

speculum ani est généralement abandonné, parce que l'introduction de l'instrument est douloureuse, qu'il est difficile parfois d'embrasser la production morbide entre les valves. Les *bougies à empreinte* sont passibles des mêmes reproches que l'emploi de ces corps dans les rétrécissements inflammatoires (voy. p. 769). La *palpation abdominale* ne permet de sentir que les tumeurs de la partie supérieure du rectum, et surtout celles qui occupent l'S iliaque. C'est le *toucher rectal* avec l'indicateur qui fournit les meilleures données. Lorsque la tumeur occupe la partie la plus élevée du rectum, le doigt est parfois trop court pour atteindre la dégénérescence. Amussat a conseillé, dans ce cas, de pousser en haut, avec la main restée libre, le coude correspondant au doigt introduit dans l'intestin, en même temps qu'on fait refouler en bas la paroi abdominale antérieure. Vidal a fait remarquer que le doigt arrive plus haut dans l'intestin, en se plaçant derrière le malade, surtout quand le doigt est dirigé vers le côté gauche du patient. Il veut qu'on pratique le toucher rectal en donnant au sujet des attitudes diverses : debout, couché sur le dos ou sur l'un des côtés du corps, placé comme un quadrupède.

Le toucher rectal permet de reconnaître une tumeur s'il en existe une ; mais il faut préciser si la tumeur appartient au rectum lui-même, ou si elle tient à un organe voisin du rectum et fait seulement saillie dans ce dernier. En combinant chez la femme le toucher *vaginal* et le *toucher rectal*, on s'assurera du point de départ de la production morbide. Il faudrait bien peu d'habitude pour considérer comme tumeur du rectum une rétroversion ou une rétroflexion de l'utérus, ou un pessaire laissé dans le vagin. En pratiquant chez l'homme le cathétérisme des voies urinaires, et en ayant égard aux troubles fonctionnels de ce dernier appareil, on ne prendra pas non plus pour une tumeur du rectum les tumeurs de la vessie, de la prostate, les calculs de l'urètre, etc. Les *corps étrangers* introduits dans le rectum ou arrêtés dans cet intestin après avoir été avalés se distinguent du cancer, en ce qu'ils sont indépendants des parois du rectum, qu'on les déplace dans l'intérieur de l'intestin. Au début du mal, la *fissure* à l'anus, par cela seul qu'elle est accompagnée de douleurs vives pendant la défécation et quelquefois d'un suintement sanguinolent, pourrait en imposer pour un cancer commençant ; l'exploration de l'intérieur du rectum lèvera tous les doutes. Les *abcès* de la marge de l'anus s'accompagnent de phénomènes inflammatoires aigus ; ils parcourent rapidement les différentes phases de leur évolution. Le *prolapsus* de la muqueuse anale forme une tumeur souple, rougeâtre, élastique, facile à réduire. Les *polypes* du rectum sont des tumeurs lisses, en général pédiculées, sans induration de la portion attenante des parois de l'intestin, s'échappant de l'anus pendant les efforts de défécation. Les *hemorroïdes* forment des tumeurs souples, sujettes à des alternatives de turgescence et de retrait, suivant qu'on les examine pendant ou dans l'intervalle de la période de fluxion. Il faut cependant convenir que lorsque ces tumeurs sont anciennes, indurées et ulcérées, le diagnostic différentiel offre plus de difficultés. Les *indurations* syphilitiques occupent de préférence la marge

de l'anus ; elles ne se terminent pas par ulcération et cèdent à un traitement spécifique. Les *inflammations* chroniques du rectum offrent des périodes de calme et d'exacerbation plus marquées que le cancer ; les parois du rectum sont moins indurées que dans le cancer. Les *rétrécissements* d'origine inflammatoire (voy. p. 766) diffèrent des rétrécissements cancéreux, en ce que dans ces derniers on constate à une époque avancée du mal l'existence d'ulcères à bords renversés, d'un écoulement ichoreux d'une odeur caractéristique.

Causes. On n'est pas d'accord sur la fréquence relative du cancer du rectum dans les deux sexes. L'affection s'observe plus souvent chez les sujets qui ont dépassé l'âge de quarante ans. L'influence de l'hérédité n'est pas démontrée ; il en est de même de la station assise prolongée, de la constipation, d'irritations de tous genres portées sur le rectum, notamment la pédérastie passive, l'abus des purgatifs drastiques.

Pronostic. La mort est la terminaison constante de la maladie.

Traitement. Il est palliatif ou curatif.

Lorsque le cancer est jugé inopérable ou que le malade se refuse à toute opération, il faut s'attacher à combattre la constipation par l'emploi de lavements, de minoratifs ou de purgatifs. On cherche à calmer les douleurs par les préparations narcotiques, qui ont malheureusement pour conséquence d'augmenter la constipation.

DILATATION. Elle s'exécute comme nous l'avons indiquée pour les rétrécissements fibreux (voy. p. 769). Si elle ne procure pas de guérison radicale, elle offre l'avantage de maintenir une voie pour l'expulsion des fécès. Elle est d'une exécution difficile et très-douloureuse, si on ne prend pas de grandes précautions pour l'introduction de l'agent dilatant.

CAUTÉRISATION. Elle rend les mêmes services que la dilatation ; en détruisant par places certaines portions du cancer qui obstruent l'intestin, on rend la défécation moins pénible. On la pratique avec l'azotate d'argent, ou la potasse caustique, introduits dans un porte-caustique.

ÉCRASEMENT. Il n'est applicable qu'aux champignons cancéreux déjà ramollis, que l'on ramasse entre les mors dentelés d'une longue pince portée dans le rectum.

ARRACHEMENT. Cette manœuvre a été employée par Récamier ; elle consiste à enlever des portions cancéreuses avec le doigt introduit dans le rectum, et recourbé en crochet pour saisir la production morbide. L'arrachement est restreint aux mêmes cas que l'écrasement.

EXCISION. Sous ce nom, on désigne l'ablation par l'instrument tranchant de petites tumeurs ou de végétations qui pullulent à la surface du cancer. Moyen palliatif dans le plus grand nombre des cas, cette méthode deviendrait radicale si la tumeur était pédiculée et qu'on pût en faire l'excision complète.

LIGATURE. Elle est partielle ou totale. La *ligature partielle* est applicable aux petites tumeurs limitées à un point de la circonférence du rectum.

La *ligature totale* ou *en masse* peut se pratiquer par le procédé suivant dû à Récamier : nous supposons un cancer annulaire de toute la circonférence

du rectum, à une distance qui ne soit pas assez grande pour que le doigt introduit dans l'intestin ne puisse en dépasser les limites supérieures. Une longue aiguille recourbée, présentant sur sa face concave une rigole parcourue par un ressort, est introduite derrière la tumeur, sur les limites du cancer. La pointe de l'aiguille perce le rectum au-dessus du cancer, à l'endroit où le doigt du chirurgien a été placé. On pousse le ressort contenu dans la cannelure de l'aiguille, après avoir au préalable substitué au doigt un gorgere, le long duquel le ressort glisse pour sortir par l'anus, en présentant son chas. On passe dans ce dernier deux forts cordonnets de soie de couleur différente. Tirant ensuite sur le bout opposé du ressort, on entraîne les deux cordonnets de bas en haut, jusqu'à la limite du cancer où la pointe de l'aiguille est restée. Faisant ensuite retenir en dehors de l'anus l'extrémité de chacun des fils, on retire l'aiguille avec le ressort, pour faire ressortir l'autre extrémité de chacun des fils. De cette façon, la tumeur cancéreuse est entourée de deux anses de fil dont les extrémités sortent par l'anus et dont la partie moyenne embrasse la limite supérieure de la tumeur. On exécute les mêmes manœuvres sur plusieurs points de la circonférence de la production morbide, de manière à avoir un nombre suffisant de fils qui embrassent cette dernière. On noue tous ces fils de la façon suivante : chaque bout intra-anal d'un fil est noué avec le bout correspondant de même couleur placé à côté de lui, pendant que les bouts opposés de même couleur sont passés dans un serre-nœud. De cette manière, la tumeur est fortement serrée dans les intervalles circonscrits par les anses résultant de la réunion des bouts de fil de même couleur. Pour bien comprendre cette ligature, il faut la simuler sur un doigt de gant. On reconnaît alors que la tumeur n'est étreinte que par sa circonférence supérieure; pour obtenir une constriction plus énergique, il faudrait réintroduire les deux bouts non noués dans l'intestin, au-dessous des limites inférieures de la production morbide, après quoi on les passerait dans un serre-nœud.

EXTIRPATION DU RECTUM. On attribue à Faget la première opération de ce genre, qu'il pratiqua, en 1729, dans un cas de dénudation de l'intestin, à la suite de vastes abcès qui avaient détruit le tissu cellulaire des excavations ischio-rectales. Ce n'est qu'en 1826 que Lisfranc a exécuté cette opération pour un cancer de l'extrémité inférieure du rectum.

Pour déterminer dans quelles limites on peut enlever l'extrémité inférieure du rectum, il faut préciser la distance qui existe entre le cul-de-sac péritonéal et l'anus. Or, sous ce rapport, anatomistes et chirurgiens sont loin d'être d'accord. Pour ne citer que quelques chiffres : d'après Lisfranc, la distance entre ces deux points est, chez la femme, de 162 millimètres; chez l'homme, de 108 millimètres. Blandin ne trouve chez la femme que 41 millimètres; chez l'homme, 81. Vidal (de Cassis) assigne une distance moyenne de moins de 54 millimètres, dans les deux sexes.

L'extirpation du rectum n'est praticable que lorsque le doigt indicateur peut dépasser les limites supérieures de la tumeur, et lorsque le tissu cellulaire ambiant est resté sain, cette dernière condition étant indispensable

pour abaisser l'intestin pendant les manœuvres. Si le cancer avait envahi la cloison recto-vaginale, la prostate ou l'urètre, on s'abstiendrait.

Procédé de Lisfranc. Le malade est couché sur le côté, les cuisses demi-fléchies, assujetti dans cette position par des aides. L'un d'eux tend les téguments qui entourent l'anus; le chirurgien tendant lui-même ces parties avec la main gauche, pratique avec un bistouri tenu de la main droite, à environ 2 centimètres et demi de l'orifice anal, deux incisions semi-lunaires qui se réunissent en avant et en arrière, de manière à circonscire l'anus dans l'aire d'une ellipse. Ces incisions comprennent la peau, que l'on dissèque en dirigeant le tranchant du bistouri vers le rectum, de façon à isoler celui-ci de toutes parts. L'avantage de ces deux incisions est de pouvoir abaisser le rectum et de le faire saillir en bas de plus de 27 millimètres, lorsqu'on tire sur l'intestin après avoir introduit le doigt indicateur dans sa cavité. Lorsque le cancer est borné à la muqueuse ou qu'il ne s'étend pas au delà des tuniques de l'intestin, qu'il ne s'élève pas à plus de 27 millimètres au-dessus de l'anus, Lisfranc veut qu'on recourbe l'indicateur introduit dans le rectum; que par une traction en bas, on renverse l'intestin sur lui-même, pour mettre toute la maladie à découvert. On fend la partie du rectum renversé, et on l'excise en la contourant avec de forts ciseaux. Ce procédé a l'avantage de ménager une partie du sphincter externe, ce qui prévient l'incontinence des matières.

Si le cancer dépasse en épaisseur les tuniques du rectum, s'il remonte à une hauteur de 54 à 81 millimètres, Lisfranc, après avoir disséqué l'intestin dans toute sa circonférence, comme il vient d'être dit précédemment, incise avec de forts ciseaux la partie postérieure du rectum, jusqu'au-dessus des limites de la dégénérescence. On lie les vaisseaux ouverts, on implante sur la partie inférieure du rectum des érignes avec lesquelles on maintient l'intestin abaissé, et on excise toutes les parties altérées avec de forts ciseaux. Il est bien entendu que si on opère une femme, on dissèque avec précaution le rectum du côté de sa face antérieure pour ne pas entamer la cloison recto-vaginale. Chez l'homme, on ménagera, du même côté, le canal de l'urètre. Le pansement consiste en linge troué enduit de cérat, gâteaux de charpie, compresses, le tout soutenu par un bandage en T. On a proposé d'introduire une grosse mèche de charpie dans le rectum.

Velpeau a conseillé de passer des fils d'une part à travers le rectum, au-dessus des limites du cancer, de l'autre à travers la peau de l'anus, après avoir disséqué le rectum dans une hauteur suffisante; alors seulement on complète l'opération en excisant la production morbide. En tirant sur les fils, on réunit la nouvelle extrémité de l'intestin avec les téguments de la région ano-périnéale.

Les accidents à redouter, lorsqu'on pratique l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum, sont : l'hémorragie, la péritonite, l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire du bassin, des phénomènes nerveux.

L'hémorragie est facile à prévenir si on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts. La péritonite n'est pas seulement la conséquence de la lésion du cul-de-sac péritonéal, elle peut résulter de la propagation à la séreuse