

DE LA CHIRURGIE

PAR

**LES VOIES SACRÉE ET PÉRINÉALE**

par le Docteur **DEPAGE**

Chirurgien adjoint des hôpitaux, agrégé suppléant  
à l'Université de Bruxelles.

---

*H. LAMERTIN, éditeur à Bruxelles.*



Biblioteka Główna  
WUM

Biblioteka Główna WUM

**Br.6781**



000024941

## DE LA CHIRURGIE

PAR

# LES VOIES SACRÉE ET PÉRINÉALE

par le **D<sup>r</sup> DEPAGE**,

Chirurgien adjoint des hôpitaux, agrégé suppléant  
à l'Université de Bruxelles.

—  
(Communication faite à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles,  
séance du 1<sup>er</sup> octobre 1894.)  
—

La chirurgie par les voies sacrée et périnéale est actuellement à l'ordre du jour et il importe que chacun de nous vienne rendre compte des résultats de sa pratique.

C'est en 1885 que Kraske proposa de résecter le coccyx et une partie du sacrum pour extirper les cancers situés dans la partie supérieure du rectum. Cette nouvelle opération eut un grand retentissement et fut le point de départ de toutes les méthodes périnéales et sacrées imaginées depuis cette époque pour atteindre les organes du petit bassin.

Ces méthodes se trouvent décrites avec tous les détails dans les excellentes monographies du D<sup>r</sup> Willems et du D<sup>r</sup> Morestin; on peut les diviser en quatre catégories d'après la voie que l'on crée pour pénétrer dans le pelvis :

- 1° Les méthodes de résection définitive du sacrum et du coccyx ;
- 2° Les méthodes de résection temporaire du sacrum et du coccyx ;
- 3° Les méthodes para-sacrées ;
- 4° La périnéotomie.

D'autre part, on peut, comme l'a fait Morestin, ranger en cinq groupes les maladies justiciables de ces opérations :

- 1° Les tumeurs ou affections situées sur la face profonde du

sacrum et du coccyx, y compris les affections osseuses du sacrum et les fistules pelvi-rectales d'origine osseuse;

2° Les affections chirurgicales du rectum : arrêt de développement, cancers, rétrécissements non cancéreux, fistules recto-vaginales;

3° Les cancers de la matrice, certaines tumeurs et inflammations des organes génitaux;

4° Certaines affections génito-urinaires chez l'homme;

5° Les maladies nécessitant le drainage du péritoine par la voie pelvienne.

Ces groupes doivent être absolument séparés, et, pour chacun d'eux, il faut savoir choisir la méthode qui convient le mieux.

Dans notre pratique, nous avons eu l'occasion d'intervenir six fois par la voie sacrée ou périnéale, dont quatre fois pour cancers du rectum, une fois pour cancer de la prostate ayant ulcéré le rectum et une fois pour cancer de la matrice. C'est au point de vue de l'extirpation de ces trois organes pour cancer que nous envisageons la question dans le présent travail.

#### A. RÉSECTION DU RECTUM CANCÉREUX.

Pour extirper les cancers de la partie inférieure du rectum, on circonscrit l'anus par une incision quelconque, on dissèque la partie inférieure de l'intestin comprenant le néoplasme et on le sectionne au-dessus de la tumeur; on attire le bout supérieur de l'intestin en bas et on le suture au bord de la plaie cutanée.

S'il s'agit d'un cancer de la partie moyenne ou de la partie supérieure du rectum, il faut se créer une voie pour arriver sur le cancer, on dégage celui-ci, on sectionne l'intestin au-dessus et en dessous de la tumeur et on réunit les deux bouts. Dans cette opération, nous avons donc à considérer deux manœuvres principales : l'incision du pelvis pour atteindre et dégager le rectum et la suture de l'intestin.

1° *Incision du pelvis.* — Pour atteindre et dégager facilement le rectum, Kraske faisait une incision médiane depuis le milieu du sacrum jusqu'à l'anus, le malade étant couché dans le décubitus droit; il désarticulait le coccyx et réséquait la partie gauche du sacrum jusqu'en dessous du troisième trou sacré. Hochenegg, qui a été surtout le vulgarisateur de l'opération de Kraske, faisait une incision courbe à convexité droite, partant du milieu de la symphyse sacro-iliaque, gagnant la ligne médiane et descendant jusqu'à la pointe du coccyx, jusqu'à l'anus ou contournant ce dernier selon l'étendue du carcinome. Il désarticulait le coccyx et sectionnait le sacrum suivant une ligne oblique.

C'est cette méthode que nous avons suivie, il y a trois ans, dans notre premier cas; elle nous a réussi, mais elle nous a paru, comme à la plupart de ceux qui l'ont pratiquée, offrir de sérieux inconvénients : tout d'abord le décubitus latéral dans lequel on place le malade est incommode et l'opération elle-même présente de grandes difficultés : elle est longue, donne lieu à une hémorragie très abondante et nécessite un délabrement osseux trop considérable. D'ailleurs, la plupart des procédés de résection définitive du sacrum et du coccyx sont passibles des mêmes reproches.

Les méthodes de résection temporaire du sacrum et du coccyx ont également de graves défauts : elles soumettent le malade à un traumatisme encore bien plus profond; elles rendent difficile le drainage de la plaie et retardent, par là même, la guérison; elles sont souvent suivies de nécrose de l'os et peuvent ainsi occasionner des suppurations de longue durée, capables d'entraîner la cachexie et la mort.

Quant aux méthodes para-sacrées, elles ont l'avantage de ne nécessiter aucune résection osseuse, mais elles donnent relativement peu de jour.

Chez notre malade atteint de cancer de la prostate ayant envahi le rectum, nous avons pratiqué la périnéotomie, d'après la méthode de Otto Zuckerkandl, modifiée par Willems. Cette opération, excellente pour l'ablation de la prostate, est préférable aux autres méthodes dont nous venons de parler pour l'ablation de la partie supérieure du rectum, en ce sens que, tout en n'intéressant pas le squelette osseux, elle crée une voie suffisamment large pour permettre d'atteindre le pelvis. Toutefois, elle présente l'inconvénient d'être longue et difficile, de donner lieu à une hémorragie assez abondante et d'être défavorable au drainage.

Dans nos trois derniers cas, nous avons eu recours à la méthode de Schelkly, quelque peu modifiée.

La méthode de Schelkly consiste à faire une incision partant de l'une des tubérosités ischiatiques et allant jusqu'à la tubérosité de l'autre côté, en passant par la pointe du coccyx. On désinsère les attaches coccygiennes du sphincter anal, on résèque le coccyx s'il y a nécessité, on sectionne le releveur de l'anوس et l'on arrive ainsi sur le rectum.

Nous avons opéré de la façon suivante :

Le malade est placé dans la position gynécologique, le siège fortement élevé et les cuisses rapprochées de l'abdomen, de manière à donner au sacrum une position relativement verticale. Placement d'un tampon de gaze iodoformée dans le rectum. Incision

transversale au niveau de la pointe du coccyx, et sur les extrémités de cette première incision, deux incisions verticales, de manière à former un H. Dissection du lambeau postérieur, de manière à dénuder la face postérieure du coccyx, et de la partie du sacrum que l'on juge devoir réséquer. Désinsertion du coccyx et résection, au moyen de la scie à chaîne, de cet os et de la dernière vertèbre sacrée, s'il y a nécessité. Section du muscle releveur de l'anus et dégagement du rectum.

Notre première opération pratiquée par cette méthode date de plus d'un an. Le résultat en est parfait : au bout de vingt et un jours, la malade est sortie de l'Institut, et actuellement il n'y a pas encore de récurrence. Sans doute on pourrait nous objecter qu'il s'agissait là d'une jeune femme et que, par conséquent, nous nous trouvions dans des conditions exceptionnellement favorables pour obtenir une guérison radicale. Notre deuxième opéré est âgé de 62 ans; nous lui avons enlevé le rectum le 19 juillet; il a augmenté depuis de 12 kilogrammes, et aujourd'hui il est complètement guéri, malgré les eschares qui se sont produits au niveau des trochanters pendant son séjour au lit. Enfin notre dernière opération a été faite le 28 août; elle se présentait sous des auspices plus favorables que la précédente; malheureusement, une circonstance imprévue et tout à fait indépendante de notre intervention est venue compromettre le résultat. Il s'agissait d'un homme âgé de 66 ans, de bonne constitution et chez lequel l'état général ne paraissait laisser rien à désirer. D'ailleurs, l'opération fut faite dans les meilleures conditions; elle ne dura pas une heure, pansement compris, et le malade ne perdit qu'une quantité de sang relativement minime. Les suites résultant directement de l'acte opératoire furent des plus simples : la température ne dépassa pas 37°,8; le pouls, fort et régulier, oscilla entre 80 et 100 pulsations; il n'y eut pas de vomissements, pas de douleurs; la cicatrisation de la plaie se fit d'une façon régulière, et l'on aurait pu certifier un succès complet si, le lendemain de l'opération, il ne s'était déclaré des troubles mentaux qui emportèrent le malade le huitième jour. Des renseignements plus précis, donnés par certains membres de la famille, nous apprirent que déjà depuis un an il y avait chez le patient une certaine perte de la mémoire, une diminution de l'intelligence, et que parfois même il se présentait des moments où l'esprit n'était plus entièrement lucide. Les phénomènes cérébraux étaient donc antérieurs à l'opération, sans que nous ayons pu nous en douter, et probablement ils se sont aggravés subitement à la suite de la narcose.

Nous considérons la méthode que nous préconisons comme la

meilleure de toutes celles qui ont été imaginées en vue d'extirper les cancers de la partie supérieure du rectum. Elle est préférable :

1° A la méthode de Kraske et à toutes les autres méthodes de résection définitive du sacrum et du coccyx, parce qu'elle permet de placer le malade dans une position favorable à la chloroformisation, parce qu'elle est plus facile à pratiquer, qu'elle est plus rapide, qu'elle donne relativement peu d'hémorragie, que, tout en donnant beaucoup de jour, elle ne nécessite pas un délabrement osseux considérable et que les fistules consécutives, dans les cas où elles existent, sont plus faciles à guérir ;

2° Aux méthodes para-sacrées, parce qu'elle crée une brèche beaucoup plus large pour pénétrer dans le pelvis ;

3° Aux résections temporaires du sacrum et du coccyx, parce qu'elle ne donne pas lieu à des suppurations osseuses intarissables ;

4° A la périnéotomie, parce qu'elle est plus simple, qu'elle donne moins d'hémorragie et qu'elle permet un drainage plus facile de la plaie.

On pourrait toutefois faire une objection au procédé que nous venons de décrire : c'est qu'il exige la section du releveur de l'anus. Certains auteurs ont attaché une grande importance à cet acte opératoire. Nous estimons qu'il n'en est rien, et nos résultats confirment cette opinion ; en effet, nous n'avons observé chez nos opérés aucun inconvénient consécutif à la section de ce muscle. Il se forme à la place du coccyx un tissu cicatriciel solide qui sert d'attache au releveur et rend ainsi au cône pelvien toute sa résistance.

2° *Suture de l'intestin.* — La seconde manœuvre importante dans la résection du rectum, c'est la suture des deux bouts de l'intestin. Dans notre première opération, nous avons réuni les deux extrémités bout à bout par la suture de Lembert. La réunion n'a pas eu lieu, une fistule s'est produite et, consécutivement, un rétrécissement.

Moulonguet recommande de disséquer l'anus et le bout inférieur du rectum, sans intéresser le sphincter anal, d'attirer le bout supérieur de l'intestin en l'invaginant dans l'orifice sphinctérien et de le suturer avec grand soin au pourtour avivé de l'anus.

Cette façon d'agir se rapproche des méthodes anciennes d'extirpation du rectum, dans lesquelles il n'était pas question de conserver le bout inférieur et de faire une suture intestinale ; malheureusement, le seul cas dans lequel Moulonguet ait pu essayer son procédé a été un insuccès.

Dans notre seconde opération, nous avons retourné en doigt de gant le bout inférieur, et, à travers celui-ci, nous avons passé le

bout supérieur de manière à permettre de faire la suture par l'orifice anal et d'accoler les segments par leurs surfaces conjonctives.

Nous croyons être le premier à avoir, dans la pratique, appliqué cette méthode, que Perron, à notre insu, avait déjà proposée en 1890. Elle nous a donné pleine satisfaction : la guérison a été complète en vingt et un jours, et la malade, opérée depuis un an, ne présente pas de rétrécissement.

Ce mode de suture serait très recommandable s'il était toujours praticable ; mais quand le bout inférieur est d'une longueur notable, il faut le libérer sur une trop grande étendue et l'on s'expose à de la gangrène ; quand ce bout est trop court, il devient difficile de le retourner suffisamment pour faire la suture par l'anus.

Hochenegg n'ayant pas eu à se louer de la suture circulaire, avait, pendant un certain temps, fait, comme Kraske, une suture partielle, laissant en arrière un anus sacré. Mais, lassé de pratiquer des opérations autoplastiques pour oblitérer cet anus, il a adopté, depuis 1891, une technique nouvelle qui consiste à invaginer dans le bout inférieur laissé intact et en place, le bout supérieur qu'il suture au pourtour de l'anus. Quelques jours après, il coupe les sutures, et le bout supérieur, abandonné à lui-même remonte à la place qu'il doit occuper. Pendant ce temps, la plaie s'est organisée, ses parois se sont accolées et les dangers d'infection sont beaucoup moindres. C'est à cette méthode que nous avons eu recours dans notre troisième opération, en ayant soin, avant d'invaginer l'intestin, de racler complètement la muqueuse du bout inférieur et de suturer au pourtour de l'extrémité de celui-ci la paroi externe du bout supérieur avant de suturer l'extrémité de ce dernier au pourtour de l'anus.

Le résultat a été satisfaisant ; en effet, la réunion a pour ainsi dire été complète, sans provoquer le moindre rétrécissement ; il ne s'est produit qu'une légère fistule, laquelle est actuellement cicatrisée.

Nous considérons, avec Kraske et la plupart des chirurgiens, le mode de suture imaginé par Hochenegg comme le meilleur pour l'opération qui nous occupe, mais nous croyons que la modification que nous avons apportée et consistant dans le raclage de la muqueuse du segment inférieur, est une manœuvre utile qui augmente les chances de réunion. D'autre part, nous estimons qu'au lieu de suturer, simplement comme le fait Hochenegg, le bout supérieur au pourtour de l'anus, il vaut mieux suturer la surface externe de celui-ci d'abord au pourtour de l'extrémité supérieure du bout inférieur et suturer ensuite son extrémité périphérique au pourtour de l'orifice anal. Cette dernière suture, nous conseillons de la faire



avec de la soie, de manière à maintenir l'intestin au niveau de l'anus aussi longtemps qu'on le désire.

Quant à la méthode de Morestin, dans laquelle l'auteur propose d'enlever, sur une certaine étendue, la muqueuse du bout supérieur et la musculuse du bout inférieur avant de les emboîter l'un dans l'autre, elle offre peu de garantie et nous paraît peu recommandable.

*Traitement pré- et post-opératoire.* — Avant de terminer ce que nous avons à dire de l'extirpation du rectum pour cancer, il nous reste à envisager le traitement pré- et post-opératoire.

Avant l'opération, nous soumettons pendant un certain temps nos malades à un régime fortifiant : viande, peptone, vin, etc. Nous donnons un purgatif d'huile de ricin et nous faisons mettre plusieurs lavements d'acide borique la veille et l'avant-veille.

Après l'opération, nous maintenons la constipation avec de l'opium, et, le cas échéant, du bismuth pendant une huitaine de jours, puis nous donnons un ou deux purgatifs et nous maintenons le malade constipé pendant une nouvelle période.

#### B. ABLATION DE LA PROSTATE CANCÉREUSE.

Nous ne sommes intervenu qu'une seule fois pour un cancer de la prostate, et encore s'agissait-il d'un néoplasme qui avait ulcéré le rectum chez un malade arrivé en plein à la période cachectique. Le patient se plaignait de douleurs atroces et c'est à cause de ses souffrances que nous avons consenti à intervenir. Dans ce cas, nous avons pratiqué la périnéotomie à lambeau, d'après la méthode de Otto Zuckerkandl, modifiée par Willems. Cette méthode consiste à faire une incision transversale de 5 centimètres environ à 3 centimètres au-devant de l'anus, correspondant à l'intersection du bulbo-caverneux et du sphincter anal. A chacune des extrémités de cette première incision, on mène une incision antéro-postérieure, dirigée obliquement en dehors et en arrière, de manière à former un trapèze dont le sommet regarde en avant. L'index de la main gauche étant introduit dans le rectum, l'opérateur sépare à petits coups de ciseaux le muscle bulbo-caverneux du sphincter de l'anus; il débride en même temps les parties latérales et continue la dissection jusqu'au niveau de la portion membraneuse. Il dépose alors les ciseaux et continue à séparer avec les doigts la région membraneuse, puis la prostate, qui ne sont réunies que par un tissu cellulaire lâche. La plaie se présente à ce moment sous forme d'une fente transversale profonde, bridée de chaque côté par les bords inférieurs des releveurs. Ces muscles étant ensuite sectionnés, la plaie devient largement béante et la prostate apparaît à découvert. S'il

s'agit d'aller plus loin, on sépare le rectum des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie et l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal. Tous les organes du petit bassin sont ainsi mis au jour et l'on peut, par cette large voie, les extirper sans trop de difficulté.

Chez notre malade, nous avons dû enlever, en même temps que la prostate, un segment du rectum envahi par le néoplasme. Comme nous l'avons dit plus haut, la périnéotomie nous paraît inférieure à la méthode de Schelkly pour l'ablation du cancer rectal, mais nous n'avons eu qu'à nous en louer pour la prostatectomie. On arrive sur la glande avec la plus grande facilité, et après la section des releveurs, la dissection de l'organe se fait comme s'il était à fleur de peau. D'ailleurs, la périnéotomie est la méthode de choix pour toutes les opérations sur la prostate, et nous avons vu notre collègue Verhoogen en obtenir les plus beaux résultats pour des hypertrophies, des abcès, etc.

### C. ABLATION DE LA MATRICE CANCÉREUSE.

En règle générale, on pratique l'hystérectomie vaginale pour cancer quand l'utérus est mobile et que les tissus voisins ne sont pas envahis par le processus pathologique. Si le vagin est étroit, si le volume de la matrice est trop considérable, on peut faire la dilatation de la vulve ou bien on peut diviser largement le périnée et faire suivre l'hystérectomie d'une périnéoraphie ; ou bien encore, on peut débrider le vagin par la méthode de Chaput, qui consiste à faire une incision latérale de chaque côté du conduit.

Mais l'hystérectomie vaginale ne permet pas d'extirper les ganglions lymphatiques engorgés, ni de faire l'ablation complète du néoplasme lorsque celui-ci a envahi les ligaments latéraux ou les organes voisins.

Dans les cas de ce genre, on a eu recours aux méthodes sacrées et périnéales. Hoehenegg appliqua à l'hystérectomie le procédé de Kraske ; Schede et d'autres firent la résection temporaire du sacrum ; Wölfler et O. Zuckerkandl proposèrent la voie para-sacrée ; notre collègue Kufferath, dans un cas, fit une incision commençant à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne droite, suivant le bord du sacrum et du coccyx, gagnant la ligne médiane et contournant l'anus pour se continuer jusqu'à la commissure du vagin ; Otto Zuckerkandl recommande la périnéotomie, qui se pratique d'après les mêmes règles que chez l'homme, avec cette différence toutefois que chez la femme il s'agit de dédoubler le septum recto-vaginal pour pénétrer dans le pelvis. Willems propose de modifier l'opération de Zuckerkandl de la manière suivante : « Après exécution de la périnéotomie à lambeau, il fend

la paroi vaginale, qui est libre dans la plaie jusqu'au col. Les deux ouvertures qui conduisaient à la matrice, l'une naturelle, le vagin, l'autre artificielle, la plaie périnéale, sont ainsi réunies en une seule, sensiblement aussi large que le détroit inférieur tout entier, et le col n'est plus au fond d'un canal, dont il faut l'extraire, mais presque à fleur de peau, au milieu d'une vaste plaie, qu'il est facile d'étaler en tous sens. La séparation du col d'avec la vessie et la suture hémostatique des ligaments larges, se font ici avec facilité, l'utérus restant *in situ*. Des tumeurs volumineuses, immobilisées même très haut, se laissent enlever ainsi avec une facilité relative et la large voie d'accès que l'on s'est créée permet d'éviter les uretères mieux que dans n'importe quel autre procédé. » Enfin, récemment, Schuchardt a fait connaître un procédé qui consiste, la malade étant placée dans la position gynécologique, à mener une incision antéro-postérieure un peu convexe en dehors, partant de l'union du tiers moyen et du tiers postérieur de la grande lèvre, passant à deux travers de doigt de l'an us et se terminant au sacrum. Cette incision est approfondie jusqu'à hauteur du col; on sectionne dans toute son étendue le pont qui sépare le vagin de la plaie et l'on obtient ainsi une large voie à travers laquelle on peut attirer l'utérus et explorer le petit bassin.

Nous avons donné, en parlant de la résection du rectum, les inconvénients des méthodes sacrées et para-sacrées; nous ajouterons, comme l'a fait remarquer dernièrement Willems à la Société belge de chirurgie, que dans l'hystérectomie pratiquée par la voie sacrée, il peut être fort malaisé de reconnaître le cul-de-sac recto-vaginal.

Les deux méthodes qui nous paraissent les plus recommandables sont la périnéotomie d'après Otto Zuckerkandl-Willems et la méthode de Schuchardt. Nous avons eu l'occasion d'employer, il y a quelque temps, cette dernière pour un cancer limité au col avec vagin très étroit et utérus non abaissable: Cette méthode est rapide, facile et ne donne lieu qu'à une hémorragie insignifiante; mais, contrairement à l'opinion exprimée par son auteur, elle est impossible à pratiquer sans sectionner le releveur de l'an us. La périnéotomie se rapproche beaucoup de l'opération de Schuchardt, pratiquée de chaque côté du vagin, et sa seule infériorité est d'être plus lente, le dédoublement du septum recto-vaginal constituant une manœuvre assez délicate, longue et donnant lieu à une hémorragie relativement abondante.

Comme résumé de notre travail, nous émettrons les conclusions suivantes :

1° Pour extirper les cancers de la partie moyenne et de la partie

supérieure du rectum, la méthode de Schelkly, telle que nous l'avons modifiée, nous paraît la meilleure;

2° Pour rétablir la continuité du tube intestinal à la suite de cette opération, deux méthodes sont surtout recommandables. La première consiste à retourner le bout inférieur de l'intestin en doigt de gant et à invaginer à travers celui-ci le bout supérieur, de manière à permettre de faire la suture par l'orifice anal et d'accoler les segments par leurs surfaces conjonctives. La seconde consiste à racler la muqueuse du bout inférieur et à invaginer à travers celui-ci, laissé en place, le bout supérieur qu'on suture d'une part au pourtour de l'orifice anal et d'autre part au pourtour de l'extrémité centrale du bout inférieur ;

3° Pour extirper les cancers de la prostate, il faut avoir recours à la périnéotomie d'après la méthode de Otto Zuckerkandl, modifiée par Willems ;

4° Dans les cas de cancer utérin, si l'hystérectomie vaginale est impossible, la méthode de Schuchardt ou la périnéotomie telle que la conseille Willems sont préférables aux méthodes sacrées pour faire l'ablation de la matrice.

OBSERVATION I. — Homme âgé de 28 ans, portant un cancer annulaire à 10 centimètres au-dessus de l'anus. Le rétrécissement cancéreux avait donné lieu à une obstruction complète et, depuis plus d'une semaine, la défécation était devenue impossible. Nous pratiquâmes d'urgence l'anus iliaque, d'après le procédé habituel, et une semaine plus tard, quand le malade fut remis de cette première intervention, nous entreprîmes la résection du rectum, par la méthode de Kraske : incision courbe à convexité droite, partant du milieu de la symphyse sacro-iliaque, gagnant la ligne médiane et descendant jusqu'à l'anus. Désarticulation du coccyx et section du sacrum suivant une ligne oblique. Désinsertion du rectum, ouverture du péritoine et résection de la partie malade, réunion des deux bouts par un double plan de suture; suture du péritoine; placement d'un drain et suture de la peau. Cette opération fut menée à bonne fin, quoique ayant donné lieu à une hémorragie très abondante. Quelques jours plus tard, les sutures intestinales cédèrent et les matières fécales s'échappèrent en abondance par la plaie; la cicatrisation ne se termina qu'au bout de plusieurs mois. Sur ces entrefaites, l'anus iliaque s'était refermé et il y eut récédive dans la suite. Nous refîmes l'anus iliaque par la méthode d'Albert et le malade survécut avec cette infirmité pendant plus d'un an.

OBSERVATION II. — Antoinette V..., âgée de 35 ans, ménagère, entre à l'Institut de la rue Sans-Souci le 4 août 1893. Mère vivante, père mort d'affection de la poitrine, un frère vivant, bien portant, deux frères morts, l'un en bas âge, l'autre de typhus.

Réglée pour la première fois à l'âge de 11 ans. Les règles ont toujours été régulières; la malade n'a jamais eu de pertes blanches, a eu cinq enfants, dont trois sont en vie; le dernier accouchement a eu lieu il y a sept ans. Deux fausses couches, dont la dernière il y a un an.

Depuis l'âge de 14 ans, la malade se plaint de besoins fréquents d'aller à selle; les

matières fécales renferment souvent du sang. Depuis un an, coliques dans le ventre, défécation accompagnée de douleurs atroces; diarrhée.

*État général* : amaigrissement La malade paraît fortement accablée; les organes abdominaux et thoraciques n'offrent rien de spécial. Au toucher rectal, on constate, à 10 centimètres au delà de l'anus, un cancer annulaire avec un rétrécissement permettant à peine l'introduction du doigt. La malade devant être opérée le lendemain, on lui met plusieurs lavements.

*5 août.* Opération. Narcose au chloroforme; la malade est couchée dans le décubitus dorsal, le siège fortement élevé et les cuisses pliées sur l'abdomen. Soins antiseptiques de la région et lavage du rectum au sublimé. Placement d'un tampon de gaze iodiformée dans le rectum. Incision transversale au niveau du coccyx, s'étendant de chaque côté, jusque tout près des tubérosités ischiatiques; sur les extrémités de cette incision, deux incisions verticales de manière à former un H; désinsertion du coccyx et résection de celui-ci à la base. Section du muscle releveur de l'anus. Le lambeau antérieur étant alors porté en avant, on a devant soi une vaste ouverture par laquelle il est facile de dégager le rectum sur toute son étendue; ouverture du péritoine et section du méso-rectum. Le rectum étant suffisamment séparé des tissus qui l'environnent, on place une ligature en dessous de la tumeur et on le sectionne immédiatement au-dessus du sphincter. On place alors une seconde ligature légèrement serrée à 5 centimètres au-dessus du cancer et on sectionne l'intestin immédiatement en dessous de celle-ci. Le bout supérieur est alors invaginé dans le bout inférieur, retourné en doigt de gant, de manière à permettre de faire la suture en dehors de l'anus. Ceci fait, on place un drain de chaque côté de l'incision et on referme la plaie au catgut.

L'opération a duré à peine une heure et n'a donné lieu qu'à une hémorragie peu importante.

Quelques heures après l'opération, la malade commence à ressentir de fortes douleurs au niveau de la région sacrée.

Température, 8 h. soir, 37°,8. Pouls 23 au quart.

Injection de morphine.

*6 août.* Température, 8 h. matin, 37°,7. Pouls 23 au quart. La malade n'a dormi que quelques heures et s'est plainte beaucoup la nuit. Les douleurs sont toujours aussi fortes.

Température, 8 h. soir, 38°,7. Pouls 25 au quart. Légère agitation. Injection de morphine. Devant nous absenter, nous abandonnons les soins au Dr Jean Verhoogen.

*7 août.* Température, 8 h. matin, 38°,4. Pouls 25 au quart; 8 h. soir, 38°,9. Pouls 25 au quart; l'agitation persiste. La malade a pris un peu de bouillon.

*8 août.* Température, 8 h. matin, 38°,4. Pouls 25 au quart. Selles diarrhéiques, 8 h. soir, 38°,6.

*9 août.* Température, 8 h. matin, 38°,5; 8 h. soir, 38°,8.

*10 août.* Température, 8 h. matin, 38°,9; 8 h. soir, 38°,7.

Les sutures se détachent en partie au niveau de la plaie et il existe à ce niveau une communication avec le rectum par où passent les matières fécales. A partir de ce moment, on renouvelle le pansement tous les jours et on nettoie la plaie au sublimé.

*11 août.* Température, 8 h. matin, 38°,8; 8 h. soir, 38°,5.

*12 août.* Température, 8 h. matin, 38°,5.

Il se détache du rectum un lambeau gangrené comprenant toutes les sutures. On

constate, en introduisant le doigt dans l'anus, les drains de la plaie sacrée. Lavage et injection dans les drains.

Température, 8 h. soir, 39°; 11 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> h. soir, 39°<sub>4</sub>.

13 août. Température, 8 h. matin, 38°; 8 h. soir, 37°<sub>8</sub>.

14 août. Température, 8 h. matin, 37°<sub>3</sub>; 8 h. soir, 37°<sub>8</sub>. A partir de ce moment, la température redevient normale.

15 août. On enlève les drains. La malade a ressenti de légères coliques.

La situation s'améliore de jour en jour et la malade sort de l'Institut le 26 août dans un état très satisfaisant : la plaie est complètement cicatrisée; les selles sont régulières et non douloureuses. En introduisant le doigt dans l'anus, on constate que l'état de l'intestin est parfait; on arrive dans une large ampoule recouverte de muqueuse et l'on peut à peine sentir la place où l'union des deux bouts s'était faite. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Il y a actuellement un an et demi que l'opération a été faite : la malade est parfaitement bien portante; elle a augmenté en poids, la mine est excellente et il n'y a pas d'apparence de récurrence.

OBSERVATION III. — Ferdinand M..., 61 ans, négociant; entre à l'Institut de la rue Sans-Souci le 17 juillet 1894. Père mort de pneumonie; mère morte à l'âge de 54 ans; une sœur bien portante; pas d'antécédents héréditaires déterminés dans la famille.

*Maladies antécédentes* : pleurésie à l'âge de 28 ans; variole en 1870; n'a jamais eu de maladie vénérienne quelconque.

Depuis trois ans, le malade s'aperçoit d'une difficulté dans la défécation, laquelle augmente d'une façon insensible; les matières fécales se présentent sous forme de boules ou bien sont liquides; elles sont toujours accompagnées de sang et de mucosités; jamais elles ne sont moulées; depuis un certain temps le patient se plaint de besoins fréquents d'aller à selle (40 à 50 fois par jour), et il ne perd alors qu'une légère quantité de liquide sanguinolent corrompu. Il n'a jamais ressenti la moindre douleur dans le ventre, mais il éprouve des cuissons au niveau du rectum.

*Examen du rectum* : tumeur en chou-fleur située à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus, saignant avec la plus grande facilité; le canal intestinal est fortement rétréci à ce niveau, au point de ne pas permettre l'introduction du doigt; on ne peut atteindre par le toucher rectal la limite supérieure du néoplasme, mais par le palper abdominal combiné avec le toucher, on constate que la tumeur s'élève très haut tout en étant relativement mobile. On ne sent pas de ganglions dans la fosse iliaque, et le ventre est fort peu ballonné.

*État général* peu satisfaisant : facies cardiaque, léger œdème des membres inférieurs; depuis neuf mois, le malade a fortement maigri; son poids actuel est de 63 kilogrammes; on ne perçoit pas de souffle au cœur, mais les bruits sont très sourds; rien d'anormal du côté de la poitrine.

La veille de l'opération, purgatif d'huile de ricin; dans la journée, plusieurs lavements d'acide borique.

19 juillet. Opération : Le malade est couché dans le décubitus dorsal, le siège fortement élevé, les cuisses pliées sur l'abdomen, de manière à donner au sacrum une direction relativement verticale. Soins antiseptiques de la région; lavage du rectum au sublimé. Placement d'un tampon de gaze iodoformée dans le rectum. Incision trans-

versale au niveau du coccyx, s'étendant de chaque côté jusque tout près des tubérosités ischiatiques; sur les extrémités de cette incision, deux incisions verticales, de manière à former un H; dissection du lambeau postérieur, désinsertion du coccyx et de la partie inférieure du sacrum; résection transversale de l'os au moyen de la scie à chaîne au-dessus de la cinquième vertèbre sacrée; section du muscle releveur de l'anus et dégagement du rectum sur toute sa périphérie en dessous du cancer. Cette manœuvre donne lieu à la déchirure de l'intestin, tant les tissus sont ramollis; on retire alors le tampon rectal et l'on sectionne transversalement le rectum au-dessus du sphincter, après avoir placé une ligature en dessous de la tumeur.

On continue ensuite à dégager le rectum sur le pourtour du cancer et l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal. Celui-ci ouvert, il devient facile de séparer l'intestin aussi haut que l'on veut en sectionnant le méso-rectum, préalablement saisi dans des pinces. L'intestin étant dégagé d'une façon suffisante pour permettre à la partie intacte d'être attirée jusqu'à l'anus, on le sectionne au-dessus du cancer. Celui-ci a une étendue de 9 centimètres et a dépassé le cul-de-sac péritonéal; on résèque l'intestin sur une étendue de 11 centimètres. On fait ensuite le raclage du bout inférieur, et, à travers celui-ci, on passe le bout supérieur que l'on suture d'une part au pourtour de l'anus et d'autre part au pourtour de l'extrémité centrale du bout inférieur. Placement de deux gros drains et suture de la plaie sur toute son étendue, après ligature des vaisseaux et des portions du méso-rectum pris dans les pinces.

L'opération a duré un peu plus de trois quarts d'heure.

*Suites de l'opération.* — A son réveil, le malade se trouve bien; il ne ressent pas de douleurs et n'a pas de vomissements.

5 h. soir, température 36°,8.

8 h. soir, température 37°; pouls 24 au quart, fort et régulier.

Vers 9 heures, il se produit une selle qui nécessite le changement du pansement. On donne une potion de 8 centigrammes d'extrait d'opium et on fait une injection de 1 centigramme de morphine.

20 juillet. 8 h. matin, température 38°,1; pouls 24 au quart. 7 h. soir, température 34°,4; pouls 24 au quart.

Dans la soirée une selle. On renouvelle le pansement. Les bords de la plaie sont congestionnés.

A partir de ce jour, le malade reste constipé jusqu'au 27 juillet. On renouvelle le pansement tous les jours. La température oscille entre 37° et 38°,5; le pouls bat de 24 à 27 au quart.

27 juillet. Purgatif d'huile de ricin; selles abondantes; les matières fécales arrivent par l'anus et en partie par la plaie. Les incisions verticales sont réunies, tandis que l'incision transversale reste béante. La réunion de l'intestin s'est faite sur la plus grande partie de la circonférence.

Depuis le malade va tous les jours à selle, malgré l'opium et le bismuth; on fait journellement le nettoyage de la plaie, d'où il s'élimine des lambeaux de tissu gangrené. Il se produit des eschares aux trochanters.

Peu à peu le bourgeonnement s'établit et le malade sort de l'Institut.

Il ne persiste plus qu'un léger trajet fistuleux, indépendant de l'intestin; les selles sont régulières et la défécation normale. Les matières fécales sont bien moulées.

Au toucher rectal, le rectum ne présente pas le moindre rétrécissement.

Aujourd'hui, 1<sup>er</sup> octobre, c'est-à-dire deux mois et demi après son opération, le malade est parfaitement bien, il n'a pas la moindre gêne, a augmenté en poids de 12 kilogrammes et rien dans son aspect général ne peut faire supposer qu'il a été atteint d'une affection cancéreuse.

*Examen anatomo-pathologique.* — La portion du rectum réséquée a une étendue de 11 centimètres. Le cancer mesure 9 centimètres, laissant à chacune de ses extrémités 1 centimètre d'intestin intact. Le néoplasme se présente sous forme d'un chou-fleur obstruant pour ainsi dire d'une façon complète la lumière intestinale.

*A l'examen microscopique :* cancer glandulaire à cellules cylindriques.

OBSERVATION IV. — Emmanuel G..., 66 ans, sans profession, entre à l'Institut de la rue Sans-Souci le 26 août 1894.

Père mort à l'âge de 50 ans d'affection indéterminée. Mère morte à l'âge de 84 ans. Trois frères vivants bien portants; cinq frères morts; une sœur vivante, une sœur morte épileptique. Trois enfants bien portants.

Maladies antécédentes : typhus. Atteint de constipation depuis le mois de mai; depuis douze mois, selles sanguinolentes, purulentes et fétides. Amaigrissement très notable.

*État local :* à l'examen digital : tumeur cancéreuse située au-dessus de l'ampoule rectale, à plus de 10 centimètres de l'orifice anal; cette tumeur est mobile, fait saillie dans le tube intestinal sous forme d'un chou-fleur et ne paraît pas très étendue; il n'existe pas de ganglions appréciables dans la fosse iliaque.

*État général* paraît satisfaisant; le cœur et les poumons sont normaux, le pouls plein et régulier, les digestions sont bonnes et il n'y a pas de ballonnement du ventre. L'intelligence paraît peu développée. La veille de l'opération, purgatif et lavements d'acide borique.

Opération le 28 août. Elle se fait identiquement d'après les règles décrites dans l'observation précédente; seulement ici le cancer est moins étendu, mais il est situé beaucoup plus haut; il se trouve entièrement au delà du cul-de-sac péritonéal, et immédiatement au-dessus du néoplasme il existe, sur une étendue de 7 à 8 centimètres, un rétrécissement intestinal que nous enlevons en même temps que la tumeur. L'intestin est ainsi réséqué sur une étendue de 15 centimètres.

L'opération d'ailleurs se poursuit dans les meilleures conditions, dure moins d'une heure et ne donne lieu qu'à une hémorragie insignifiante. Le malade, remis au lit, paraît se trouver dans de bonnes conditions; le pouls est ample et régulier, battant 25 au quart, et à son réveil l'opéré ne présente rien d'anormal.

Le soir à 8 heures, température 37°,4; pouls 25 au quart.

Le lendemain, le malade paraît plus ou moins hébété; il répond d'une façon vague aux questions qu'on lui pose. Les urines sont normales et abondantes. On renouvelle le pansement. Température, 8 h. matin, 37°,2; pouls, 25 au quart. 8 h. soir, température, 36°,5; pouls, 25 au quart.

Les suites dépendant directement de l'acte opératoire sont des plus simples, la cicatrisation de la plaie se fait d'une façon régulière et l'aspect extérieur du malade est des plus satisfaisants : le teint reste normal, la langue humide; la température et le pouls ne varient pas sensiblement, les urines sont abondantes et limpides, mais les phénomènes cérébraux se prononcent de plus en plus : le patient refuse de manger, il y a de



la rétention d'urine et il se déclare un délire semblable au délire alcoolique, caractérisé par des hallucinations et des excitations qui épuisent le malade et se terminent par la mort huit jours après l'opération. D'après des renseignements fournis par certains membres de la famille, il existait depuis un an une certaine perte de mémoire et parfois il se présentait des moments où l'esprit n'était plus entièrement lucide.

A l'autopsie du cerveau, on ne constate aucune altération macroscopique.

*Examen anatomo-pathologique.* — La portion d'intestin réséquée est de 15 centimètres de longueur. Le cancer mesure 6 centimètres; il se présente sous forme d'un chou-fleur disposé circulairement. Il laisse en bas 2 centimètres d'intestin intacts; et en haut il existe au-dessus du néoplasme un rétrécissement fibreux du canal sur une étendue de 7 centimètres.

*A l'examen microscopique :* carcinome glandulaire à cellules cylindriques.

OBSERVATION V. — Cette observation date de quatre ans.

M. X..., âgé de 65 ans. présente un cancer de la prostate ayant ulcéré le rectum; il souffre de douleurs atroces qui me décident à intervenir.

Périnéotomie d'après la méthode de Willems; extirpation complète de la prostate et résection du rectum. Mort huit jours après l'intervention.

OBSERVATION VI. — Juliette F..., 31 ans; père vivant et bien portant, mère morte d'affection indéterminée, deux frères morts de variole, deux sœurs, dont l'une est sujette à des métrorrhagies; pas de maladie antécédente; réglée pour la première fois à l'âge de 17 ans, les règles ont toujours été régulières jusqu'il y a deux ans; depuis, elles reviennent tous les quinze jours; perd du sang d'une façon continue depuis un mois. La malade a, de temps en temps, des pertes blanches; n'a jamais éprouvé la moindre douleur. Elle entre à l'Institut de la rue Sans-Souci le 26 avril 1894.

*Examen actuel :* ventre normal à l'inspection, pas de sensation de tumeur. Au toucher vaginal : col fortement hypertrophié, lisse en avant et présentant en arrière de l'orifice une ulcération fongueuse, saignant avec grande facilité. L'orifice arrondi, ne présente rien de particulier; la matrice est mobile et mesure 9 centimètres; elle n'est pas abaissable à cause de l'étroitesse du vagin. Les ligaments ne sont pas infiltrés.

*État général :* pâleur assez prononcée, teint cancéreux; les organes de la poitrine sont intacts. Les voies digestives sont normales; les selles, régulières.

29 avril : opération : soins aseptiques, position gynécologique, incision au côté gauche du vagin, allant de la tubérosité ischiatique jusqu'au bord du sacrum. Cette incision est approfondie jusqu'à la hauteur du col de la matrice. Section de la paroi séparant la plaie du vagin. On saisit alors le col dans deux pinces et on attire la matrice au dehors, ce qui se fait avec la plus grande facilité. Incision circulaire du col; séparation de la vessie, ouverture des culs-de-sac. Section des ligaments après placement de pinces languettes, et extirpation de la matrice avec les ovaires. Suture vaginale et cutanée de la plaie au catgut, pansement aseptique.

La malade a parfaitement supporté cette opération; l'hémorragie a été insignifiante.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : le troisième jour, la température a atteint 38° pour revenir le lendemain à la normale. La malade n'a pas eu de vomissements. On enlève les pinces après quarante-huit heures, et, au bout de huit jours, la

réunion de la plaie est complète. On continue à faire journellement une injection vaginale, et le quinzième jour après l'opération, la malade sort de l'Institut, complètement guérie.

Nous avons revu la malade il y a quelque temps : l'affection cancéreuse avait récidivé.

*Examen anatomo-pathologique.* Matrice légèrement augmentée de volume. Partie vaginale du col hypertrophiée, présentant une ulcération fongueuse d'un aspect nettement cancéreux, qui occupe presque tout le segment postérieur. *A l'examen microscopique,* on y reconnaît l'épithélioma pavimenteux.



## Biblioteka Główna WUM

Biblioteka Główna WUM

**Br.6781**



000024941



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)