ans dont la lésion avait atteint la paroi vaginale. Je suturai l'intestin à la paroi abdominale et créai l'anus inguinal immédiatement. La malade éprouva un très grand soulagement. »

Après avoir décrit en substance son procédé, Heeves ajoute que grâce au siège élevé de l'incision il n'a point vu l'intestin grêle se présenter dans la plaie péritonéale et il insiste ensuite pour qu'on fasse toujours sur le péritoine

pariétal une ouverture assez large pour que l'intestin ne vienne pas s'y étrangler quand il se présente.

Conduire l'opération jusqu'au bout sans être incommodé par l'intestin grêle est fort désirable, attendu que si, d'après l'auteur, il est facile de distinguer le petit intestin du côlon, il est quelquefois bien difficile de faire rentrer dans le ventre et y maintenir le premier quand il se précipite sur la plaie.

Les soins de propreté les plus minutieux doivent être surveillés par le chirurgien. Ainsi les aiguilles, quand elles traversent l'intestin pour aller ensuite piquer le péritoine pariétal, peuvent entraîner avec elles un peu des matières fécales ; il sera donc utile, avant de ponctionner les tuniques de l'intestin, de pincer celui-ci entre les doigts pour éloigner toute matière suspecte, et quand la pointe de l'aiguille sort de l'intestin, on devra la nettoyer avant de la diriger plus loin.

Le chirurgien anglais a l'habitude de donner de la morphine « après l'opération et même une nuit ou deux avant, afin de diminuer l'action péristaltique de l'intestin et de rendre les fèces solides. On évite ainsi que des matières fluides puissent passer à travers les sutures dans la cavité péritonéale. »

Il ajoute enfin « qu'il est important de laisser le malade couché moitié sur l'abdomen, moitié sur le côté droit ou gauche, pour éviter le tiraillement des sutures, qui ne manquerait pas de se produire dans le décubitus dorsal. Cette tendance de l'intestin à plonger profondément dans l'abdomen lui semble due en partie au poids de l'intestin

et en partie à la brièveté de l'S iliaque du colon ».

Quant au procédé qui consiste à atteindre l'S iliaque par sa face postérieure, en soulevant le péritoine et le séparant du tissu sous-jacent, Heeves ne le croit pas pratique, car il nécessite une très large plaie, alors que les opérations pratiquées aujourd'hui sur la cavité abdominale n'offrent plus de danger, grâce aux précautions antiseptiques qui font disparaître les accidents qu'on avait à redouter autrefois.

M. le P^r Saxtorph, de Copenhague, bien connu à Paris par ses intéressants travaux, et la bienveillance avec laquelle il a toujours prêté à qui les lui demandait le secours de ses observations et l'appui de ses conseils, m'a communiqué une intéressante observation de colotomie iliaque.

Observation inédite. Il s'agit d'un homme de 75 ans, acteur distingué (un autre Talma, dit le P^r Saxtorph), qui, entré à l'hôpital Frédéric, le 7 août 1882, y fut opéré le 10 du même mois dans les conditions suivantes :

Depuis un an et demi il était atteint d'un cancer du rectum très douloureux, qui provoquait non-seulement de la constipation très opiniâtre avec épreintes des plus pénibles au moment de la défécation, mais encore des douleurs spontanées lancinantes qui s'étendaient vers le pubis et le ventre.

Rien à l'anus, mais en introduisant le doigt, on trouve à peu de distance de cet orifice une tumeur dure, inégale, remplissant tout le rectum et laissant seulement au centre

un petit canal par lequel il est impossible de faire pénétrer le doigt. Pendant l'exploration il ne s'écoule que très peu de sang.

L'état général est encore assez bon, les douleurs cédant assez bien à des doses modérées de morphine prises en injections hypodermiques.

Le 10 août, après anesthésie par le chloroforme, M. Saxlorph fait une incision à gauche, comme pour la ligature de l'artère iliaque, un peu au-dessus et parallèlement au ligament de Poupart. Après incision, couche par couche, le péritoine compris, l'épiploon et l'iléon se présentent dans la plaie et il faut agrandir assez l'incision pour introduire la main entière et attirer une anse de l'S iliaque, qui ensuite est fixée par de nombreuses sutures à l'incision. Le pansement de Lister est appliqué dans toute sa rigueur.

On découvre la plaie seulement le 14 août. Jusque-là tout a bien marché : pas de fièvre, état satisfaisant. La plaie de l'incision est bien unie à l'intestin. Une suture est trop tendue, on la coupe; les autres ne sont pas touchées. M. Saxtorph enfonce alors un bistouri pointu dans l'intestin de manière à faire une petite plaie d'un demi pouce de longueur dont il ne sort d'abord que très peu de matières fécales, parce que le malade a été mis à la diète depuis l'opération. Mais le lendemain, les évacuations alvines ont commencé et depuis lors l'anus artificiel fonctionne bien, quelques matières liquides seules sortent par l'anus.

On fait porter au malade un obturateur en forme de

brayer avec une large pelote, de sorte qu'il peut se lever et se promener sans souiller ses vêtements.

Il est dit dans cette observation que les douleurs lancinantes n'ont point disparu. Le bénéfice retiré de l'opération est la suppression des phénomènes d'obstruction qui avaient lieu et tendaient à devenir plus graves chaque jour.

Parmi les procédés spéciaux de colotomie, nous ne pouvons que citer, sans le décrire très complètement, un cas où M. le professeur Lannelongue, de Bordeaux, pratiqua une colotomie sus-pubienne. Les détails circonstanciés sur le manuel opératoire nous manquent, mais ayant été témoin de quelques recherches préparatoires à l'opération, alors que nous étions chef de clinique du professeur Lannelongue, il nous a toujours paru que l'opération était simple et facile. Une incision verticale faite entre les muscles droits sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, sur un point par conséquent où il n'y a pas de vaisseaux à lier, où la couche à traverser est relativement peu profonde et d'une structure fort simple, on introduit l'index de la main droite dans la cavité abdominale, on le glisse en dehors, contre la paroi abdominale antérieure jusqu'au niveau de l'S iliaque et on ramène avec ce même doigt recourbé en crochet l'S iliaque qui vient bientôt se présenter entre les lèvres de la plaie. Pendant cette manœuvre, la main gauche surveille l'issue possible des anses intestinales par la plaie qu'on a pratiquée et se tient prête à les refouler.

Voici la courte relation du seul fait que nous ayons à produire à côté de ces données bien incomplètes :

Observation. — Une femme de 35 ans présente un épithéliome annulaire du rectum très serré avec petite fistule au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin. Il y a des coliques, la défécation est pénible et douloureuse.

M. le professeur Lannelongue pratique la rectotomie linéaire avec l'écraseur, sur la paroi postérieure de l'intestin.

A la suite de cette opération, les selles sont à peine plus faciles pendant un mois, puis survient de l'aggravation progressive, des phénomènes de rétention se déclarent aussi pendant que des tumeurs dures apparaissent dans le ventre; finalement, obstruction complète.

M. Lannelongue tente alors d'établir un anus abdominal sur la ligne médiane. Mais l'incision une fois faite, il se trouve en présence de deux petits kystes des ovaires qu'il enlève séance tenante. Immédiatement après, l'S iliaque est fixée dans la plaie.

La malade déjà très affaiblie ne réagit pas et meurt au bout de 36 heures.

L'autopsie ne fait rien découvrir de spécial. On constate l'existence du cancer et de ses prolongements. L'S iliaque occupe sur la ligne médiane la situation que lui a donnée l'opération, non tirillée et non coudée.

Cancer du Rectum (épithélioma). — Obstruction.

Cæcotomie (obs. inédite)

DOCTEUR P. BERGER

Mme M..., âgée de 62 ans, ménagère, est admise le 17 octobre 1882 à la Charité, salle Sainte-Catherine.

Cette malade a ressenti, il y a dix-huit mois, des désordres de la digestion traduits par des évacuations plus fréquentes et de la constipation. Cet état durait depuis six mois, lorsque la constipation devenue de plus en plus opiniâtre ne céda plus qu'à des débâcles qui avaient lieu tous les 15 jours environ ou toutes les 3 semaines, accompagnées de douleurs vives dans le bas-ventre et suivies de diarrhée pendant deux jours. Les matières étaient souvent noirâtres et recouvertes de mucosités.

La débâcle qui devait arriver il y a 3 semaines a manqué.

La malade souffre beaucoup. Ne rendant plus rien par l'anus, elle est inquiète, ne dort plus la nuit et a perdu l'appétit.

Quand on l'examine, on trouve le ventre très ballonné. Il est sonore, sauf au niveau des fosses iliaques, surtout à droite, où l'on sent avec les doigts une saillie qui doit être formée par le cæcum distendu.

Il existe une sensibilité vive à la pression surtout dans les fosses iliaques. Rien dans la région sus-ombilicale.

Avec le doigt introduit dans le rectum, on sent en un point très élevé, difficilement accessible, une tumeur volumineuse, irrégulière, qui obstrue totalement le calibre du rectum, et au centre de laquelle on trouve un orifice étroit, qui admet à peine l'extrémité de la pulpe de l'index.

Par le toucher vaginal on constate une tumeur derrière la paroi recto-vaginale, près du col utérin, et qui donne la sensation d'un bol fécal, sauf la résistance qui est plus considérable.

Il n'y a ni selles ni évacuations de gaz. Vomissements de liquides bilieux non fécaloïdes. Amaigrissement considérable.

Le 19 octobre M. Berger établit un anus contre nature sur le cæcum. — Près du pli de l'aîne, au-dessus de l'arcade crurale, il fait sous le spray phéniqué une incision de 3 à 4 cent. parallèle à l'arcade. — Après avoir ouvert le péritoine il va à la recherche du cæcum.

Un point de suture est placé à l'angle interne de la plaie, deux autres à angle externe.

Six autres points relient l'intestin au tissu sous-cutané — six à la peau. — En tout 15 points de suture.

Quand on incise le cæcum, il s'échappe quelques matières liquides.

Le soir le ventre est complètement affaissé, mais légèrement sensible au voisinage de la plaie. Pas de douleur dans le reste du ventre. Température (38°).

La nuit qui suit l'opération est mauvaise : refroidissement, tendance à la syncope. Rhum, eau de Seltz.

Le 20 (samedi). Le pouls est assez fort; la sensibilité du ventre a peu augmenté. Quelques vomissements bilieux. Le facies est bon, l'œil assez vif. (Vin de Champagne.)

Le soir l'état local est le même, mais l'affaiblissement est plus grand.

La malade meurt à une heure du matin.

(L'autopsie n'a pu être faite à cause d'une opposition formelle de la famille.)

**Occlusion causée probablement par un cancer
de l'S iliaque ou du rectum (*obs. inédite*).
Ouverture du cæcum. — Survie à l'opération.**

(DOCTEUR P. BERGER, 27 mai 1882)

Madame A., 69 ans, souffre depuis deux ans de constipation opiniâtre, avec selles difficiles, rubanées, de la grosseur du petit doigt, ou émission de matières dures parfois sanguinolentes.

Depuis 15 jours la constipation s'est accentuée, et il y a quatre jours que la malade n'a rendu par l'anus ni matières solides ni gaz. Les douleurs sont vives, excessives même, le ventre est ballonné; il y a des vomissements alimentaires constants. L'affaiblissement est notable.

Le faciès est altéré; refroidissement léger. La langue encore humide est blanche. Soif vive. Les vomissements sont acides, un peu brunâtres, mais ils ne deviennent pas fécaloïdes. Le ventre toujours ballonné, tendu, est partout sonore: pas de contractions intestinales. Le gros intestin est manifestement distendu. — Urine rares et difficiles.

L'examen local permet de constater la présence d'hémorroïdes externes. Le doigt introduit aussi haut que possible dans le vagin ou le rectum ne rencontre aucun obstacle. Une sonde en gomme à bout rond ne pénètre qu'à 23 cent. Une sonde olivaire parvient à s'engager plus haut, et alors seulement il s'échappe quelques gaz. Les yeux de la sonde sont bouchés par une matière sanieuse.

Morphine. Entéroclisme d'huile absolument inutile dans la soirée.

La malade est conduite à Saint-Antoine, dans le service de M. Perrier, le lendemain matin. M. P. Berger, assisté de M. Kirmisson, pratique à 3 heures 1/2 l'opération suivante.

Opération. — Incision de la paroi abdominale au niveau de la moitié externe de l'arcade crurale. Cette incision a 6 à 7 cent. Elle comprend le péritoine dans une étendue de 5 cent. seulement. On voit aussitôt le cæcum reconnaissable à une de ses bandelettes. Le doigt s'assure que c'est bien lui qui, distendu, occupe toute la fosse iliaque. Le méso-cæcum est dédoublé et sa réflexion sur la fosse iliaque n'est pas à 2 cent. de l'incision, à tel point qu'on pourrait l'écarter pour ouvrir l'intestin; mais on ne le fait pas. M. Berger fixe

le cæcum au péritoine et à l'aponévrose du grand oblique par 12 points de suture en soie phéniquée. Quelques gaz s'échappent par les trous des aiguilles.

On incise alors l'intestin dans une étendue de 4 cent., entre les points de suture, et l'on voit se présenter et sortir avec beaucoup de peine de la matière fécale pâteuse en très grande quantité.

Pansement.

Le lendemain, (29 mai), l'écoulement des fèces demi-solides est toujours très difficile, quoiqu'une certaine quantité en ait été rendue.

M. Berger en extrait au moins 4 à 500 grammes avec le manche d'une cuiller à café. L'écoulement devient alors plus liquide et plus facile.

Le 30 mai l'état du ventre est meilleur; il est revenu sur lui-même. La température est basse (35°, 6). Il y a de la faiblesse.

Le 31 mai, un peu de sécheresse de la langue. Température toujours très basse (35°, 4). Faiblesse. Une grande quantité de matières liquides s'écoule incessamment par la plaie. Il y a un peu de suppuration dans l'épaisseur de la paroi.

Du 1^{er} au 4 juin les forces s'améliorent graduellement quoiqu'il y ait quelques phénomènes inflammatoires locaux. Le ventre est absolument souple et indolore. Etat général bon. Il ne sort encore rien, ni gaz, ni matières, par l'anus.

Du 4 au 12 juin nulle modification. Evacuations régulières et continues par l'anus contre nature qui est entouré d'un peu d'érythème. Il y a de la tendance au prolapsus de la muqueuse.

Le 15 juillet l'état général est bon. L'évacuation des matières se fait régulièrement par la plaie; pas de prolapsus de l'intestin, peu d'érythème. Il ne sort encore rien par l'anus.

Ultérieurement l'anus contre nature présente une tendance manifeste au rétrécissement de son orifice. Les matières formées en boules solides ne sortaient plus que difficilement, la malade était reprise de ballonnement et de douleurs d'entrailles. Elle dut rentrer à la Charité, dans le service de M. P. Berger, vers le mois de novembre 1882. M. Berger combattant cette tendance au rétrécissement de l'orifice et au prolapsus de la muqueuse cæcale, agrandit l'ouverture par l'application d'un entérotome sur le côté externe de l'anus artificiel, après section de la peau et de l'aponévrose du grand oblique avec le thermo-cautère. Un soulagement temporaire suivit cette

opération, mais les mêmes phénomènes s'étant reproduits, la malade dut être admise encore une fois à l'hôpital, dans le service de M. Delens, à Saint-Antoine, qui répéta une manœuvre analogue.

Cette malade se trouve encore ces jours-ci (juin 1883) dans le service de M. Perrier, à Saint-Antoine.

M. Perrier veut bien à la date du 3 juin m'écrire la note suivante :

« La malade vit encore, mais elle a des souffrances très grandes que je crois devoir attribuer pour la plus grande part à la lésion cancéreuse et pour une part aussi à l'anus artificiel qui a une grande tendance à se rétrécir, qu'on a déjà agrandi et que je vais être bientôt obligé d'agrandir encore. »

Cette observation offre un intérêt indiscutable; et, parmi les points très importants qu'elle offre à considérer, un des plus dignes d'attirer l'attention est le rétrécissement consécutif. Ce rétrécissement réclame une opération, la dilatation ne pouvant donner que fort peu de chose, et devant, dans tous les cas, être fort mal supportée. L'incision, couche par couche, jusqu'au voisinage de la cavité abdominale, puis l'application de l'entérotome de Dupuytren est ce qui paraît seul acceptable.

Epithélioma du rectum, de l'anus et des ganglions inguinaux. — Signes d'occlusion intestinale. — Établissement d'un anus artificiel. — Mort.

D^r DELENS (*obs. inédite*)

Mme Serié, âgée de 72 ans, pensionnaire de l'hospice de Chardon-Lagache, était depuis 4 mois à l'infirmerie, lit n° 3, pour un épithélioma de l'anus et du rectum dont les limites remontaient trop haut pour permettre une intervention chirurgicale. Les gan-

glions des régions inguinales étaient envahis des deux côtés et plusieurs des tumeurs ganglionnaires étaient ulcérées.

Le 20 juillet 1877 elle fut prise d'accidents d'occlusion intestinale et je fus appelé le 24 juillet pour tenter une opération qui paraissait indispensable. Je pratiquai un anus artificiel dans la région de l'aîne gauche. L'S iliaque se présenta immédiatement, dès que la section de la paroi abdominale eût été opérée. Elle fut fixée par six points de suture métallique. L'ouverture de l'anse intestinale donna issue à une grande quantité de matières fécales.

Les douleurs cessèrent et une amélioration momentanée se produisit. Néanmoins, la mort survint le 29 juillet dans le collapsus sans que les signes de la péritonite se fussent manifestés.

L'autopsie ne fut pas permise.

Les tableaux qui suivent ce chapitre sur la colotomie, appartiennent à M. Petit, bibliothécaire de la Faculté, qui a bien voulu me les communiquer au moment où je venais moi-même de recueillir dans divers mémoires, après un long travail, une grande partie des cas désignés dans ces tableaux. Je remercie M. le D^r Petit d'avoir mis à ma disposition le résultat très exact de ses propres recherches.

Cependant j'ai pu réunir 19 cas qui, ajoutés à ceux des tableaux, donnent un chiffre de 159 observations. Il est enfin 3 autres cas que j'ai connus au dernier instant et qui ne se trouvent pas dans les tableaux, tandis qu'ils sont publiés *in extenso* dans le cours de mon travail (soit 162 cas).

Je ferai, du reste, remarquer, une fois pour toutes, qu'il en est de même pour plusieurs autres observations que j'ai malheureusement reçues trop tard.

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
1	CURLING, <i>Maladies du rectum</i> 1873, p. 179.	F. 56.	?			16 heures.	Péritonite.		La péritonite existait avant l'opération.
2	THIERRY, <i>L'Expérience</i> . 6 octobre 1842, p. 209.	H. 6.	?		Péritonite.	22 heures.			
3	PEMBERTON, <i>Med. Times and Gaz.</i> 1865, t. 2, p. 35.	H. 42.	6 mois.	8 ou 9 jours	Péritonite.	1 jour.	Péritonite subaiguë.	Dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques de l'abdomen.	Cancer rectal remontant très haut.
4	PAGET, <i>Med. Chir. Trans.</i> t. 35, p. 103.	F. 67.			Péritonite.	36 heures.	Péritonite.	Légère péritonite, surtout près de la plaie.	
5	ERICHSEN, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1856, t. 2, p. 619.	H. 45.	2 ans.	?	Collapsus.	36 heures.		Péritonite commençante. Foie et reins dans un état de stéatose très avancée.	
6	MAUNDER, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1872, t. 1, p. 223.	H. 41.	9 mois.		Épuisement.	43 heures.	Cachexie.	Pas	
7	PARTRIDGE, <i>id.</i> , 1857, t. 2, p. 453.	H. 46.	6 mois.		Épuisement.	au 2 ^e jour.	Épuisement.	Pas de péritonite. Pas de détails sur les viscères.	
8	E. MASON, <i>American Jour.</i> 1873, t. 66, p. 360.	F. 42.	2 ans.		Perforation du péritoine pendant l'opération.	2 jours.	Péritonite et pneumonie.	Pas.	
9	POOLEY (J.-H.), <i>New-York Med. Jour.</i> 1874, t. 1, p. 43.	F. 52.	3 ans.			48 heures.	Affaissement progressif.	Pas.	
10	HOLMES, <i>St George's Hosp. Rep.</i> 1866, t. 2, p. 440 et 452, n° 18.	F. 38.	7 ans ?	8 mois.	Péritonite.	3 jours.	Id.	Id.	
11	HEATH, <i>Brit. Med. Jour.</i> 1873, t. 2, p. 567.	F. 64.	2 ans 1/2.		Péritonite.	3 jours.	?	?	
12	SWAIN, <i>The Lancet</i> , 1866, t. 2 p. 274.	H. ?	6 ou 7 mois.	8 jours	Pyohémie.	3 jours.	Pyohémie attribuée au cathétérisme.	Pleurésie double. Abscès dans les poumons et le foie.	Syncopes avant l'opération.
13	? ... <i>St George's Hosp. Rep.</i> 1865, t. 1, p. 422, n° 17.	F. 54.	?	?	Péritonite.	3 jours.	Péritonite.	Pas.	Blessure du péritoine pendant l'opération.
14	ERICHSEN, <i>The Lancet</i> , 1857, t. 1, p. 56.	H. 45.	4 ans.	?		3 jours.	Épuisement.	Dégénérescence granuleuse avancée des reins. Noyaux cancéreux dans le foie. Cœur gras.	Opération pour douleurs rectales considérables.
15	R. <i>St George's Hosp. Rep.</i> 1874, t. 8, p. 453, n° 1.	F. 67.	?	?	Péritonite.	4 jours.	Péritonite par rupture de l'intestin.	?	Malade très épuisée à l'entrée.

0 1 2 3 4 5 (cm)

Colotomie lombaire

pour Cancer du Rectum

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
16	BELL (Royes) in <i>Smith Surgery of the Rectum</i> , 3 ^e édition, 1871, p. 72.	H. ?		?		Quelques jours.			
17	E. MASON, <i>Amer. Journ.</i> 1873, t. 66, p. 356.	F. 37.	8 mois.		Érysipèle.	5 jours.	Érysipèle et péritonite.	Péritonite limitée. Envahissement de tous les organes du petit bassin par le cancer. Reins très congestionnés.	
18	MORTON, <i>Philadelphia Med. Times</i> janvier 1877, p. 173.					Quelques jours.	Épuisement.	Kyste du rein.	
19	GUYOT, <i>Lyon med.</i> 1877, n° 15 p. 524 (Opération), par Fochier.	F. 36.	2 ans.	50 jours.	Continuation de vomissements. Météorisme. Syncope. Mort.	8 jours.		Mésentère et épiploon envahis par les granulations cancéreuses. Ganglions du mésentère dégénérés. Foie gras.	
20	HEATH, <i>Brit. med. jour.</i> 1877 t. 2, p. 731.	F.			Symptômes de péritonite le lendemain.	8 jours.		Pas d'autopsie.	
21	EEVES, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1878, t. 1, p. 223.	F. 53.	18 mois.		Péritonite.	Id.	Péritonite.	Perforation de l'intestin au-dessus du rétrécissement.	
22	MALGAIGNE, <i>Journal de Chirurgie</i> , 1844, t. 2, p. 232.	H. 57.	2 ou 3 ans.	?	Pas.	9 jours.	?	Ulcération cancéreuse ouverte dans la fosse ischio-rectale. Phlegmon péri-vésical et fessier. Rien autour de la plaie. Rien dans les viscères.	Oedème des membres inférieurs et de la paroi abdominale avant l'opération. Diminution considérable après.
23	HEATH, <i>Brit. Med. Journ.</i> 1867, t. 2, p. 567.	F. 42.	7 mois.			10 jours.	Cachexie.		
24	HOLTHOUSE, <i>Trans. path. Soc.</i> t. 3, p. 371.	F. 53.	2 ans.			Id.		Cancer utéro-rectal avec adhérences au colon.	
25	ALLINGHAM, <i>Saint-Thomas Hosp. Rep.</i> 1870, p. 301.	H. 64.	2 ans.		Erysipèle au 6 ^e jour.	12 jours.		Pas.	Abcès ischio-rectal.
26	BRYANT, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1878, t. 1, p. 277.	H. 54.	2 ans.		Inflammation de voisinage.	Id.		Rupture de la rate de cause inconnue.	
27	CRITCHETT IN CURLING, <i>Disestes of the rectum</i> , 3 ^e édit. 1873, p. 171.	F. 52.	?			13 jours.	Epuisement.		
28	HEATH, <i>Brit. Med. Jour.</i> 1873, t. 2, p. 567.	F. 51.	Quelques mois.			14 jours.	Epuisement et choc traumatique.		
29	BRYANT, <i>Guy's Hosp. Rep.</i> 1863, t. 14, p. 304. Obs. 17.	F. 48.	?	?		Id.	?		

0 1 2 3 4 5 (cm)

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
30	CURLING, <i>Diseases of the rectum</i> , 3 ^e édit. p. 151-173.	H. 40.	1 an.		Vomissements opiniâtres. Hémorragie au 8 ^e jour.	15 jours.	Épuisement.	Pas de cicatrisation de la plaie. Pas d'autre détail.	Vomissements attribués au chloroforme. Anorexie jusqu'à la mort.
31	JUKER, <i>Oppenheim's Zeitschrift</i> , t. 22, p. 552.	F. 30.	8 mois.	3 semaines.	Péritonite.	15 jours.	Accidents post-opératoires.	Péritonite diffuse. Carcinome recto-vaginal ramolli et ulcéré.	
32	ASHMEAD, <i>Trans. of the College of Physicians of Philadelphia</i> , 1842, t. 1, p. 99.	F. 38.	?		État satisfaisant pendant 10 ou 12 jours, puis diarrhée.	16 jours.	Épuisement.		
33	MAUNDER, <i>London Hosp. Rep.</i> , 1867, t. 4, p. 225 et 513.	H. 52.	Plusieurs années.			16 jours.	Épuisement.	Pas de détails.	Fistule recto-vésicale depuis 12 mois.
34	HILTON, <i>Guy's Hosp. Rep.</i> , 1852, t. 8, p. 175.	H. 23.	6 mois.		Affaiblissement progressif.	18 jours.	Id.	Noyaux cancéreux dans les deux poulmons, dans le foie, dans toutes les régions du péritoine. Pas de péritonite.	Pas d'amélioration dans l'état général après l'opération.
35	C. FORSTER, <i>Id.</i> , 1869, t. 44, p. 383.	H. 22.	11 semaines		Vomissements constants. puis fièvre; affaiblissement progressif; ascite.	22 jours.	Épuisement.	Ascite considérable. Tumeur dans la paroi de l'S iliaque. Petits tubercules épars dans le péritoine. Hypertrophie du foie sans cancer.	
36	BRYANT, <i>Med. Times et Gaz.</i> , 1878, t. 1, p. 277.	F. 37.	6 mois.			25 jours.	Bronchite.	Cancer des reins. Foie gras.	
37	R..., <i>St George's Hosp. Rep.</i> , 1873, t. 7, p. 353, n° 1.	F. 55.	?			27 jours.		Péritoine farci de noyaux cancéreux.	
38	HOLMES, <i>Id.</i> , 1874, t. 8, p. 434, n° 7.	H. 54.	?			32 jours.	Pleuro-pneumonie.		
39	CLÉMENT, <i>Med. Chir. Trans.</i> , t. 33, p. 218.	H. 43.	?		Vomissements. Douleurs abdominales.	5 semaines.	Généralisation.	Pas.	Signes de généralisation rapide.
40	CURLING, <i>London Hosp. Rep.</i> , t. 2, p. 8.	H. 53.	1 an.		Phlegmon de voisinage. Érysipèle du dos.	37 jours.	Accélération du mal.	Pas de détails.	D'abord soulagement, puis œdème des membres inférieurs. Eschare au sacrum.
41	CURLING, <i>Med. Times et Gaz.</i> , 1856, t. 2, p. 619.	F. 40.	Plusieurs années.	30 jours.	Pas.	54 jours.	Épuisement.	Pas.	
42	MARSHALL, <i>Id.</i> , 1877, t. 1, p. 257.	H. 27.	4 mois.		Pas.	8 semaines.	Péritonite cancéreuse.	Noyaux cancéreux dans le péritoine, la plèvre, le foie, la capsule surrénale droite.	
43	MAISONNEUVE, <i>Gaz. des Hôp.</i> , 1849, p. 92.	H. 33.			?	2 mois.	Phthisie.	Pas d'examen des viscères.	

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
44	LEE, <i>St-George's Hosp. Rep.</i> , 1871, t. 6, p. 341 et 391, n° 2.	H. 37.		7 jours.		Id.		Cancer du foie. Pas d'autopsie complète.	
45	KIDD, <i>Brit. med. jour.</i> , 74, 18 t. 1, p. 56.	F. 44.				Id.	Épuisement.	Cancer recto-utérin.	
46	MARSHALL, <i>Med. Times and Gaz.</i> , 1877, t. 1, p. 257.	H. 49.	5 mois.		Abcès de voisinage.	9 semaines.	Cachexie rapide.	Dégénérescence des ganglions lombaires et pelviens.	
47	MAUNDER, <i>Id.</i> , p. 113.	F. 53.	4 ans.			10 semaines.	Cachexie.	Pas.	
48	ALLINGHAM, <i>St-Thomas, Hosp. Rep.</i> , 1870, p. 293.	H. 54.	6 mois.		Marche rapide du mal. Suppuration abondante.	Id.	Épuisement.	Vessie envahie. Pas de détails sur les autres organes.	Avant l'opération, 2 fistules périnéales. Douleurs vives.
49	HEATH, <i>Brit. med. jour.</i> , 1877, t. 2, p. 751.	H. 58.				2 mois 1/2.		Pas.	Cancer du rectum ouvert dans la vessie.
50	NANKIVELL, <i>Brit. med. Journ.</i> , 1876, t. 1, p. 770.	F. 29.		17 jours.		3 mois.	Progrès du mal.	Pas.	
51	E. MASSON, <i>Amer. Journ.</i> , 1873, t. 66, p. 356.	F. 64.	5 ans.			Id.	Épuisement.	Envahissement de tous les organes du petit bassin par le cancer.	
52	CURLING, <i>Lancet</i> , 1863, t. 1, p. 4.	F. 36.			Six semaines après, fistule recto-vésicale.	3 mois.	Affaiblissement progressif.		Cancer recto-vaginal avec fistule.
53	ALLINGHAM, <i>Saint-Thomas, Hosp. Rep.</i> , 1870, t. 1, p. 290.	F. 44.	12 ou 13 mois		Progrès rapide du mal.	3 mois 1/2	Épuisement.	Pas.	Id.
54	H. <i>Saint-George's Hosp. Rep.</i> , 1875, t. 8, p. 510, n° 4.	? 34.				110 jours.			
55	CARTER, <i>London, Hosp. Rep.</i> , t. 4, p. 286.	H. 34.	2 ans			4 mois.	Épuisement.		
56	SALISBURY, <i>Chicago, med. Journ.</i> , mars 1879, p. 270.	H. 35.	2 ans.	9 jours.	Dans le dernier mois douleurs, dysurie, œdème de la jambe gauche, hémorragies rectales.	4 mois.	Épuisement.	Péritoine farci de noyaux cancéreux. Masses cancéreuses dans le petit bassin. Uterus et bassins distendus. Ulcération d'une des branches de l'iliaque interne.	
57	AMUSSAT, 1 ^{re} mémoire, p. 34, et 2 ^e mém., p. 39.	F. 48.		26 jours.		5 mois.	Péritonite par propagation du cancer.	Nombreux noyaux cancéreux disséminés dans le péritoine.	
58	ALLINGHAM, <i>Saint-Thomas, Hosp. Rep.</i> , 1870, p. 298.	F. 46.	9 mois.	35 jours.	Marche rapide du mal.	Id.	Épuisement.	Pas.	Cancer recto-vaginal.
59	CURLING, <i>Disease of the rectum</i> , 3 ^e édit., 1873, p. 153-173.	H. 28.	2 ans.	?		Id.	Id.	Fistule recto-vésicale.	

0 1 2 3 4 5 (cm)

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
60	BARWELL, <i>Trans. clin. Soc.</i> t. 12, 1879, p. 113.	F. 52	15 mois.	3 jours.	Accroissement du mal, en- vahissement des organes pel- viens.	5 mois.	Progrès du mal.	Pas.	Issue des fèces par l'anus le lendemain de l'opération.
61	HEATH, <i>Brit. Med. Journ.</i> , 1873, t. 2, p. 567.	F. 49	6 mois.			6 mois.	Id.		
62	SANDS, <i>Amer. Journ.</i> , 1873, t. 66, p. 388, n° 69.	F. 32				Id.			
63	CURLING, <i>Diseases of the rectum</i> , 3 ^e édit., p. 153-173.	H. 45	Longtemps			8 mois.	Progrès du mal. Epuisement.	Envahissement des organes internes.	
64	WARD, <i>London Hosp. Rep.</i> , t. 2, p. 11, n° 5.	H. 45	?			Id.	Id.		
65	MAUNDER, <i>Med. Times and Gaz.</i> , 1877, t. 1, p. 114.	F. 30	Plusieurs années.			9 mois.	Récidive dans les poumons (?)	Pas d'autopsie.	
66	BRYANT, <i>Lancet</i> , 1875, t. 2, p. 450.	H. 56	?	?	Pas.	Id.	Cachexie.	Bronchite. Foie et reins gras. Pas de généralisation.	Ablation du mal en oc- tobre 1872. Colotomie en avril 1873.
67	BRYANT, <i>Trans. path. Soc.</i> , 1875, p. 99.	F. 18	10 mois.			Id.		Cancer du péritoine.	
68	CURLING, <i>London Hosp. Rep.</i> , 1867-68, t. 4, p. 1.	H. 20	1 an.			10 mois.	Progrès du mal.	Pas d'autopsie.	Plusieurs opérations anté- rieures.
69	MAUNDER, <i>Med. Times et Gaz.</i> , 1877, t. 1, p. 314.	H. 51	3 ans.			Id.	?	<i>Idem.</i>	
70	ADAMS, <i>Med. chir. Trans.</i> , t. 35, p. 57.	F. 35	Plusieurs années.			1 an.	Progrès du mal.	Cancer du rectum, de l'ovaire et du foie.	
71	PRING, <i>Med et Phys. Journ.</i> t. 14.	F. 64.		12 jours.		16 mois.			
72	CURLING, <i>Lancet</i> , 1870, t. 1, p. 3.	H. 48.	3 ou 4 ans.	12 jours.		17 mois.	Hémorragie rectale considérable.	Le cancer avait envahi la paroi postérieure du bassin et le plexus sacré, noyau cancéreux dans la partie supérieure du radius.	Un an en bonne santé, puis affaiblissement progressif.
73	MAUNDER, <i>Med. Times and Gaz.</i> , 1871, t. 1, p. 113.	H. ?				17 mois.	Symptômes urémi- ques.	Compression de l'urèthre par le cancer. Cancer dans le foie et l'épiploon.	Rétrécissement de la fistule qu'on est obligé d'agrandir.
74	HULKE, <i>Britt. med. Journ.</i> 1878, t. 1, p. 158.	F. ?	Plusieurs années.			18 mois.		Pas de généralisation.	

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
75	ALLINGHAM, <i>Saint-Thomas Hosp. Rep.</i> 1870, p. 291.	F. 3.	3 ans.		Cicatrisation lente. Ulcération des points de suture.	19 mois.	Cachexie.	Petit bassin rempli par le cancer. Noyaux dans le foie. Ovaire droit kystique.	Fistule recto-vaginale, ascite dans les 6 derniers mois.
76	ARNOTT, <i>Trans. path. Soc.</i> , 1875, p. 120.	F. 27.	2 ou 3 ans.		Phlegmon du voisinage de la plaie.	2 ans.	Cachexie.	Pas de généralisation.	
77	ADAMS, <i>London Hosp. Rep.</i> t. 2, p. 11, n° 6.	H. 60.	?	18 jours.	Sphacèle local 3 ou 4 jours après l'opération.	2 ans 1/2	Épuisement par extension du mal.		Voir <i>Med. Times et Gaz.</i> , 1862, t. 1, p. 374 et 1864, t. 1, p. 614.
78	AMUSSAT, 1 ^{re} <i>mem.</i> p. 52, et 2 ^e <i>mem.</i> p. 41.	H. 62.		8 jours.		2 ans 1/2			
79	BOTT, <i>Brit. med. Journ.</i> , 1870, II, p. 551 et 1873, II, 568.	H. 28.	18 mois.		Rétention d'urine, fièvre. Hémorragie.	2 ans 8 mois	Progrès du mal (ictère.)	Foie infiltré de cancer.	Chute sur l'anus avant l'apparition du mal.
80	HEATH, <i>Trans. path. Soc.</i> 1876, p. 143.	F. ?	1 an.	2 ans 9 mois.			Progrès du mal.	Envahissement du vagin, cancer du foie.	
81	ALLINGHAM, <i>Saint-Thomas Hosp. Rep.</i> t. 1 ^{re} , p. 288.	H. 46.	5 ou 6 mois.	20 jours.		4 ans 1/2			

Opérés considérés comme guéris, ayant quitté l'hôpital,

ou perdus de vue avant la mort.

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	ÉPOQUE DE LA PUBLICATION APRÈS L'OPÉRATION	ÉTAT DU MALADE A CE MOMENT	REMARQUES
82	ALLINGHAM, <i>Saint-Thomas Hosp. Rep.</i> 1870, p. 306, n° 11.	F. 41.				?	Bon.	
83	HEATH, <i>Brit. med. Journ.</i> , 1873, t. 2, p. 568.	?	?					Cité à la fin d'un travail.
84	PRESCOTT-HEWETT, <i>Lancet</i> , 1859, t. 1, p.	F. 64.				15 jours.	Bon.	
85	LAUTOUR, <i>Lancet</i> , 1876, t. 2, p. 249.	H. 37.	2 ans.		Pas.	Id.	Id.	Prend d'habitude une grande quantité d'opium.
86	HULKE, <i>Lancet</i> , 1872, t. 2, p. 152.	H. ?			Pas.	20 jours.	Guérison de la plaie.	
87	LAWSON, <i>Brit. med. Journ.</i> , 1877, t. 1, p. 710.	F. âgée.			Pas.	2 mois.	Maladie avancée; malade épuisée. Plaie belle.	

0 1 2 3 4 5 (cm)

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	EPOQUE DE LA PUBLICATION APRÈS L'OPÉRATION	ÉTAT DE L'OPÉRÉ A CE MOMENT	REMARQUES
88	DIDOT, <i>Bull. Acad. de méd. de Belgique</i> , 1847, <i>Gaz. méd. de Paris</i> , 1848, p. 235	H. 65.	4 ans.		Un peu d'inflammation de voisinage.	2 mois.	Le cancer faisait des progrès.	
89	CALLENDER, <i>Clin. Society</i> , 1870, t. 3, p. 36.	H. 34.	7 semaines. ?			2 mois.		
90	REEVES, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1878, t. 1, p. 224.	F. 47.	14 mois.		Au 27 ^e jour abcès ischio-rectal, puis un autre.	2 mois.		Fistule recto-vaginale.
91	BLACKMANS, <i>Med. Press and Circ.</i> 1896, t. 1, p. 311.	H. 35.				2 mois 1/2.	Bon état.	
92	M. E. LANE TIFFANY, <i>Amer. Journ.</i> , 1877, t. 73, p. 415.	F. 35.	Plusieurs années.		Erysipèle léger du 3 ^e au 5 ^e jour.	2 mois 1/2.		Fistule recto-vaginale depuis 6 mois Rectotomie linéaire 6 semaines auparavant.
93	LAWSON, <i>Brit. med. Journ.</i> , 1877, t. 1, p. 710.	H. âgée.				3 mois.	Plaie belle. Etat général bon.	Cancer ulcéré recto-anal.
94	H. ST-GEORGES, <i>Hosp. Rep.</i> , t. 5, p. 284 et 304, n° 16.	F. 47.				3 mois 1/2.	Hernie de l'intestin par la plaie.	
95	HEATH, <i>Brit. med. Journ.</i> , 1876, t. 1, p. 349.	H. 45.	2 ans.			3 mois 3 semaines.	Amélioration de l'état général.	2 mois 1/2 après, ablation de l'épithélioma anal par l'anse galvanique.
96	MANSON, <i>Glasgow med. Journ.</i> 1879, p. 226.	H. 50.				4 mois.	Bonne santé. Hypertrophie et induration du foie.	
97	BRYANT, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1872, t. 1, p. 678.	H. 38.	18 mois.			4 mois 1/2.		
98	LAFFAN-DUBLIN, <i>Journ.</i> 1872, t. 34, p. 270.	H. 25.	Plusieurs années.		Pas.	4 mois 1/2.	Pas d'amélioration de l'état général.	Engorgement ganglionnaire inguinal avant l'opération.
99	PICK, <i>Saint-Georges Hosp. Rep.</i> 1876, t. 8, p. 569, n° 7.	F. 35.				5 mois.	Santé générale très améliorée après l'opération.	
100	CURLING, <i>LANCET</i> , 1863, t. 1, p. 3.	H. 29.	16 mois.		Pas.	5 mois.	Bonne santé.	3 semaines après rétrécissement de l'anus artificiel.
101	MAUNDER, <i>Brit. Med. Journ.</i> 15 mars, 1879, p. 386.	H. 72	2 ans.		Pas.	6 mois.	Id.	

Colotomie lombaire

Opérés considérés comme guéris, ayant quitté l'hôpital,

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION
102	BRYANT, LANCET, 1873, t. 2, p. 418.	F. 36	9 mois.		
103	HEATH, Brit. Med. Journ., 1873, t. 2, p. 367.	F. 49.	1 an.		
104	HOWSE, Med. Times and Gaz. 1872, t. 2, p. 460.	H. 47.			
105	PAGET, LANCET, 1870, t. 1, p. 835.	H. ?.			
106	E. MASON, Amer. Journ., 1873, t. 66, p. 358.	H. 26.	2 ans.		
107	REEVES, Brit. Med. Journ., 1877, t. 1, p. 678.	F.			
108	ALLINGHAM, Saint-Thomas, Hosp. Rep. 1870, p. 294.	H. 33.	7 ans ?		Phlegmon et abcès au 6 ^e jour; sphacèle de l'S iliaque au 21 ^e jour.
109	HOLMES, vu par MM. Terrier, Périer et Nicaise.	H. 50.	?	?	?

pour Cancer du Rectum

ou perdus de vue avant la mort.

EPOQUE DE LA PUBLICATION APRÈS L'OPÉRATION	ÉTAT DE L'OPÉRÉ A CE MOMENT	REMARQUES
10 mois.	Progrès du mal.	
Id.		En même temps, ablation du mal au galvano-cautère.
11 mois.	Bonne santé.	
1 an.	Id.	
1 an.		Engorgement des ganglions inguinaux et lombaires.
2 ans.	Au moment de l'opération, fièvre hectique. Abcès périrectaux. Le mal local a fait des progrès, mais l'état général est bon. Les fistules se sont cicatrisées après l'opération.	
3 ans.		
Plus d'un mois.	En bonne santé.	

Colotomie lombaire

pour Cancer du Rectum.

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
110	SOLLY, Med Times et Gaz. 1864, t. 1, p. 461.	H. ?	18 mois.	?	Pas.	6 semaines.	Collapsus subit dû en partie à des causes morales.	Refusée.	
111	SOLLY, id.	H. 28.	3 mois.	?	Pas.	Plus de 3 mois.	Péritonite chronique probablement par extension de la maladie primitive.	?	En bonne santé pendant 3 mois.
112	SOLLY, id. p. 462.	H. 54.	1 an.	10 jours	Péritryphlite suppurée.	21 jours.	Phthisie galopante.	Tubercule et œdème des deux poumons. Noyaux cancéreux dans le foie.	Mort en quelques heures.
113	FINE, in Amussat, 1 ^{re} mémoire, p. 409.	F. 63.	15 mois.	?		3 mois 1/2.	Cachexie, anasarque.	Foie volumineux et induré, sans noyaux cancéreux.	

0 1 2 3 4 5 (cm)

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
115	LABBÉ (L.), <i>Gaz. Hebdomadaire</i> . 1880, p. 370.	H. 32.	?	?	Pas.	2 mois.	Cachexie.	Pas.	Extirpation du rectum à deux reprises différentes; colotomies 6 mois après la dernière.
115	POZZI, <i>France Médicale</i> . 1880, n° 8, p. 57.	?	?	?		Mort rapide.	Péritonite peut-être antérieure à l'opération.	Pas.	
116	<i>Id.</i>	H. 22.	6 mois.	8 jours.	Diarrhée cholériforme épidémique.	5 mois.	Cachexie croissante.	Pas.	
117	FEYROT, <i>Thèse d'agrég.</i> 1880, p. 288, n° 126.	H. 38.	18 mois.	?	Epanchement séreux dans le péritoine.	13 jours.	Généralisation du cancer.	Noyaux cancéreux dans le péritoine, l'intestin, le poumon et le foie.	Cancer du rectum de 8 à 10 cent. de hauteur, à 5 ou 6 cent. de l'anus.
118	LAWSON, <i>Med. Times et Gaz.</i> 1879, t. 2, p. 135.	F. 27.	17 mois.	?	Pas.	?	En bon état 13 jours après l'opération.		Cancer recto-vaginal avec perforation de la cloison, guérison rapide.
119	MAUNDER, <i>Med. Times and Gaz.</i> 1869, t. 1, p. 165.	F. 50.	?	Plusieurs jours.	Pas.	quelques semaines.	Epuisement.		Fistule vésico-intestinale antérieure à l'opération.
120	HARRISON, <i>Lancet</i> . 1878, t. 1, p. 645.	H. 53.	10 mois.	?	Pas.	6 semaines.	Progrès du cancer.	Cancer recto-vésical. Rien dans les autres viscères.	Fistule recto-vésicale antérieure à l'opération.
121	HOWE, <i>New-York med. journ.</i> 1879, t. 29, p. 385.	F. 58.	?	15 jours.	Pas.	?	Encore en vie un mois après.		
122	MORRÈS, <i>Brit. med. journ.</i> 1879, t. 1, p. 814.	H. 59.	2 ou 3 mois.	?	Abcès entre la vessie et le rectum, 1 mois après.	3 mois 1/2.	Epuisement par l'abcès.	Pas de cancer secondaire dans viscères.	
123	WALTER, <i>Brit. med. journ.</i> 1879, t. 1, p. 812.	F. 61.	?	?	Hémorragie en nappe.	?	En vie 5 mois après l'opération.		La malade était hémophile. Le mal fait des progrès rapides.
124	MORRÈS, <i>Id.</i> p. 814.	H. 44.	2 ans 1/2.	Plusieurs jours.	Urétrite.	?	En vie 8 mois après.		
125	<i>Id.</i>	F. 43.	?	?	Pas.	?	En vie 3 ans après.		L'épithélioma suit sa marche.
126	MAUNDER, <i>Med. Times and Gaz.</i> 1869, t. 1, p. 165.	F. 68.	?	10 ou 12 jours.	Pas.	?	En bonne santé 12 mois après.		

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
PONCET (de Lyon). <i>Observ. inédite.</i>	H.	2 ans 1/2.	32 jours.		1 an.	Hémorragie cérébrale.		Un mois avant la mort, la tumeur avait à peine augmenté de volume, et ne provoquait aucune douleur; l'état général était de tous points excellent.
J. BECKEL. <i>Observ. inédite.</i>	F. 30 ans.	6 mois.	15 jours.		8 mois.	Cachexie.		La malade était enceinte de 4 mois au moment de l'opération: accouchement provoqué vers 8 mois.
EUG. BECKEL.	H. 38 ans.	?	?	Hémorragie d'une petite artère musculaire.	7 jours.	Hémorrhagie.		
EUG. BECKEL.	H. 37 ans.	?	?		4 jours.	Péritonite.	Péritoine parsemé de granulations cancéreuses.	
BRYANT. <i>Lancet</i> , 30 septemb. 1882.	H. 45 ans.	4 mois au moins.	?	Continuation des douleurs rectales; émissions abondantes de pus par l'anus.	3 mois 1/2.	Épuisement.		
LAWSON, <i>Middlesex Hospital</i> . (<i>Lancet</i> , 3 janvier 1880).	F. 26 ans.	7 mois.	?	Douleurs vives pendant 2 ou 3 jours.	1 mois 1/2.	Généralisation.	Noyaux dans les poumons.	Soulagement notable.
<i>Id. ibid.</i>	F. 31 ans.	5 mois.	?	»	»	»	»	Perdue de vue après 1 mois 1/2, mais en excellente santé.
W. CANT. <i>Lincoln County Hospital</i> . (<i>Lancet</i> , 17 juillet 1880).	F.	Plus d'un an.	?	»	»	»	»	Revue 6 mois après, en bon état, bien que la lésion ait gagné du terrain.
BARKER. (<i>Lancet</i> , 24 février et 3 mars 1883).	F. 45 ans.	1 an.	?	»	»	»	»	Sort au bout d'un mois, perdue de vue.
<i>Id. ibid.</i>	H. 67 ans.	Près de 2 ans.	?	»	»	»	»	Revue après 6 mois, en très bon état.
<i>Id. ibid.</i>	H. 69 ans.	18 mois.	?	»	5 mois.	Bronchite accidentelle.	»	Rendu à la santé par l'opération.
<i>Id. ibid.</i>	H. 34 ans.	5 mois.	?	»	5 mois.	Généralisation.	»	Soulagement considérable pendant 4 mois.
<i>Id. ibid.</i>	F. 62 ans.	2 ans.	?	Déchirure du péritoine dans l'opération, sans accidents consécutifs.	»	»	»	Revue après 6 mois 1/2, en très bon état.

0 1 2 3 4 5 (cm)

Gastro-entérotomie

pour Cancer du Rectum.

N°	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
1	LANNELONGUE, in thèse de Charpentier, 1870, n° 72.	H. 59.				quelques heures.			
2	GUNTHER, t. 4, 15, p. 15. Obs. 4.	H. 30.			Péritonite généralisée.	Id.	Accident.		
3	RICHET, Thèse de Richard, 1875.	H. 61.			Érysipèle.	?			
4	VELPEAU, Gaz. Méd. de Paris, 1839, p. 658.	F. âgée.	?			2 jours.	Péritonite avant l'opération.		
5	BUSCH, cité par Erckelens, Bonn, 1876, § 12, p. 1 (1).	F. 46.	10 mois.		Abscès de la paroi abdominale au 4 ^e jour.	7 mois.	Épuisement.	Cancer du rectum et des deux ovaires, du foie, du poumon, des ganglions du mésentère et du médiastin.	Accroissement rapide du cancer.
6	RICHET, Thèse de Richard, p. 39.	F. 27.				1 an.			
7	BUSCH, cité par Erckelens, § 17, p. 2.	H. 34.	2 ans.			2 ans et 5 mois.	Cachexie.		Dans les derniers temps, hydropisie.
8	RICHET, Thèse de Richard, p. 42.	H. 65.				2 mois et plus.			Perdu de vue au bout de deux mois.
9	RICHET, in thèse de Richard, p. 44.	H. 34.				?			Indiqué comme guéri.
10	GLASER, Archives de Langenbeck, 1868, t. 9, p. 579.	F. 28.	?		19 jours après, phlegmon au voisinage de la plaie.	?			Id.
11	PAGENSTEKER, id., 1862, t. 2, p. 321.	F. 50.	?	?		15 mois et plus.			Guérison constatée 15 mois après. Peu de changement de la tumeur.
12	JANNY, Wiener med. Presse, 1880, col. 185, n° 6.	H. 45.	2 ans.	3 semaines.	Pas.	?	En bon état 56 jours après l'opération.		
13	LABBÉ, Gaz. hebdom., 1880, n° 23, p. 369.	H. 53.	5 (cm)	?	Pas.	2 mois.	Cachexie cancéreuse.	Pas.	Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum à 2 reprises différentes. Entérotomie 8 mois après la dernière.

0 1 2 3 4 5 (cm)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE ET AGE	DURÉE DU MAL	OBSTRUCTION	ACCIDENTS APRÈS L'OPÉRATION	SURVIE	CAUSES DE LA MORT	AUTOPSIE	REMARQUES
SEXTORPH (de Copenhague), (Observ. inédite).	H. 78.	1 an 1/2.			24 heures.			Sort un mois après l'opération, amélioré.
DUDON (de Bordeaux), (inédite).	F. 50.	?	1 mois.		?	Obstruction invincible, par suite de la dureté des matières, et épuisement par défaut d'alimentation.		
HEEVES, British Med. Journ., 17 juin 1882.	F.							Guérison.
Id. Ibid.								Guérison.
Id. Ibid.	F. 50.				36 heures.			Guérison.
LANNELONGUE (de Bordeaux), (inédite).	F. 35.	?	?	L'abdomen ouvert, on trouve deux kystes de l'ovaire qui sont enlevés, avant d'aller à la recherche du colon.		Collapsus.		
BERGER (Obs. inédite).	F. 69.	2 ans.	15 jours.					Guérison.
Id.	F. 62.	18 mois.	1 mois environ.		36 heures.	?		

RÉSULTATS DE LA COLOTOMIE LOMBAIRE

Total des cas : 139.

Dans 8 cas, le résultat n'est pas indiqué.

Restent 131 cas.

Sur ces 131 cas, 54 ont succombé avant 2 mois (38,85 0/0).

La survie a été constatée après 2 mois et
avant un an. 63 fois (45,32 0/0).
— de 1 an à 1 an 1/2. 5 fois (3,59 0/0).
— de 1 an 1/2 à 2 ans. 3 fois (2,15 0/0).
Au-delà de 2 ans. 6 fois (4,30 0/0).

Il va sans dire que dans un certain nombre de cas où la durée de la survie n'est pas indiquée d'une façon absolument précise, les malades ont pu se bien porter un certain temps encore après la constatation de la survie.

Causes de la mort.

79 fois la cause de mort a été indiquée d'une façon positive. Ces 79 cas se répartissent ainsi :

Mort par causes étrangères à l'opération et à l'affection cancéreuse :

Hémorragie cérébrale.	1	} Total 6.
Bronchite.	2	
Anasarque.	1	
Pleuro-pneumonie.	1	
Pyohémie (causée par un cathétérisme.	1	

Restent 73 cas, ainsi répartis :

Épuisement.....	27	soit	19,42 0/0
Péritonite aiguë.....	11		7,91 0/0
Progrès du cancer.....	9		6,47 0/0
Cachexie.....	10		7,19 0/0
Généralisation.....	4		2,88 0/0
Hémorragie opératoire.....	1	}	7,19 0/00
Collapsus.....	1		
Phlegmon péri-vésical.....	1		
Abcès péri-rectal.....	1		
Urémie (compression de l'urèthre par le cancer).....	1		
Récidive dans le poumon.....	1		
Hémorragie rectale (non opératoire)	1		
Péritonite chronique.....	3	soit	2,15 0/0
Phtisie.....	2		1,44 0/0

Circonstances qui ont amené la mort par péritonite.

J'ai négligé les 3 cas de péritonite chronique, dans lesquels la péritonite *semble* indiquée comme étant de nature cancéreuse.

11 cas de péritonite aiguë :

Sur ces 11 cas, il y en a 4 dont les causes ne sont pas indiquées.

Restent 7.

Péritonite indiquée comme existant avant l'opération. 2

Lésions du péritoine dans l'opération.....	3 — 2,16 0/0
Rupture de l'intestin.....	1
Perforation intestinale siégeant au-dessus du rétrécissement.....	1

Si l'on recherche, dans les 79 cas pour lesquels la cause de la mort a été constatée, l'âge de la lésion au moment de l'opération, on trouve que :

Dans 15 de ces cas, l'âge n'est pas indiqué.

Restent 64 cas.

Cas dans lesquels la lésion remonte :

A moins de 2 mois.....	0
— de 2 à 4 mois.....	2
— de 4 à 6 mois.....	5
— de 6 mois à 1 an.....	18
— à 1 an.....	6
— de 1 an à 2 ans.....	7
— de 2 à 3 ans.....	13
— à 3 ans et plus.....	13
	64

Gastro-entérotomie.

Nombre total des cas : 20

7 fois, la durée de la survie n'est pas indiquée :

Les 13 autres cas se divisent comme suit :

Survie de moins de 2 mois 6..... 30 0/0

Survie constatée entre 2 mois et 1 an.	5....	25 0/0
Survie constatée entre 1 an et 1 an 1/2.	1....	5 0/0
Survie au-delà de 2 ans.....	1....	5 0/0

Causes de la mort.

Les causes de la mort sont indiquées dans 7 cas :

Cachexie.....	2.....	10 0/0
Péritonite.....	1.....	5 0/0
Epuisement.....	1.....	5 0/0
Collapsus	1.....	5 0/0
Obstruction persistante par suite de	} 1	
la consistance des matières		
Péritonite antérieure à l'opération ..	1	
La cause de la péritonite n'est pas indiquée.		

Voici l'âge de la lésion dans ces 7 cas :

1° Pour 4 cas, le début de la lésion n'est pas indiquée.

Restent 3 cas.

1 ^{er} cas	10 mois.
2 ^e cas	18 mois.
3 ^e cas	2 ans.

IV

INDICATIONS

Lorsque nous avons examiné les opérations dont la chirurgie dispose contre le cancer du rectum, nous n'avons fait que décrire celles dont on s'est plus particulièrement occupé dans ces dernières années, et signalé en passant les modifications apportées à quelques autres plus anciennes. Il ne s'agissait pas alors de poser leurs indications précises. C'est pour ce dernier chapitre que nous réservions cette étude.

Cependant, si je me suis abstenu de dire à quels cas convenait l'extirpation, la colotomie, la rectotomie, je n'ai pas cru devoir en faire autant pour les autres méthodes beaucoup moins importantes, telles que la cautérisation, le raclage, la dilatation, et j'ai conclu avec les rares documents que j'avais sur ces différentes questions, et la dernière discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, au peu de valeur de ces procédés.

C'est donc aux opérations destinées soit à supprimer la tumeur, soit à détruire ses complications graves, que je dois consacrer les dernières pages de cette thèse.

Lorsque, en 1838, Amussat fut appelé auprès de Broussais tourmenté depuis plusieurs mois par des difficultés de la digestion et des douleurs vives, il reconnut l'existence d'une large plaque cancéreuse qui occupait la partie antérieure du rectum et provoquait des douleurs vésicales.

Trois mois plus tard, le mal avait fait des progrès rapides, et ce fut alors que la dilatation et les cautérisations surtout qui furent tour à tour essayées, loin d'arrêter la maladie, contribuèrent probablement à accélérer sa marche. L'illustre malade, en proie aux plus vives douleurs, répétait : « Tout est dans le rectum. » Puis, à bout de forces, il mourut, laissant à ses chirurgiens l'amer regret de ne l'avoir pas au moins soulagé.

Faut-il établir une liaison entre la date de sa mort et celle où parurent les premières observations d'Amussat sur la colotomie lombaire? Il est au moins permis de le penser. La voie était dès lors ouverte à l'étude du traitement palliatif du cancer du rectum et, depuis 1839, les travaux se sont multipliés sur cette question importante.

Personne aujourd'hui ne rejette absolument le traitement palliatif ou le traitement curatif. Beaucoup de chirurgiens admettent l'un et l'autre, en discutant les vraies indications qui leur conviennent. Il en est enfin quelques-uns, comme le fait remarquer M. le professeur Trélat qui, découragés, abandonnent absolument le cancer à sa marche envahissante.

Il est donc intéressant de rechercher dans les recueils parus depuis quelques années ces diverses opinions et de les rapprocher.

Pour ce qui concerne l'extirpation, nous voyons déjà en 1843 (*Dict. en 30 vol.*), Laugier examiner avec soin la question du traitement radical et conclure que l'ablation de semblables tumeurs constitue une opération grave, et qu'il ne faut opérer que dans les cas où la région anale est atteinte;

les tumeurs qui ont envahi le tissu cellulaire ou une trop longue étendue du rectum étant absolument inopérables. Ces idées représentaient en somme la pensée de Lisfranc, et bientôt nous verrons que la plupart des auteurs les admettent complètement.

Curling (*Lancet*, 1858, t. I, p. 361), en publiant dans la *Lancet* de 1858 des observations où l'étendue du néoplasme avait été pour lui une contre-indication à toute opération, conclut également en disant que l'extirpation, quand le cancer est haut, est une mauvaise opération, tandis qu'elle est la meilleure de toutes lorsque la tumeur ne remonte pas beaucoup au-dessus de l'anus.

Cette opinion de Curling sur l'extirpation a été celle de bien d'autres auteurs encore. Schuh (*Wien. méd. Wochensch.*, 1861, p. 241) distingue, en effet, l'épithélioma des cancers fibreux et établit de la façon la plus nette que les premiers, quand ils sont bien limités et occupent l'extrémité inférieure de l'intestin, sont les seuls qui puissent donner de bons résultats à la chirurgie active. Les autres, fussent-ils dans les meilleures conditions en apparence, ont toujours des limites profondes beaucoup moins restreintes et peuvent avoir déjà produit des désordres dans les organes profonds.

Limiter ainsi le champ de l'extirpation est la tendance actuelle, bien évidente, de la plupart des opérateurs. Les cancers qui déjà, franchissant les limites occupées par les parois du rectum, envahissent soit l'urèthre, soit la vessie ou les organes génitaux chez la femme, sont des tumeurs inopérables. Cependant, quelques-uns ne partagent pas

cette manière de voir et c'est probablement en s'appuyant sur des cas heureux, qu'ils préconisent l'opération large, étendue, dût-elle intéresser dans la section des organes aussi importants que la vessie. Nusbaum a soutenu cette pratique dans des conclusions qui ne laissent aucun doute (1863). Pour lui, non-seulement les tumeurs limitées, franchissables par le doigt et mobiles, sont opérables, mais aussi celles qui ont envahi la vessie dans une petite étendue. Il n'y a d'inopérables que celles qui, s'étant tellement étendues en hauteur ou en épaisseur, ne permettent pas d'espérer une opération complète ou font prévoir à l'opérateur la nécessité de faire subir à la vessie une large perte de substance. Les petites plaies de cet organe ne sont pas à craindre, car elles guériront encore facilement.

Dans deux cas où Demarquay entreprit l'extirpation, paraît-il, sans être absolument fixé sur les limites précises de la tumeur maligne, il dut enlever une fois la partie postérieure de la prostate, une autre fois la prostate entière, la région membraneuse de l'urèthre, les vésicules séminales et le bas-fond de la vessie (*Gaz. méd.*, 1873). Le premier malade resta guéri deux ans, le second mourut de pyohémie. Ces résultats laissent à réfléchir; mais, se plaçant à un tout autre point de vue, le chirurgien se posa ensuite la question de savoir si, même de propos délibéré, de semblables opérations ne pourraient être pratiquées, les fistules recto-vésicales s'offrant toujours sans accidents du côté du rectum. D'après cet auteur, il faudrait seulement que l'ouverture fût assez petite et assez bien disposée

pour que les matières fécales n'aient pas accès dans la vessie.

On peut s'étonner, à bon droit, de rencontrer pour un jugement aussi grave que celui qui porte sur de pareilles questions, des considérations aussi restreintes. La première chose qui doit être examinée n'est pas le résultat fonctionnel probable après la guérison, mais la vie même du sujet, les chances qu'il a d'arriver à la guérison.

Les statistiques donnent toutes des chiffres assez probants, établissent d'une façon trop certaine les pauvres résultats de l'extirpation, pour qu'on veuille encore engager la chirurgie dans une voie d'aventures. Aussi, l'avis des chirurgiens anglais et américains qui, en présence de la mortalité de 30 p. 100, soutiennent encore que l'extirpation du cancer ano-rectal doit être faite dans le but de soulager les malades, dût-on n'enlever qu'une partie du mal, est-il plus soutenable que celui qui réclame l'opération large même aux dépens des organes importants (*Philadelphia méd. and surgical reports*, 1877). On peut, en effet, considérer l'extirpation comme une opération palliative et aller jusqu'à défendre l'opération incomplète qui ne cherche qu'à supprimer un obstacle ou à calmer des douleurs ; mais en présence de la grande mortalité qui invariablement est écrite à côté des statistiques, plaider la cause des opérations dangereuses, difficiles, ne peut être qu'une témérité blâmable.

M. Agnew (*Principles and Practice of Surgery*, Philadelphia, 1878) soutient aussi l'extirpation dans de justes limites et veut que la main du chirurgien s'arrête soit en

présence de complications locales sérieuses ou d'un état général mauvais.

Cripps (*British méd. journal*, 1879) n'a pas d'autres opinion que celle d'Agnew, et quand il insiste pour qu'on s'abstienne de faire des sutures ou des pansements compliqués autour de la plaie, il paraît avoir vu la question telle qu'elle doit être considérée, sans idée préconçue, sans toutes les recherches qui, au lieu de conduire au succès, préparent quelquefois des revers. Le rétrécissement paraît, en effet, moins fréquent qu'on ne l'avait supposé autrefois, et les sutures, outre qu'elles paraissent difficiles à placer dans certains cas, exposent certainement à des rétentions de liquide qui, dans la région pelvienne, peuvent occasionner rapidement les plus graves accidents.

Bien d'autres, avec Cripps, se sont occupés non-seulement des soins particuliers à apporter dans la surveillance de la plaie, mais encore de prévoir et d'éviter les dangers que l'opération peut entraîner après elle, soit immédiatement, soit plus tard. C. Kelsey (*Surgeon to the infirmary for diseases of the rectum*. — New-York. — *New-York méd. journ.* 1880), passant en revue les cas d'excision du rectum, reconnaît, en principe, que la mortalité est représentée par le chiffre imposant (32), mais que, malgré lui, l'extirpation a une valeur incontestable, puisque la survie a été souvent assez longue et que plusieurs malades ont guéri définitivement. Mais l'analyse de ces observations témoigne du danger qu'il y a à poursuivre, par la dissection, des tumeurs trop élevées ou trop étendues, et de l'imprudence qu'auraient les chirurgiens à toucher au péritoine. Quand

on ouvre le péritoine, la mort est presque certaine, en vertu d'une prédisposition fatale que présente la séreuse à s'enflammer dans la région pelvienne.

Mais déjà, sans poser des conclusions que nous serons obligé d'accepter bientôt, nous pouvons signaler, à côté des opinions qui regardent l'ouverture du péritoine comme peu dangereuse, les affirmations de bien d'autres chirurgiens (Smith, *Lancet* 1881, t. II, p. 502) qui regardent ce genre de plaie comme extrêmement grave, et pour notre part, nous n'oserions adopter l'avis d'E. Boeckel, qui ne croit pas devoir reculer devant une extirpation large et complète, dût-on ouvrir le péritoine.

Certes, je crois à la méthode antiseptique, et dans une autre thèse, il y a quatre ans, j'ai fait à cet égard une profession de foi qui ne laisse aucun doute sur ma conviction; mais j'adopte ici pleinement la manière de voir de Kelsey et je ne voudrais jamais, dans les extirpations du rectum, ouvrir de propos délibéré la séreuse abdominale, quand surtout il est si difficile d'appliquer dans toute leur rigueur les principes de la méthode antiseptique.

Pourquoi, du reste, s'appuyer pour conclure sur des exceptions qui ne prouvent rien et ne nous montrent qu'une chose, la hardiesse de certains opérateurs? Voici, par exemple, Koenig (de Göttingue) qui non-seulement ouvre le péritoine, mais encore va, au-dessus du cancer, couper le rectum entre deux ligatures, pour l'abaisser ensuite et suturer la partie saine avec la peau. Il se produit dans le tissu cellulaire du bassin un vaste abcès stercoral. Le malade meurt. L'autopsie ayant démontré qu'il n'y a pas

eu de péritonite, l'auteur de cette observation s'appuie sur ce résultat pour recommander l'opération à la fois intra et extra-péritonéale, l'avenir devant indiquer dans quels cas il faut choisir ce procédé ou au contraire le rejeter pour un autre.

Sans rien préjuger, on prévoit facilement quel sera l'avenir d'une semblable pratique. Quelques chirurgiens très-habiles et très-heureux auront des succès, à côté de revers qu'ils auraient dû éviter, et le plus grand nombre des opérateurs qui, sur la foi des maîtres, se seront lancés dans des opérations téméraires, fournira à la statistique des chiffres déplorables qui jetteront de nouveau un discrédit absolu sur l'opération radicale.

Malgré les précautions antiseptiques les plus minutieuses, malgré les injections continues de solutions salicylées conseillées par Wolkmann et Bardenheuer pour prévenir la péritonite dans les cas où le péritoine a été ouvert dans les ablations de cancers étendus, les résultats seront mauvais, les malades mourront souvent de péritonite.

Sans contester le mérite très considérable du mémoire publié par le professeur Holmer de Copenhague, cité par de nombreuses observations dans nos tableaux, nous ne pouvons admettre qu'un avenir quelconque soit réservé aux opérations accompagnées de l'ouverture du péritoine. L'avis opposé réunit autour de lui la plupart des chirurgiens, surtout de ceux qui après une longue carrière sont arrivés à se faire une opinion qui ne paraît nullement basée sur l'analyse des faits publiés, mais sur cette expé-

rience sûre d'une pratique judicieuse, éclairée par le savoir et l'étude.

Je ne peux terminer ce rapide aperçu des travaux que j'ai pu consulter, sans retracer textuellement le jugement porté sur l'opération radicale par un homme d'une grande valeur, bien connu chez nous par ses travaux et ses sympathies pour la science française, M. le professeur Saxtorph de Copenhague. Il nous écrivait à la date du 2 mai 1882 :

« A mon âge, on est trop pessimiste à l'égard des maladies cancéreuses pour faire de larges extirpations qui ordinairement ne conduisent à rien, excepté à la mort dans un bref délai.

« Certainement, j'ai fait comme tout le monde l'ablation de petites tumeurs cancéreuses près de l'anus, mais jamais je n'ai voulu pratiquer ces grandes opérations qui enlèvent le rectum en totalité et je l'ai toujours refusé aux malades. »

D'autres, en grand nombre, ont retiré de leur expérience personnelle une opinion qui ne s'écarte pas de celle-ci, bien nette, bien précise dans ses affirmations, et j'ajouterai bien importante, quand elle est formulée par un chirurgien qui a accepté toutes les hardiesses de la chirurgie nouvelle quand elles étaient légitimes.

M. le professeur Trélat, rappelant 7 cas où il pratiqua l'extirpation, fait remarquer qu'il a constamment obtenu de mauvais résultats. Trois malades furent rapidement perdus de vue, peut-être sont-ils morts. Un autre périt misérablement après plusieurs mois de suppuration, un cinquième après une toute petite opération succomba à des accidents de cellulite pelvienne. Quant aux deux

derniers, ils présentèrent ceci de remarquable, que le premier qui n'avait selon toute apparence qu'une petite tumeur limitée, dut être soumis à une très-large dissection, tant la tumeur avait poussé des racines profondes (il mourut peu de temps après de récurrence, opéré une deuxième fois), et que le second guérit très-bien de la petite opération qui lui avait été faite, mais eut peu de temps après un ganglion inguinal qui depuis a présenté un accroissement considérable.

M. le professeur Denucé, M. le professeur Lanelongue de Bordeaux, et d'une façon générale tous les chirurgiens de cette ville, adoptent de préférence les opérations palliatives, après avoir donné cependant à l'extirpation la place restreinte qui lui appartient. Ces tendances se sont particulièrement montrées dans une discussion qui eut lieu il y a peu de temps, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, et à laquelle prirent part spécialement MM. Poinot et Dudon.

Après avoir parcouru les observations publiées par les chirurgiens étrangers, et groupé les conclusions qu'ils donnent à la suite de ces observations, on peut facilement voir que leurs avis sont partagés sur la manière dont ils comprennent l'extirpation, l'opération radicale. Tous ou à peu près admettent qu'on doit, qu'on peut opérer les cancers du rectum; mais tandis que les uns préconisent les ablations larges jusqu'aux organes voisins qui pourraient être compris dans le néoplasme et même l'ouverture du péritoine, les autres au contraire, de beaucoup les plus nombreux, s'arrêtent à l'extirpation limitée, réglée, telle

que Lisfranc l'avait proposée, telle qu'après lui les chirurgiens français l'ont admise. M. Marchand, résumant la pratique française dans sa thèse déjà citée, dit que l'extirpation est une opération très-acceptable dont les résultats ne sont pas plus mauvais que pour les autres cancers, et pour lui, se servir de la rapidité des récidives pour combattre l'opération radicale c'est adresser une objection fondamentale non-seulement au cancer du rectum, mais encore à toutes les autres manifestations de cette maladie qu'on ne craint pourtant pas de soumettre à des ablations larges et radicales.

Il est difficile de ne pas admettre la justesse de ce raisonnement. Mais, dira-t-on, puisque le cancer du rectum récidive très-rapidement, que la guérison ne peut être obtenue, pourquoi soumettre le patient à une opération inutile? A cela il faut répondre que d'abord certains opérés ont guéri; Kelsey en cite quelques cas, nous en avons rapporté nous-même des exemples. Ensuite, parmi ceux qui n'ont pas guéri, il en est qui ont pu subir deux et même trois opérations à d'assez longs intervalles et qui, par le fait même de l'intervention chirurgicale, ont vu leur vie prolongée. Pour s'en convaincre il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur le résumé statistique placé immédiatement après les tableaux où se trouvent 149 observations d'extirpation. Dix opérés ont vécu plus de 4 ans, neuf plus de 2 ans.

Peut-être faudrait-il mieux étudier quelles formes de cancer donnent les récidives rapides et par conséquent sont moins aptes que d'autres à bénéficier de l'extirpation;

mais c'est là un point de la question qui reste encore tout à fait obscur. Il semble même que peu de progrès sera fait dans cette voie.

Il est parmi les considérations qui accompagnent cette question, du traitement du cancer du rectum, deux circonstances qui semblent entrer pour beaucoup dans les mauvais résultats obtenus jusqu'à présent. Déjà, en lisant une note de M. E. Boeckel sur l'extirpation, nous avons été frappé d'un fait évident qui ne lui avait pas échappé et sur lequel il insiste à juste raison : on opère trop tard. En lisant ensuite les observations consignées dans cette thèse et les chiffres qui représentent la mortalité à la suite de l'opération, nous avons vu que la péritonite, la cellulite, la pyohémie, la phlébite, l'épuisement, l'hémorrhagie, l'embolie pulmonaire, l'obstruction par rétrécissement situé plus haut que le champ opératoire, le collapsus enfin, tous accidents absolument imputables à l'opération elle-même, donnaient une mortalité de 24,16 pour 100. Or, on comprend difficilement un aussi mauvais résultat, quand on sait que les chirurgiens, pour opérer, se servent aujourd'hui d'instruments qui ménagent le sang des malades et préviennent en partie les inflammations graves qui peuvent survenir après les opérations. Mais en voyant la péritonite inscrite 16 fois parmi les 36 cas de mort, en voyant que les sujets ont succombé à l'épuisement, on ne peut méconnaître l'influence de l'époque avancée à laquelle l'opération a été pratiquée.

Il est évident en effet que plus la maladie aura fait des

progrès, plus la santé générale sera affaiblie, plus l'opération sera pénible, dangereuse.

En présentant ce que nous avons à dire de l'extirpation, nous ne pouvons passer sous silence la question des extirpations incomplètes que quelques chirurgiens étrangers ont admises. D'après eux, elle serait indiquée par les douleurs vives qui accompagnent la défécation, quand d'autre part, on ne peut songer, à cause de l'étendue du mal, à l'extirper tout à fait. Il semble en effet que ces douleurs vives résident dans le sphincter contracturé et plus ou moins envahi par le néoplasme.

Tout nous manque pour juger cette opération qui est en somme une sorte de rectotomie, et doit être rangée parmi les opérations palliatives.

Je ne peux mieux faire que reproduire les deux observations que M. le Dr Delens a bien voulu me communiquer.

Dr DELENS.

Épithélioma du rectum et de l'anus. — Ablation de la portion anale. — Cessation des douleurs. — (Obs. inédite).

Gadroy, Louis, âgé de 52 ans, journalier, entré à l'hôpital Tenon le 20 mai 1880, a été couché au n° 21 de la salle Saint-Michel.

Ce malade, atteint d'un épithélioma de la partie inférieure du rectum et de l'anus, éprouvait des douleurs entièrement vives, surtout occasionnées par la défécation.

Les limites du mal remontant au-dessus des points accessibles pour une ablation complète, le 24 mai une ablation partielle fut pratiquée. Elle fut faite à l'aide du bistouri, du thermo-cautère et de

l'écraseur combinés et porta seulement sur la portion sous-sphinctérienne du néoplasme. Les suites de l'ablation furent favorables; les douleurs causées par la défécation disparurent. Mais la marche de l'affection ne fut pas sensiblement entravée et l'opéré succomba huit mois après, en janvier 1881, aux progrès de son mal.

Épithélioma du rectum et de l'anus. — Ablation de la portion anale. — Phlébite des veines du bassin et de la veine porte. — Mort.

Regnard (Louis), âgé de 48 ans, couvreur, demeurant boulevard de Belleville, 84, est entré à l'hôpital Tenon, le 11 mai 1880, pour un épithélioma de la partie inférieure du rectum, pour lequel il était entré une première fois dans le service. Dès cette époque l'ablation complète du mal avait été reconnue impossible et aucune opération n'avait été pratiquée.

Par suite de l'envahissement de la région anale, les douleurs étant devenues intolérables, le 19 mai 1880, une ablation partielle fut tentée.

Toute la portion sphinctérienne du mal fut enlevée à l'aide du bistouri, du thermo-cautère et de l'écraseur combinés.

Il se développa rapidement un phlegmon du scrotum de mauvaise nature avec phlébite des veines du bassin et de la veine porte et l'opéré succomba le 26 mai.

Quel sera, l'opération radicale étant admise, le procédé que nous emploierions? Ici, plus que partout ailleurs, nous nous trouvons arrêtés. Nos chiffres pris sur les 149 observations consignées dans les tableaux nous donnent :

Pour le bistouri associé à l'écraseur.	75 p. 100	guérisons.
Pour le galvano-cautère	71 p. 100	—
Pour les cas dans lesquels le procédé opératoire n'est pas indiqué.	64,4 p. 100	—

C'est-à-dire qu'on peut guérir avec n'importe quel procédé, pourvu qu'il soit sagement, habilement employé.

J'ajouterai cependant que ces chiffres n'indiquent pas grand'chose, la majeure partie des observations contenant trop peu de détails circonstanciés.

En admettant que l'instrument importe peu, il n'en est pas de même du procédé, c'est-à-dire des règles à suivre, et pour ne pas prolonger davantage cette discussion, nous dirons que de toutes les méthodes celle de M. Verneuil est certainement la meilleure, les lambeaux cutanés triangulaires qu'il trace mettant à l'abri des rétrécissements consécutifs en faisant une sorte d'autoplastie préventive, et permettant de dépasser très-largement la zone malade en rendant la dissection facile. Nous acceptons donc l'extirpation comme un bon moyen de soulager ou de guérir les malades affectés de cancer du rectum, mais nous l'admettons dans des limites restreintes, plus restreintes même que la plupart des auteurs que nous avons cités, bien sûr qu'en agissant ainsi, nous nous rapprocherons mieux de la vérité. Aussi reproduirons-nous ici les paroles par lesquelles M. le professeur Trélat terminait la leçon clinique qui nous paraît résumer absolument les plus justes idées sur la question qui nous occupe.

« Il faut respecter les cancers du rectum qui ne causent pas d'accidents. Si vous y touchez, les uns meurent, et les autres ne guérissent pas.

« Il faut extirper les cancers très limités de l'extrémité du rectum ou de la marge de l'anus.

« En face du cancer du rectum, il faut traiter les accidents et s'en tenir aux opérations palliatives.

Il est toutefois des circonstances où le chirurgien peut

avoir la main forcée par les patients, soit que ceux-ci veulent tenter la guérison, soit qu'ils souffrent et aient des phénomènes d'obstruction avec un cancer même limité. Dans ces cas, il nous semble que l'extirpation devient une opération très légitime.

Un dernier point me reste non pas à traiter, mais à signaler : la conduite à tenir chez la femme pendant la gestation. A ce cas particulier s'appliquent absolument les conclusions que nous avons données il n'y a qu'un instant. Il n'y aurait probablement pas de danger à extirper une petite tumeur très-limitée de la région anale, mais il serait coupable de pratiquer des opérations plus graves. Si nous n'avons pas de faits qui nous permettent d'étudier davantage ce côté particulier de la question, nous avons au moins à citer ce qu'en disait, il y a peu de temps, M. le professeur Trélat à l'hôpital Necker, avant d'opérer une jeune femme de 27 ans, atteinte de cancer du rectum facilement franchissable avec le doigt, mais formant déjà dans l'extrémité du rectum un anneau circulaire assez élevé.

« Ici, Messieurs, les lésions ne sont pas encore assez étendues pour amener la cachexie, mais en vertu des faits que j'ai vus, de l'expérience que j'ai acquise, et de la conviction à laquelle je suis arrivé, je vais pratiquer sur cette femme une opération qui respectera son cancer, et cela pour deux raisons : Elle est enceinte, il existe un noyau de propagation morbide dans le voisinage de la tumeur.

« Que produirait une opération radicale ? Elle amènerait probablement l'avortement et peut-être la mort, et dans

tous les cas la guérison demanderait pour être complète une période d'au moins trois mois durant lesquels l'avortement pourrait encore se produire, et la malade ne serait pas à l'abri des diverses complications qui, pendant la cicatrisation des vastes plaies, compromettent souvent la vie des opérés.

« Rejetant l'opération radicale, je vais, par la rectotomie linéaire postérieure, faire cesser tous les accidents qui tourmentent cette femme, et vous la verrez se rétablir promptement ensuite et revenir à la santé. La douleur spontanée cessera en partie, les garde-robes ne seront plus pénibles, et comme la malade ne sait en somme qu'une chose, c'est qu'elle ne peut aller à la selle et que chaque fois elle éprouve d'atroces douleurs, la suppression des douleurs sera la plus grande satisfaction qu'elle puisse obtenir, et désormais la santé générale se ressentira du repos physique et moral où l'opération de la rectotomie l'aura placée.

« Vous verrez alors la grossesse suivre son cours régulier. Malheureusement viendra un jour où la terrible affection dont cette malheureuse femme est atteinte, fera des progrès tels, que la mort arrivera.

« Je ne crois pas, Messieurs, que vous puissiez rencontrer un cas où l'indication d'une opération palliative puisse être plus nette.

De la rectotomie. Tous les chirurgiens cités à propos de l'extirpation des tumeurs du rectum qui soutiennent cette opération, posent en même temps les indications de la

colotomie, qui doit, d'après eux, intervenir dès que le mal est inaccessible, ou trop étendu vers les organes pelviens. Un très-petit nombre parlent de la rectotomie.

Or, entre l'extirpation et cette grave opération qui va à la recherche du côlon pour l'ouvrir et détourner le cours des matières il y a un intermédiaire qui dès 1863 détermina M. le professeur Verneuil à proposer une action toute locale sur le cancer du rectum.

La rectotomie, qu'il a, depuis, modifiée, est en effet toute basée sur deux complications fréquentes et graves du cancer ano-rectal : la douleur et l'obstruction. Le cancer est douloureux parce que les ulcérations souffrent du contact des matières, et surtout parce que le sphincter lui-même est envahi et contracturé par suite d'une action réflexe qui part des ulcérations voisines, comme cela se présente dans la fissure anale. Si par une section large, très-large du néoplasme on arrive à élargir la voie qui donne passage aux matières et en même temps à vaincre le sphincter en le coupant, les complications signalées plus haut disparaîtront et le malade éprouvera le plus grand soulagement.

Mais il faut, pour que cette opération soit praticable, que la tumeur placée assez bas puisse être franchie avec le doigt, c'est-à-dire puisse être facilement soumise à l'action d'un instrument qui la divise sans intéresser le péritoine.

La partie postérieure du rectum, à cause de ses rapports peu importants et de l'élévation du péritoine à cet endroit, est le lieu d'élection pour la rectotomie.

A part les observations publiées par M. le P^r Verneuil

et ses élèves, la question manque de documents nombreux.

Cependant Beane (*American journal* 1878, p. 393) considère la rectotomie comme « l'opération du rétrécissement cancéreux du rectum ». D'après lui, la simple rectotomie linéaire postérieure est indiquée toutes les fois que la douleur affecte la santé générale et compromet le régime régulier des selles. Mais elle n'est possible que dans les cancers limités et que l'on peut facilement atteindre.

Comparant les deux opérations palliatives : la rectotomie et la colotomie, il ne trouve aucune infériorité à celle-là. Bien au contraire, la rectotomie n'a pas les inconvénients de l'anus contre nature qui rend la vie pénible aux patients, et si l'on veut qu'elle donne ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, il faudra désormais la pratiquer non pas *in extremis* chez des sujets fatigués, épuisés par la douleur et les troubles de la digestion, mais bien avant, quand le malade a encore ses forces et ne présente pas un cancer déjà trop étendu.

C'est contre ces cas étendus, difficilement franchissables, que Fochier (de Lyon) a proposé la rectotomie en plusieurs temps ou en étages, qui sectionne d'abord les parties molles situées entre l'anus et le coccyx, en allant aussi haut que possible, puis la partie supérieure de la tumeur devenue plus accessible par le fait de la première incision, jusqu'au moment où la division sera complète.

M. le professeur Verneuil insiste du reste dans ses leçons cliniques sur la possibilité d'arriver assez haut en arrière sans intéresser le péritoine.

Mais il ne faudrait pas trop généraliser ce principe, qui certainement finirait par amener des accidents opératoires. Il est un point de la question où la rectotomie perd du terrain pour le céder à l'anus contre nature. Ce point est parfaitement délimité, comme l'indique Beane, par l'étendue même de la tumeur, qui, lorsqu'elle remonte trop haut, doit être soumise à l'anus contre nature.

Cet auteur (*American Journal*, 1878), à propos d'un cas de rectotomie, dit en propres termes que la rectotomie linéaire est indiquée dans les rétrécissements cancéreux, pourvu que l'obstacle soit situé à deux pouces et jamais à plus de quatre pouces de l'anus, l'incision devant toujours remonter au-dessus de la tumeur. Les difficultés de la défécation existant depuis assez longtemps pour troubler la santé générale sont une indication sûre de l'opération, qui est bien supérieure à la colotomie lombaire et moins dangereuse.

Ces conclusions montrent quelle conviction leur auteur apporte dans la défense de la rectotomie; mais il y a, croyons-nous, erreur à être trop exclusif en comparant sans distinction, l'une à l'autre, les deux opérations palliatives. La colotomie a des indications aussi nettes que la rectotomie.

M. le professeur Trélat, en réservant l'opération radicale pour les tumeurs très-limitées de la région anale, propose la rectotomie dès que le cancer a envahi une certaine étendue du rectum. Il admet qu'une tumeur franchissable avec le doigt doit être soumise à la section linéaire, et il ajoute : « Lorsque le cancer du rectum est assez étendu

pour que le doigt ne puisse pas le franchir, on doit abandonner la rectotomie et créer une voie de dérivation. »

La plus grosse objection que l'on puisse adresser à la rectotomie est de ne pas toujours soulager définitivement et de donner des résultats aussi mauvais que les autres opérations.

Pour répondre à cette objection il faudrait de nombreuses observations bien rédigées et suivies : elles nous manquent, mais nous voyons sur les 21 cas que nous avons en main, 1 mort des suites de l'opération, ce qui donne 4, 76 pour 100. Ce chiffre n'a, je crois, rien d'effrayant, étant donné surtout que plusieurs des sujets ont été opérés dans de mauvaises conditions.

La plupart de nos cas indiquent une amélioration considérable. Deux opérés ont vécu de 6 mois à 1 an, 6 au delà de 1 an, mais pas plus de 18 mois. Il n'y a là rien qui condamne la rectotomie, surtout lorsqu'on réfléchit un instant à ses indications basées sur deux faits : la douleur vive et la difficulté de la défécation, deux complications qui surviennent à une période assez avancée.

Sans doute, la tumeur faisant des progrès après l'opération pourra déterminer à nouveau de la rétention et même des douleurs vives ; mais il n'est pas certain que ces cas se présenteront toujours, et à tout prendre, il nous semble préférable de procéder par la rectotomie qui, bien faite, va procurer au patient un soulagement physique et moral considérable, tandis que la colotomie, pratiquée immédiatement, compromettra d'abord la vie des malades, puis-

qu'elle est plus dangereuse, et détruira en partie au moins les illusions qu'ils pouvaient avoir sur l'avenir.

Si la rectotomie qui est une opération bénigne (Tédenat, *Montpellier médical*, 1881) ne compromet pas la vie des sujets, et les soulage presque certainement, elle doit être pratiquée d'abord, dussions-nous plus tard recourir à la colotomie quand le mal aura fait des progrès.

Dans les deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer, ces temps derniers, dans la pratique de M. Trélat, j'ai toujours vu le soulagement si considérable, la santé dans un cas revenir si bien et permettre à une grossesse de 4 mois de suivre régulièrement son cours, que je ne peux voir dans la rectotomie qu'une excellente opération. Elle intervient utilement toutes les fois que par sa hauteur et son étendue le cancer ne peut être soumis à l'extirpation, qu'il existe même avec un cancer très limité des indurations ganglionnaires inguinales ou iliaques qui font craindre une propagation profonde de l'élément cancéreux vers le système lymphatique et par conséquent l'économie tout entière, enfin elle est encore indiquée dans les cas où l'exploration minutieuse du rectum, de la cloison du vagin, et des autres parties voisines, fait découvrir des petits noyaux disséminés qui, semblables à ceux qu'on trouve quelquefois dans les tumeurs malignes du sein, avertissent que le mal, rapide dans son évolution, est absolument inopérable.

Pratiquée dans de bonnes conditions, c'est-à dire largement, elle mettra au moins pour un temps très long les sujets à l'abri des douleurs et de l'obstruction si pénibles dont ils souffraient précédemment.

Qu'on se rappelle le procédé opératoire préconisé par le maître dont je viens de parler, on verra que le débridement est aussi large que possible. L'incision dépasse jusque sur les côtés du coccyx, s'il est nécessaire, la région ano-rectale; en haut elle franchit largement les limites du néoplasme. Dans de telles limites, il semble difficile que le rétrécissement se produise et que les douleurs redeviennent intolérables.

Dans les deux circonstances que je viens de citer et dont j'ai rapporté plus haut les observations, on pouvait, après la section des tissus, introduire le doigt dans la région opérée et sentir alors le néoplasme coupé sur sa partie postérieure rejeté pour ainsi dire en avant, tandis qu'en arrière il existait une vaste plaie. C'est à l'entretien de cette plaie qu'il faut veiller après l'opération par un pansement bien fait qui ne laisse pas s'accoller les bords opposés.

Il est cependant plusieurs manières de pratiquer la rectotomie. On peut, sous ce titre opératoire, faire subir au néoplasme une perte de substance en pratiquant une double section suivie de l'excision de la partie intermédiaire. On peut enfin réséquer le coccyx et établir une perte de substance telle que la voie reste désormais libre à l'issue des matières.

Charron, dans sa thèse (1882) sur la rectotomie, expose avec netteté les principaux procédés employés. Nous avons dans un chapitre précédent décrit nous-même celui qu'emploie le professeur Trélat. Il semble que toutes les méthodes ont du bon : le thermo-cautère valant le galvano-cautère, l'écraseur ces deux autres instruments.

Le seul instrument qui soit inacceptable est ici le bistouri : on comprend en effet quels seraient les inconvénients d'une pareille opération dirigée avec le seul instrument tranchant. Mais si les avantages ne sont pas tels qu'il y ait nécessité de condamner un procédé à l'avantage de tel autre, nous dirons que celui dont nous avons fait la description plus haut nous semble remplir des conditions de sûreté et de rapidité que n'ont pas tout à fait les autres. En effet, en introduisant le trocart, sa pointe mousse la première de dedans en dehors, on exécute en premier le temps le plus difficile. Le reste n'est plus rien ; un mouvement de propulsion suffit pour faire la transfixion, la ponction des tissus. Si, au contraire, on agit de dehors en dedans, il faut nécessairement introduire la pointe aiguë du trocart la première, et outre que l'opérateur risquera de se blesser en recevant la pointe de l'instrument à l'intérieur du rectum, il aura ensuite quelques difficultés pour la guider jusqu'à l'extérieur en traversant un trajet pénible au milieu des fongosités et des ulcérations qui limitent quelquefois un trajet très étroit.

Ajoutons un dernier mot pour justifier l'opération des griefs formulés contre elle. Jugée mauvaise par quelques chirurgiens qui ont obtenu en passant de mauvais résultats, elle serait facilement abandonnée par plusieurs, trop rapidement séduits en faveur de la colotomie. Cette dernière a aussi ses échecs, ses revers. L'orifice peut se rétrécir (obs. de M. le professeur Poncet), (obs. de M. P. Berger) ; après elle on a vu les douleurs persister, les matières même continuer à suivre en partie leur cours normal ;

ni l'un ni l'autre de ces moyens palliatifs ne constitue une ressource certaine contre les complications du cancer ; mais la simplicité, le peu de danger et l'efficacité bien constatée dans plusieurs cas de la rectotomie suffisent pour la faire accepter parmi nous, surtout quand nous voyons des chirurgiens d'une grande expérience l'adopter dans leur pratique et la proposer chaque jour comme une bonne opération.

Colotomie. — Les considérations qui précèdent, sur l'extirpation et la rectotomie linéaire, indiquent d'avance ce que nous avons à dire de la colotomie. Elle doit être réservée aux cas plus graves, qui rendent impossibles les deux premières opérations.

Les Anglais donnent un rôle plus étendu à cette opération palliative. Bon nombre d'entre eux voudraient que la colotomie fût l'opération du cancer du rectum, c'est-à-dire la seule, ou à peu près, qu'on dirigerait contre lui.

Ils opèrent de bonne heure, avant que la maladie ait fait des progrès sérieux, avant que le sujet soit épuisé, par conséquent ils cherchent à éviter les complications graves qui résultent des altérations viscérales, des propagations morbides vers les organes voisins, mais en revanche, privent les malades du bénéfice moral qu'ils retireraient d'une opération plus simple, moins dangereuse et très efficace : la rectotomie.

A. Bryant (*The practise of Surgery*, 1879), envisageant dans leur ensemble les résultats de la colotomie et ses vraies indications, s'exprime ainsi : « La colotomie soulage

quelquefois à un degré étonnant et toujours d'une façon satisfaisante. Elle prolonge la vie, ajoute à sa tranquillité. On ne saurait guère en dire davantage des autres opérations. Elle ne présente réellement pas les inconvénients que les vieux chirurgiens lui avaient théoriquement reprochés.

« Mais il ne faut point remettre l'opération jusqu'au moment où le malade est épuisé et ne présente que peu de chances de guérison, ou bien jusqu'à celui où le rectum et le gros intestin sont largement atteints ou très enflammés.

« Il faut opérer quand il est évident que le mal a dépassé les limites où un traitement local aurait été efficace, et quand la santé générale commence à décliner.

« Les difficultés de la colotomie ne sont point nombreuses, ses dangers sont restreints. Quand elle *ne réussit pas*, c'est souvent parce qu'on a attendu et que le patient n'avait plus de forces, ou parce qu'il y a eu généralisation du mal dans les viscères abdominaux. Quand elle *réussit le mieux*, elle soulage immédiatement de telle sorte qu'il vaut la peine de vivre. Quand elle *réussit le moins*, elle diminue la douleur et rend tolérables les jours qu'il reste à vivre.

« L'opération est maintenant entrée dans la pratique chirurgicale pour le plus grand bien des malades, quoique dans la majorité des cas on l'applique trop tard pour pouvoir apprécier tout ce qu'elle vaut.

On doit reconnaître la sagesse des conseils donnés par ce chirurgien. Partisan de la colotomie, il la réserve cependant pour les cas qui ne peuvent être soumis à l'extirpation.

Cette manière de voir est celle de bien d'autres qui, dans ces dernières années, sont revenus aux idées anciennes en acceptant l'opération radicale. Pour le constater, il faut se reporter aux mémoires que nous avons précédemment cités à propos de l'extirpation, dans ce dernier chapitre. Rappelons les noms de Holmes (1876) qui préfère l'extirpation à la colotomie dans les cas de cancers limités de l'extrémité inférieure, de Agnew (1878), Kelsey (1880), Cripps (1879), Smith (1881).

Agnew reconnaît l'utilité de la colotomie, mais il établit qu'elle réussit surtout quand le siège de l'obstruction est dans le rectum ou l'S iliaque.

Holmes (Discussion in *Clinical Society of London*, 1873) admet que l'extirpation vaut mieux que la colotomie dans les cas de cancers limités de l'extrémité inférieure et que l'anous anormal ainsi créé est préférable, quand il y a incontinence, à l'anous lombaire.

Laffan (*The Dublin Journal of med. sc.* octobre 1872) nous représente bien l'idée générale qu'il faut avoir de la colotomie, quand il dit qu'elle est indiquée, dans le cancer du rectum, comme moyen de rendre la vie supportable et même de la prolonger en empêchant le contact des matières fécales avec la tumeur rectale.

L'opinion des chirurgiens allemands ne saurait être douteuse : ils pratiquent l'extirpation et nous donnent même des indications que nous ne saurions accepter, tant elles autorisent la témérité et menacent de compromettre les résultats que cette opération sagement dirigée peut fournir entre les mains des chirurgiens prudents. Ils ont

même pour la colotomie une sorte de dédain qui se montre dans leurs écrits et leur fait préférer encore des opérations que nous jugeons en France inutiles et dangereuses.

« Il y a des cas, dit Esmarch, où l'extirpation ne peut être faite et où les symptômes d'obstruction dominent. Dans ces cas, on peut procéder à la colotomie qui, d'après quelques chirurgiens anglais, donnerait d'assez bons résultats. Cependant, dans ces cas d'obstruction, le grattage à la cuiller donne des résultats aussi satisfaisants que la colotomie (*Pitha et Billroth*, 1878) préventive pratiquée en Angleterre par Curling, Ward, Adams, Pemberton » (Esmarch, *Maladies de l'anüs et du rectum*).

Je n'ai pas l'intention de présenter ici quels nombreux défenseurs la colotomie a trouvés à l'étranger, et quels vulgarisateurs elle a eus depuis déjà longtemps. Je me suis contenté de citer en passant les passages qui m'ont frappé dans leurs écrits. Mais le mouvement de retour vers l'opération radicale s'accroît tous les jours. A ceux qui réunissent des observations, de chercher où se trouve la vérité, et d'étudier dans ces changements d'opinion, quelles causes ont pu les produire. Il semble déjà qu'il soit impossible de voir autre chose dans ce double mouvement qui rétablit chez nous la colotomie (L. Labbé) et fait accepter en Angleterre et en Amérique l'extirpation, qu'une période d'état dans laquelle on tend à donner à chacune de ces opérations la place qui lui est due et lui restera probablement dans la pratique chirurgicale. Examinons donc la valeur absolue de la colotomie en nous

plaçant dans les conditions les plus exactes, c'est-à-dire en suivant les résultats statistiques que nous donnent les 139 cas de colotomie lombaire et les 20 cas de gastro-entérotomie que nous avons réunis dans cette thèse.

Les chiffres sur lesquels nous devons appuyer notre opinion sont, nécessairement, défectueux ; un grand nombre des observations sont en effet tellement incomplètes qu'il est presque impossible de faire la part qui revient à l'opération dans la mortalité, ou bien à certains accidents généraux qu'il faudrait connaître pour bien juger des causes étrangères à l'opération qui ont pu faire périr les malades. Tous ces résultats statistiques basés sur des données aussi incertaines ne peuvent donc que nous faire approcher de la vérité.

C'est les yeux fixés sur le résumé statistique que j'ai mis à la suite des tableaux de colotomie, que nous allons tout d'abord essayer de juger l'opération en elle-même, mais j'ajouterai, de la juger à peu près, en la comparant à une autre opération reconnue utile quelquefois, dangereuse souvent, mais qui nous semble cependant légitime : l'extirpation.

Sur 131 cas de colotomie lombaire pour lesquels le résultat est bien indiqué, nous voyons que 54 opérés ont succombé avant 2 mois, — soit (38,85 0/0).

L'extirpation ne nous donne qu'une mortalité de (24,16 0/0).

Que faut-il conclure de cette première comparaison de chiffres ? Les résultats de l'extirpation sont meilleurs, mais pourquoi le sont-ils ? Il serait facile de répondre

qu'en général, à part les cas où quelques chirurgiens opèrent très-vite, la colotomie est faite à une période avancée de la maladie, quand les sujets sont affaiblis, découragés. Mais il vaut mieux donner cette affirmation en regard de certains faits qui s'imposent.

Reportons-nous en effet au tableau qui indique les causes de la mort. Qu'y voyons-nous? 73 opérés sont morts plus ou moins rapidement :

d'épuisement.	(19,42 0/0)
de progrès de la lésion. .	(6,47 0/0)
de cachexie.	(7,19 0/0)
de généralisation.	(2,88 0/0)

Nous pourrions encore rapprocher de ces chiffres ceux qui nous indiquent, l'anasarque, la bronchite, la pleuro-pneumonie, la péritonite chronique (2,15 0/0), divers accidents qui témoignent du mauvais état des sujets au moment où ils furent opérés ou très peu de temps après l'opération.

Or, en rapprochant de ce premier résultat celui que nous ne pouvons oublier parce qu'il est certainement un des plus importants dans l'étude qui nous occupe : le chiffre des sujets morts de péritonite aiguë, nous trouvons 7,91 0/0.

C'est donc bien plus l'état général des opérés, leurs altérations viscérales et l'envahissement de la cavité péritonéale qui doivent être inscrits parmi les causes de la mort, que l'opération elle-même qui, sans doute, est grave, mais n'a, en partie, cette gravité qu'en raison du mauvais état général au milieu duquel on opère.

Il est, du reste, facile de réduire encore la responsabilité de l'opération. Sur 11 morts de péritonite aiguë, il a été constaté que deux fois le péritoine était enflammé avant l'opération, qu'une fois l'intestin s'est rompu, qu'une autre fois il s'est produit une perforation intestinale au-dessus du rétrécissement. Trois fois seulement le péritoine a été blessé dans l'opération (2,15 0/0).

Enfin, pour mieux faire apprécier encore ce qu'il faut penser d'une opération souvent pratiquée au terme de la maladie, il est bon de rappeler ici que le tableau où sont inscrites les dates représentant le début du mal, indique d'une façon non douteuse que déjà le malade souffrait depuis longtemps quand on décida de l'opérer.

On ne peut essayer ainsi de justifier la colotomie lombaire des accusations qui peuvent être portées contre elle sans être convaincu de ses mérites, et des services qu'elle peut rendre. Mais avant de donner sur ce point les conclusions qui nous semblent justes, il est nécessaire de rapprocher des chiffres précédents ceux qui représentent la valeur relative de l'anüs iliaque.

Ici la mortalité dans les deux premiers mois est indiquée par 30 p. 100.

Que conclure? Rien. Serait-il en effet raisonnable, avec un aussi petit nombre de faits que celui que nous possédons, d'affirmer que la proportion 30 p. 100 étant inférieure à celle de 38, 85 p. 100, nous sommes en droit de déclarer que l'anüs iliaque est bien préférable à l'anüs lombaire?

Le nombre trop limité des observations impose, au contraire, des réserves.

D'autre part, songeant aux avantages que peuvent donner actuellement les méthodes antiseptiques, il semble que nous ayons moins à craindre qu'autrefois l'ouverture du péritoine, surtout quand elle est voulue, préméditée et que par conséquent on a pris d'avance toutes les précautions nécessaires pour la rendre moins grave. Mais il ne faut pas oublier que l'antisepsie perd singulièrement ses droits dans cette opération. Peut-on, malgré les sutures les mieux faites, toujours éviter l'infiltration dans les lèvres de la plaie, ou même cette inflammation légère qui peu à peu amène dans les parois abdominales et jusqu'auprès du péritoine de la suppuration ?

L'anus iliaque présentera toujours probablement un certain danger, à cause de cette complication nécessaire : l'ouverture de la séreuse abdominale et de l'intestin.

Il est vrai que dans l'anus lombaire, on a d'autres dangers à redouter. Sans parler de la péritonite possible par le fait même d'une plaie qui peut s'enflammer, suppurer et déterminer de proche en proche des accidents de même nature, jusque sur le péritoine, il faut remarquer que la plaie est plus vaste, et que le manuel opératoire n'est pas encore arrivé à un degré de précision qui permette de trouver sans hésitation l'intestin.

L'avenir peut seul décider cette question de préférence, qui semble cependant devoir être tranchée en faveur de la colotomie lombaire (L. Labbé).

Déjà l'enseignement clinique de la Faculté de Paris s'est

prononcé dans ce sens. « Avec les auteurs anglais, avec MM. L. Labbé, Tillaux, dit M. le professeur Trélat, je suis partisan de la colotomie lombaire, parce que cette opération est en somme assez simple, expose à moins de dangers, puisqu'elle n'ouvre pas le péritoine, et que bien réussie, elle donne un régime de selles assez parfait qui se rapproche beaucoup des selles normales.

« D'autres, assurément, préfèrent l'anus inguinal. Mais, outre que de ce côté on s'expose à créer un anus sur l'intestin grêle, on arrive, par le même fait, à créer une voie de dérivation qui entraîne au dehors des matières incomplètement digérées, et par conséquent à détruire une partie des bénéfices qu'on voulait retirer de l'opération.

Je n'ajouterai rien après la citation qui précède. Elle explique, par les aperçus généraux qu'elle porte sur la colotomie iliaque, le silence relatif dans lequel nous avons laissé cette opération : on ne saisit pas très bien, dans quelques cas, sur quelle partie de l'intestin a été fait l'anus anormal.

De cette discussion résulte pour nous, que la colotomie est une opération bonne, légitime, mais qu'elle ne saurait être pratiquée, à titre de méthode préventive avant l'apparition des accidents. Elle n'a, selon nous, aucune indication quand le sujet ne souffre pas, n'a pas d'obstruction intestinale, ou de constipation opiniâtre qui le font souffrir et menacent sa vie (Professeur Trélat). Elle n'est pas davantage autorisée quand, avec des accidents sérieux, le mal est franchissable avec le doigt, ou enfin situé assez bas

pour qu'il n'y ait pas à craindre de blesser le péritoine dans la rectotomie.

Celle-ci, jugée trop sévèrement, en particulier dans ces derniers temps par Bouvet, qui me semble avoir commis une erreur en faisant entrer dans sa statistique un cas que je sais appartenir à l'extirpation et un autre au rétrécissement fibreux, celle-ci, dis-je, est une excellente opération qui soulage les malades et leur procure une tranquillité morale que la colotomie ne saurait leur donner.

La colotomie est l'opération des cancers inattaquables par l'extirpation quand ils sont trop élevés. Dans tous les cas, elle ne peut être pratiquée qu'après le plus sérieux examen, et lorsque la rectotomie est jugée tout à fait impossible ou inutile.

Ajoutons encore pour insister davantage sur les limites précises qui doivent être tracées autour d'elle : que l'obstruction seule et la douleur permettent au chirurgien d'y recourir.