

Association Française de Chirurgie
Reconnue d'Utilité Publique par décret du 26 Aout 1893

TRENTIÈME CONGRÈS DE CHIRURGIE
STRASBOURG 1921

Président M. Le Professeur Jules Boeckel

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

Publiés sous la direction de M. le Dr J.-L. Faure, Secrétaire Général

PARIS
AU SECRÉTARIAT DE L'ASSOCIATION
10, rue de Seine, 10
ET A LA LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, Boulevard Saint-Germain, 108

Nouveau procédé d'ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien

Par M. Henri Hartmann, de Paris

Il est de règle, pour l'extirpation des cancers de la partie terminale du côlon pelvien, de faire une opération actuellement encore très grave, l'amputation abdomino-périnéale du rectum. Chez deux maladies, colostomisés pour des accidents d'occlusion, je me suis, dans un deuxième temps, borné à extirper le segment de côlon intermédiaire à l'anus artificiel et au rectum avec le territoire ganglionnaire correspondant. Puis j'ai fermé le bout supérieur du rectum et l'ai péritonisé, ne touchant pas au plancher périnéal.

Les suites de l'opération ont dans les deux cas été aussi simples que celles d'une opération d'appendicite à froid. La conservation d'un petit cul-de-sac rectal sus-sphinctérien n'a pas présenté le moindre inconvénient, mes opérations datent de 9 et de 10 mois; les maladies vont très bien.

New procedure for the removal of cancers of the terminal part of the pelvic colon.

M. Henri Hartmann, Paris

Translation by Thomas Pézier, May 8th 2008

It is current practice to remove cancers of the terminal pelvic colon pelvis by way of a very major operation, namely an abdominal-perineal resection of the rectum. For two patients with colostomies following obstruction, I decided, upon reflection, to confine my excision to the segment of colon, with its accompanying ganglionic territory, proximal to the anus and rectum. Then I closed the superior part of the rectum and left it in the peritoneum without disturbing the perineal floor.

The practicalities of the operation itself in the two cases were as straightforward as removing a non-inflamed appendix. Leaving a rectal dead end did not present any inconveniences, and my patients are still very well, now 9 and 10 months post-operation respectively.