

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : rectum (résection)**

**TOUPET, A. - Technique de résection
du rectum abdomino-transanale par
retournement sans anus préalable
avec abaissement systématique du
côlon transverse**

*In : Mémoires de l'Académie de chirurgie (Paris),
1949, Vol. 75, pp. 407-16*

par la main, il y a deux mois. Aucun traumatisme n'a été noté, il n'existe ni douleur, ni élévation thermique. Mais le malade raconte qu'il y a cinq ans, il a été soigné à Saint-Louis à la suite d'un assez violent traumatisme de la main gauche avec petite plaie des téguments ; peu après se manifeste une phlébite du membre supérieur avec gonflement considérable, sans douleur. Aucun traitement actif n'a été institué, il est sorti guéri trois semaines après.

Le 27 mars dernier, j'ai fait faire une phlébographie que vous pouvez voir : il n'y a aucune injection du tronc principal.

Le 2 avril 1949, par incision axillaire, je résecte sous anesthésie au penthotal-protoxyde la veine axillaire thrombosée de 1 travers de doigt au-dessous de la clavicule à la partie supérieure du bras sur 13 centimètres ; on sent très facilement en pinçant le vaisseau entre deux doigts les deux extrémités du thrombus.

L'œdème du bras a aujourd'hui complètement disparu ; il persiste à la main et à l'avant-bras (37 centimètres contre 25), il n'y a aucune douleur. L'œdème garde le godet de la pression.

La culture du thrombus sur divers milieux est restée stérile, la numération globulaire montrait 3.560.000 hématies et 4.800 leucocytes, dont 54 p. 100 de polynucléaires.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis révèle une paroi veineuse très étirée, mais reconnaissable à ses fibres élastiques, la lumière étant occupée par un caillot en voie d'organisation.

Il y a donc eu une nouvelle oblitération en 1949 et non une nouvelle poussée sur la vieille lésion de 1944 ; cette dernière avait complètement guéri spontanément, alors que pour la thrombose de janvier 1949, la phlébectomie enlevant la totalité du thrombus, a bien peu amélioré l'œdème près de sept semaines après l'intervention.

Ce sont ces faits assez discordants que je voulais signaler à votre attention.

RAPPORT

Technique de résection du rectum. Abdomino-transanale par retournement sans anus préalable, avec abaissement systématique du côlon transverse,

par M. André Toupet.

Rapport de M. René Toupet.

Deux techniques se disputent à l'heure actuelle la faveur des chirurgiens qui pratiquent l'ablation du rectum en conservant le sphincter anal :

- 1° La résection abdomino-sacrée avec sutures ;
- 2° L'opération de Babcock.

La résection abdomino-sacrée, défendue par mon ami d'Allaines, implique pour lui l'anus iliaque préalable ; même entre des mains très habiles, elle donne une forte proportion de fistules très difficiles à guérir.

Elle vaut surtout par la qualité de ses résultats fonctionnels.

L'opération de Babcock est en réalité une amputation abdomino-transanale ; elle dispense de l'anus iliaque préalable et donne souvent des résultats spectaculaires. En moins d'un mois, l'opéré peut quitter l'hôpital. Elle a contre elle la qualité contestée des résultats fonctionnels.

La première-idée d'A. Toupet a été de réaliser une technique permettant de transformer l'amputation de Babcock en une résection vraie, avec conservation du canal anal.

Pas d'anus iliaque ; bons résultats fonctionnels.

Il a imaginé la résection transanale par retournement et vous a présenté le 14 mai 1947 le mandrin tracteur qui permet de la réaliser.

La figure 1 est suffisamment explicite pour n'avoir pas à la décrire. Il y a ajouté un anneau articulé qui facilite beaucoup la section du rectum.

Les figures 2, 3 et 4 suffisent pour comprendre l'utilisation de l'instrument.

On l'introduit dans le rectum avant l'opération. Lorsque celui-ci a été complé-



tement libéré jusqu'au releveur par voie abdominale, on place une forte ligature serrant le rectum sur la tige du mandrin. Sur la ligature, on place l'anneau protecteur (fig. 2). Un aide tire la poignée du mandrin et attire la tête de l'instrument en dehors de l'anus, réalisant ainsi un prolapsus à trois cylindres (fig. 3). Sur l'anneau protecteur, il incise le cylindre moyen sur toute sa circonférence.

Dès que le cylindre moyen est incisé, le rectum descend et peut attirer à

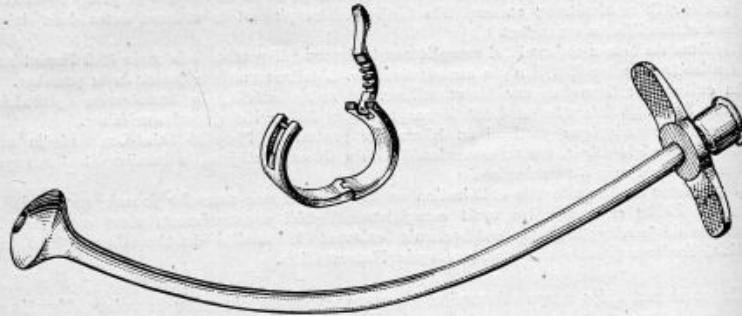


FIG. 1.

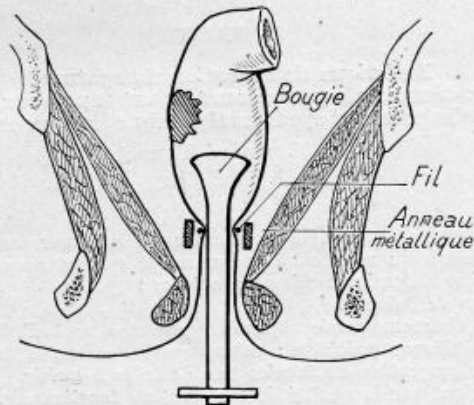


FIG. 2.

travers l'anus tout le segment recto-colique libéré. Suivant les cas, la tumeur passe plus ou moins facilement à travers le sphincter préalablement dilaté. L'opérateur pousse et contrôle la descente, pendant que l'aide tire avec précaution sur le mandrin et accouche la tumeur. Si celle-ci est trop volumineuse, on la résèque entre deux écraseurs à trois branches de de Martel, le bout colique supérieur obturé par une branche de l'écraseur est alors facilement attiré à travers l'anus. A. Toupet en rapporte plusieurs observations.

Ce retournement n'est pas une vue théorique ; il a été réalisé 30 fois avec succès par six opérateurs différents :

A Broussais, par le professeur d'Allaines, Dubost et Wayse ;
A Bicêtre, par Orsoni, André Toupet et moi-même.

C'est un point de technique très intéressant puisqu'il permet de réaliser une résection aseptique en dehors du champ opératoire.

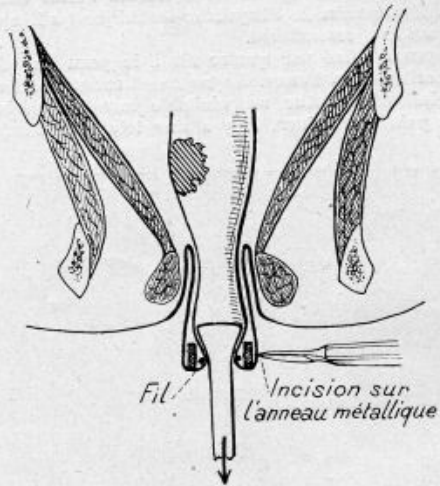


FIG. 3.

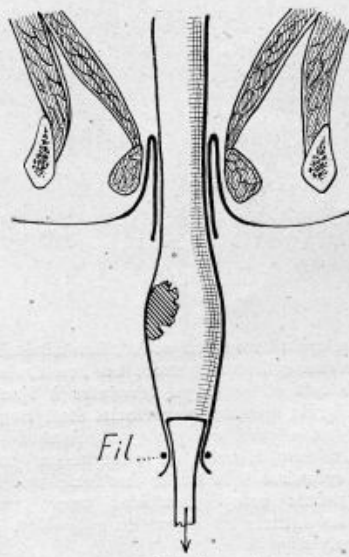


FIG. 4.

L'autre point, celui-là capital, est la façon de terminer l'opération.
Comment réaliser la soudure du canal anal conservé et du côlon extériorisé ?

A. Toupet a envisagé cinq solutions qui sont représentées sur la fig. n° 5. Les quatre premières ont été éliminées, donnant des fistules et favorisant la nécrose, même quand le côlon extériorisé à travers l'anus avait gardé sa vitalité. Actuellement, il préconise la cinquième technique qu'il appelle *anastomose par contact avec sutures secondaires*.

Le cylindre moyen est fixé par quatre fils à la peau du périnée pour qu'il ne puisse pas remonter dans l'anus. Le segment colique, cylindre interne, est largement extériorisé et constitue un véritable anus de dérivation transanal. On ne met aucun point de suture. Il y a une très large surface d'accrolement

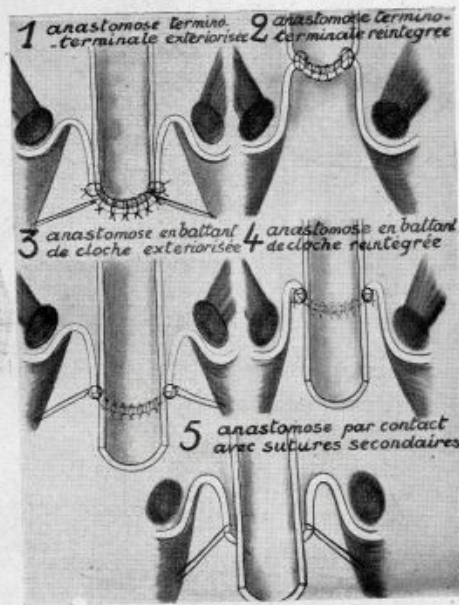


FIG. 5.

entre la face cruentée du cylindre moyen et le côlon abaissé. Les premiers jours, l'espace libre entre les deux cylindres permet un bon drainage du pelvis. Rapidement, l'accrolement se fait et on a pu constater à l'autopsie, d'une opérée, morte d'un volvulus du grêle, que cet accrolement était large et solide.

Par cette technique, on a créé un prolapsus dont la cure est très facile. Au bout de huit à dix jours, il suffit de le fendre en quatre valves, un point de suture fixe les deux cylindres à la limite des incisions. Les quatre lambeaux sont excisés, quelques points complémentaires pour terminer l'anastomose. Inutile de réintégrer les sutures au-dessus du sphincter. Le moignon rentrera de lui-même dans le pelvis.

A noter qu'il suffit de garder 4 à 5 centimètres de canal anal pour avoir une bonne continence. En garder plus est s'exposer à de grosses difficultés de dilatation d'un rétrécissement secondaire, toujours à envisager.

Quel que soit le procédé employé, il y a eu une proportion impressionnante de sphacèle du côlon sigmoïde abaissé.

Sur 25 abaissements du sigmoïde, il y a eu :

4 sphacèles étendus, 3 sphacèles limités, donc 35 p. 100 de sigmoïdes mal vascularisés.

C'est pour remédier à cette grave complication que A. Toupet a repris l'étude de la vascularisation du côlon transverse, du côlon descendant et du sigmoïde.

Il a eu une idée que personne à ma connaissance n'avait eu avant lui : il a pris des mesures. C'est un travail qu'on peut qualifier d'important, puisque ses recherches portent sur 50 sujets d'autopsie. Il a fait, non sans difficultés

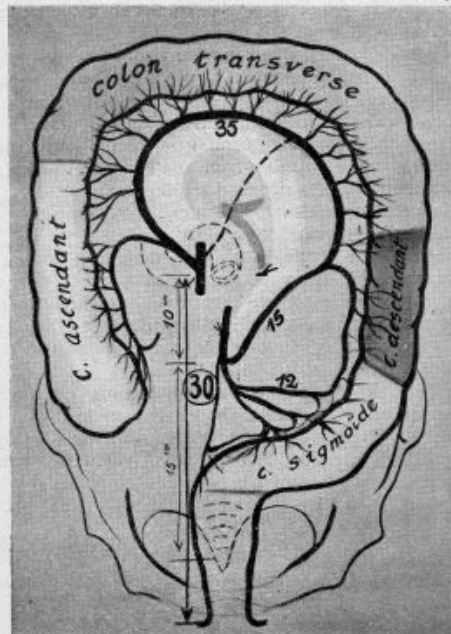


FIG. 6.

matérielles, l'étude artériographique de 17 pièces dont je vous projette sur l'écran quelques spécimens ; j'espère qu'il pourra un jour publier ce travail qui n'a malheureusement pas place dans nos mémoires. Il pose en principe que le segment colique qui aura le plus de chance de vie est celui qui aura gardé sa vascularisation normale.

Il s'agissait de savoir quel était le segment colique qui pouvait être abaissé à travers l'anus en remplissant ces conditions. La distance moyenne entre l'origine de la colique supérieure droite et l'anus est de 30 centimètres ; entre l'origine du tronc des sigmoïdes et l'anus, de 20 centimètres.

La figure n° 6 schématise ces recherches ; elle montre que, si l'on se contente d'abaisser le côlon sigmoïde en sectionnant leur tronc commun au-dessous de l'origine de la colique gauche (Babcock), il faudra compter pour le rétablissement de la circulation sur une arcade bordante, habituellement extrêmement grêle au niveau du point de contact des artères sigmoïdes entre elles.

Il y a des risques sérieux de sphacèle.

* Si l'on sacrifie par principe le colon sigmoïde, le colon descendant dans la majorité des cas peut garder sa vascularisation normale, mais son abaissement nécessite la mobilisation de l'angle gauche et de presque tout le colon transverse pour être efficace.

Par contre, le colon transverse est vascularisé par la branche gauche de l'artère colique supérieure droite, se continuant sans diminution de calibre en une arcade bordante volumineuse de 35 centimètres de longueur en moyenne, jusqu'à sa rencontre avec l'artère de l'angle gauche.

La meilleure solution est donc de lier la mésentérique inférieure à son origine et de descendre l'angle gauche jusqu'à l'anus, si l'on veut courir le moindre risque de sphacèle.

A. Toupet ajoute qu'il existe un groupe ganglionnaire du tronc de la mésentérique inférieure. Son envahissement n'a pas été étudié parce que ces ganglions ne sont pas enlevés dans les pièces opératoires qui ont constitué le matériel d'étude. Leur ablation ne peut être qu'une garantie supplémentaire. Ses recherches l'ont amené à la conclusion que la meilleure méthode de résection du rectum était la voie abdomino-transanale par retournement, sans anus préalable, avec abaissement systématique du colon transverse.

Il en a réglé minutieusement la technique qui sera publiée ultérieurement. Je ne vous en donne que les grandes lignes.

Inutile de dire que dans cette opération majeure, toutes les ressources actuelles de la préparation, la minutie des soins per- et post-opératoires sont indispensables. Elle n'est réalisable qu'avec une anesthésie parfaite ; dans les 5 cas que nous rapporterons, on a utilisé le protoxyde-éther en circuit fermé avec curarisation à la demande. Tout autre mode d'anesthésie est défendable pourvu que la résolution musculaire soit bonne.

Avant d'installer le malade sur la table d'opération, un aide fait une large infiltration du sphincter anal à l'anesthésie locale, suivie d'une dilatation anale plus ou moins poussée suivant le volume de la tumeur. Nettoyage minutieux du rectum dans lequel on introduit le mandrin à retournement.

L'opération proprement dite comporte quatre temps :

1° Temps abdominal. — a) De libération complète du rectum jusqu'aux releveurs.

b) De mobilisation du sigmoïde, du colon ascendant, du colon transverse et de l'angle gauche :

2° Temps périnéal, exécuté par un aide, de retournement du rectum et d'abaissement transanal de la tumeur et du colon mobilisé.

3° Temps abdominal de péritonisation et de fermeture.

4° Temps périnéal d'anastomose colo-rectale.

1° TEMPS ABDOMINAL. — Incision oblique gauche, médiane à sa partie inférieure, puis para-rectale gauche, remontant jusqu'au rebord costal. La perfection de l'anesthésie permet de tout faire par cette voie qui a le gros avantage d'éviter au maximum l'éviscération des anses grêles et donne une voie plus directe pour le décollement du colon descendant et de l'angle gauche.

Elle ne gêne pas avec de bons écarteurs pour le temps pelvien.

Exploration de l'abdomen. — Palpation de la tumeur pour juger de son opérabilité : propagation ganglionnaire, palpation du foie.

a) Libération complète du rectum jusqu'aux releveurs. Mobilisation du colon sigmoïde en gardant le plus de péritoine possible et en reconnaissant les deux uretères.

Section du plexus présacré.

Décollement présacré jusqu'à la pointe du coccyx.

Section du péritoine vésical suivie, chez l'homme, de libération des vésicules séminales et de la prostate ; chez la femme, de dédoublement de la cloison recto-vaginale

Dissection des faces latérales du rectum. — Elle doit être poussée très bas jusqu'aux releveurs. Doit être faite très minutieusement en isolant et en coupant entre deux ligatures tout ce qui tient. Il ne faut pas chercher à prendre les ailerons en masse. Le travail ne doit s'arrêter que quand le rectum au-dessous de la tumeur se présente comme un tube entièrement libéré jusqu'aux releveurs. C'est la condition impérative du retournement.

Ligature du rectum sur le mandrin. — A égale distance entre la tumeur et la limite du décollement, on place une forte ligature, sur laquelle on ajuste l'anneau articulé de protection.

b) *Mobilisation du sigmoïde, du descendant, du transverse, de l'angle collique.* — Ce temps opératoire ne devra être entrepris bien entendu que si la libération complète du rectum a pu être faite correctement ; si l'état du malade permet d'envisager la prolongation de l'opération.

Si le rectum n'a pu être complètement libéré au-dessous de la tumeur, il faut renoncer à la voie transanale.

Si l'état général fléchit, il est sage de se contenter de faire une opération de Hartmann.

Quelques mois plus tard, on reprendra l'opération suspendue et on abaissera le colon transverse à l'anus.

La mobilisation colique gauche comporte :

- 1° Des décollements ;
- 2° Des ligatures vasculaires d'abaissement.

Les décollements doivent être très prudents pour ne pas léser les artères coliques ; ils doivent être conduits dans un ordre fixe. Commencer par le décollement colo-pariétal du descendant. Continuer par la désinsertion colique du grand épiploon sur le transverse qui doit être poussée jusqu'à l'angle gauche. Si la libération de l'ascendant et du transverse a été bien faite, il sera facile de libérer l'angle gauche. C'est une erreur de commencer par lui.

Les ligatures vasculaires : L'hémicôlon gauche libéré ne tient plus que par deux pédicules :

1° *L'artère mésentérique inférieure* qu'on coupe entre deux ligatures à son origine.

2° *La veine mésentérique inférieure* qu'on sectionne le plus haut possible à 2 ou 3 centimètres du bord inférieur du pancréas, en prenant bien soin de respecter l'artère colique gauche. Ce point de technique est capital.

2° **TEMPS PÉRINÉAL.** — *Retournement du canal ano-rectal, section du rectum, abaissement du colon.* — Les membres inférieurs du malade sont libérés et pendent de chaque côté de la table d'opération. Un aide tire sur le manche du mandrin dont la tête vient buter sur la ligature et l'anneau protecteur. L'opérateur, par voie haute, aide la manœuvre d'accouchement de la tête du mandrin à travers l'anus dilaté. Dès qu'elle est extériorisée, l'aide coupe circulairement le rectum sur l'anneau, met les pinces nécessaires pour assurer l'hémostase du canal anal et le maintenir extériorisé.

Il s'agit alors de faire passer à travers l'anus la tumeur, complètement libérée. L'aide tire doucement, l'opérateur pousse, contrôle la descente, donne au besoin un coup de ciseau sur une dernière bride. La tumeur passée, tout le colon libéré descend ; il faut éviter qu'il ne descende trop vite ; c'est à l'opérateur de modérer l'aide tracteur qui pourrait rompre l'arcade bordante. C'est à lui d'arrêter la descente du colon quand il juge qu'elle est suffisante. La ligature de la mésentérique inférieure est largement hors de l'anus (plus de 20 centimètres). Le transverse devenu vertical contourne l'angle duodéno-jéjunal. Il doit reposer mollement sur le flanc gauche de la colonne vertébrale sans qu'il y ait aucune traction sur les vaisseaux qui assurent sa vascularisation.

3° **TEMPS ABDOMINAL.** — *Péritonisation. Fermeture de la paroi.* — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la péritonisation est facile. A points séparés,

on fixe le bord libre du méso-côlon transverse à l'angle duodéno-jéjunal d'abord, puis au feuillet droit ménagé du méso-côlon sigmoïde. En dehors, on fixe le bord marginal du côlon au péritoine pariétal de la fosse iliaque gauche.

La péritonisation du petit bassin doit être hermétique et ne présente rien de particulier.

Rien de particulier non plus pour la fermeture de la paroi.
Pas de drainage puisqu'il n'y a eu aucun temps septique.

4° TEMPS PÉRINÉAL D'ANASTOMOSE COLO-RECTAL. — Ce temps a été discuté au début du rapport. Le procédé auquel l'auteur s'est arrêté est celui qui porte le n° 5. Anastomose par contact avec sutures secondaires.

L'opéré est mis en position gynécologique.

Les pinces mises sur le canal anal, cylindre moyen du prolapsus créé, sont remplacées par des ligatures. Quatre points de suture fixent ce cylindre moyen à la peau du périnée.

Une petite incision sur le raphé ano-coccygien, pour introduire dans le petit bassin une lame ondulée de caoutchouc et un petit drain qui servira à instiller de la pénicilline.

Le côlon est coupé à 10 centimètres de l'anus. Il saigne en jet. Hémostase. Un tube y est introduit de quelques centimètres pour dériver gaz et matières. Les soins post-opératoires sont connus de tous.

Vers le dixième au douzième jour, le prolapsus est réséqué.

A. Toupet joint à son travail cinq observations dont il serait regrettable de ne pas publier tout au moins un court résumé.

OBSERVATION I. — M^{me} M..., cinquante-cinq ans. Cancer du rectum à 10 centimètres.

Opérée en occlusion le 24 avril 1947. Anus iliaque gauche.

Deuxième intervention le 11 juin 1947 (prof. d'Allaines). Fermeture de l'anus. Résection transanale par retournement. Anastomose type Lockhart-Mummery (n° 4).

Suites : Le transverse reste entièrement vascularisé. Résection endo-rectale du battant de cloche le douzième jour.

Sort le vingt-troisième jour. Résultat : parfait.

Obs. II. — M^{me} C..., cinquante-six ans. Cancer du rectum à 8 centimètres.

Opération le 26 novembre 1948. Opérateur : A. Toupet.

Opération suivant la technique décrite. Anastomose par contact. Résection du prolapsus le douzième jour.

Sort le vingt-septième jour.

Résultat, 5 juin 1949 : parfait. Pas trace de l'anastomose au toucher.

Obs. III. — M^{me} D..., soixante-six ans. Cancer du rectum à 8 centimètres avec envahissement du dôme vaginal.

Opération, le 14 janvier 1949. (Opérateur : A. Toupet.) Très grosse tumeur bas située, mais mobile.

Résection en bloc du rectum et de la tumeur, de l'utérus et du dôme vaginal. Abaissement transanal du côlon transverse. Anastomose par contact. Le transverse reste parfaitement vascularisé. Résection du prolapsus le douzième jour, mais l'accolement entre le vagin et le canal anal est insuffisant. Fistule recto-vaginale le dix-huitième jour. Cette petite fistule a été fermée facilement. Avril 1949.

10 mai 1949 : résultat fonctionnel définitif excellent.

Obs. IV. — M^{me} S..., cinquante-trois ans. Cancer du rectum à 10 centimètres.

Opération le 24 février 1949. (Opérateur : R. Toupet). Opération typique. Résection le dixième jour.

Sort le vingt-sixième jour.

Résultat, 3 mai 1949 : bon, mais sphincter un peu paresseux. Le toucher constate un petit diaphragme très souple.

Obs. V. — M. G..., quarante-six ans. Cancer du rectum à 10 centimètres.

Opération le 24 février 1949. (Opérateur : A. Toupet.) Opération typique. Résection le douzième jour. Pratiquement guéri le vingt-cinquième jour.

Résultat parfait.

Le 2 mai 1949, le toucher ne montre pas trace d'anastomose.

Commentaires. — A. Toupet nous a apporté trois idées :

- 1° Le retournement du canal anal.
- 2° Le rétablissement de la continuité colo-rectale par un procédé d'anastomose qu'il qualifie d'anastomose par contact.
- 3° L'abaissement systématique du côlon transverse à l'anus.

1° La technique du retournement du canal anal a fait ses preuves puisqu'elle a été appliquée avec succès en tout trente fois depuis la présentation de l'auteur, soit à Broussais, dans le service de mon ami d'Allaines, soit à Bicêtre. Je n'ai pas trouvé d'idée analogue dans la littérature, l'instrument en lui-même n'est rien : une tige courbe surmontée d'un champignon.

Les avantages du retournement sont incontestables : facilité de manœuvre, asepsie.

Il faut, bien entendu, que la résection abdomino-transanale soit indiquée et techniquement réalisable.

2° Le procédé de rétablissement de la continuité par contact me paraît, d'après ce que j'ai vu, actuellement le plus sûr. Les résultats fonctionnels sont remarquables, je le crois original.

3° L'apport essentiel d'André Toupet est son travail sur l'abaissement systématique du côlon transverse à l'anus.

Devant la fréquence des nécroses du côlon sigmoïde abaissé, il a repris l'étude de la vascularisation du côlon gauche. Il a examiné sur 50 sujets les possibilités d'abaissement ; sur 17 pièces prélevées à l'autopsie, il a fait des artériographies. Chaque pièce a été injectée et radiographiée plusieurs fois.

De cette longue et minutieuse étude, il a conclu que le meilleur segment à abaisser était le côlon transverse.

Il est arrivé à convertir son maître d'Allaines et même son père. Il apporte 5 cas d'abaissement systématique du côlon transverse : 1 par d'Allaines, 1 par moi, 3 par lui-même. Sur ces 5 cas, 4 succès qu'on peut qualifier de spectaculaires, 1 petit incident (déjà réparé) dans le cinquième cas.

Pour son jeune enthousiasme, la question est actuellement réglée. Toutes les fois qu'on est amené à réséquer un rectum par voie transanale, le meilleur procédé est d'abaisser le transverse à l'anus. Il va même plus loin et se demande si la méthode ne s'applique pas au sigmoïde et au côlon descendant. Il croit que l'abaissement du transverse à l'anus offre moins d'aléas qu'une résection suivie de rétablissement immédiate de la continuité.

Il a peut-être raison, mais n'apporte pas de faits. Dans son article du *Paris Médical* (26 juillet 1947), il avait déjà envisagé de rétablir la continuité après opération de Hartmann par abaissement du côlon transverse à l'anus. Nous verrons que cette intervention a été pratiquée avec succès par Bacon. Elle est certainement supérieure à l'iléo-colo-recto-plastie.

Je ne suis pas loin de partager les idées d'André Toupet. Il a anatomiquement raison, le côlon transverse est le segment qui, abaissé, reste le mieux vascularisé. Il a également raison quand il soutient qu'en matière de cancer il faut enlever le plus largement possible. Si on admet avec Wood et Wilkie qu'il est impossible cliniquement de reconnaître les ganglions envahis, il faut lier l'artère mésentérique inférieure à son origine et abaisser le transverse.

Je ne fais qu'une restriction : il faut, pour entreprendre et mener à bien cette opération, avoir une bonne équipe. Anesthésiste, transfuseur, réanimateur. Ceci est devenu un lieu commun pour toutes les opérations importantes. Si, du reste, au cours de l'intervention, des difficultés surgissaient qui la rendraient dangereuse, il serait toujours temps, si on suit la technique décrite, de s'arrêter, de faire une opération type Hartmann, et de rétablir ultérieurement la continuité par abaissement du côlon transverse à l'anus.

André Toupet n'a pas la prétention d'être le premier à avoir préconisé

l'abaissement du côlon transverse à l'anus. Il a travaillé sur le cadavre et le vivant et, en dernier lieu, a fait des recherches bibliographiques.

Il a découvert que, dès 1898, Trevès avait abaissé le transverse à l'anus dans un cas de mégacôlon ; qu'en 1899, Kümmeel avait agi de même après deux énormes résections recto-coliques. Ce sont là des curiosités historiques.

Par contre, Thomeret, dans son excellente thèse de 1941, a été très près de la solution. Il rapporte un cas où d'Allaines, pour rétablir la continuité, après opération de Hartmann, a sectionné le côlon transverse à sa partie moyenne et l'a abouché au moignon rectal, abandonnant l'hémi-côlon gauche en exclusion unilatérale.

La seule référence importante est la très courte lecture de Harry, E. Bacon et Caleb H. Smith, faite en octobre 1946, devant la II^e Assemblée annuelle du Collège International des Chirurgiens et parue dans le *Journal International of College Surgeons*, novembre-décembre 1947, vol. X, n^o 6.

Les auteurs donnent 8 cas de transplantation du côlon transverse à l'anus et sont d'avis que cette opération n'a pas été « reportée » jusqu'à présent. Cette communication est très courte. Aucun détail sur la technique, le côlon semble avoir été abaissé par voie abdomino-transanale élargie à la façon de Babcock. Ce qu'il y a de surprenant, c'est que ce fut toujours une opération de nécessité et non de principe. Suppression d'anus contre nature, polypose étendue, diverticulose, rétablissement de la continuité après opération de Hartmann. Colite ulcéraire, un cas qualifié (Malignancy).

Pas un cas de mort. Les opérés ont en moyenne quitté l'hôpital le quinzième jour, repris leur travail au bout de deux mois.

Bacon, qui est le premier assistant de Babcock et a de la chirurgie du rectum une expérience considérable, qualifie à deux reprises l'opération de formidable (the operation is a formidable one) et s'étonne des résultats. Il conclut en disant : Although there as been no mortality in eight cases, the operation is a formidable one and doubtlessly there will be mortality when a significant number of cases have been done.

Son étonnement sera peut-être encore plus grand s'il apprend un jour qu'un jeune chirurgien, encore interne, ne pouvant connaître son travail, non encore publié, avait conclu que l'abaissement systématique du côlon transverse à l'anus était la solution idéale après la résection du rectum et peut-être du sigmoïde et du côlon descendant.

Je vous propose de féliciter André Toupet de son travail et de le publier dans nos Mémoires.

(Le travail *in extenso* de M. André Toupet est versé aux Archives de l'Académie sous le n^o 520.)

COMMUNICATIONS

A propos du traitement chirurgical des varices des membres inférieurs compliquées d'ulcère de jambe, par MM. J. Gosset et J.-M. Bonvallet.

Les varices posent des problèmes thérapeutiques toujours actuels, mais il n'est pas inutile de souligner que des solutions fort diverses méritent encore d'être discutées et appréciées. Nous assistons aujourd'hui à un regain de faveur des méthodes chirurgicales. Après les travaux français de Menegaux, de Claude Olivier, après les importants travaux américains, dont nous ne donnerons pas les nombreuses références que l'on trouvera dans un autre travail, notre statistique personnelle qui ne porte que sur 37 cas est si modeste que nous