

présentent très souvent, dans les phases ultimes de l'affection, des signes non douteux de tuberculose pulmonaire, et beaucoup succombent à des accidents thoraciques. On croyait naguère encore que c'était l'affaiblissement, la dénutrition qui amenaient chez eux l'éclosion de la tuberculose. Ces faits s'expliquent mieux depuis que l'on sait qu'un grand nombre de ces rétrécissements sont eux-mêmes de nature tuberculeuse.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des rectites hypertrophiques ne peut être fait que par le toucher. C'est parce qu'on ne le pratique pas toujours qu'on commet bien des erreurs. On constate sur le périnée un ou plusieurs orifices, et l'on croit qu'il s'agit de fistules banales; on conseille au malade des lavages, des injections, des lavements, avant de l'envoyer au chirurgien, et pendant qu'il exécute ces prescriptions impuissantes, l'affection progresse; ou bien on prend des végétations périanales pour des hémorroïdes, et on tergiverse encore. On ne saurait trop le répéter, il faut toujours pratiquer le toucher rectal.

Dans l'immense majorité des cas, le toucher fait faire immédiatement le diagnostic. Il peut cependant y avoir des difficultés qui sont différentes suivant qu'il s'agit de la forme proliférante pure, de la forme sténosante pure, ou des formes mixtes à la fois proliférantes et sténosantes.

Vraiment la forme proliférante pure ne ressemble à rien d'autre. Les saillies multiples, indépendantes les unes des autres, de consistance ferme, rugueuse, cornée, qui résistent sous le doigt sans se laisser entamer par l'ongle, qui reposent sur une muqueuse souple et mobile, sont si caractéristiques qu'on ne peut guère s'y tromper. Combien différent les végétations de l'épithéliome, qui sont molles, fongueuses, ulcérées, qui s'effritent sous le doigt et saignent abondamment. Si l'on hésite, c'est sur la muqueuse intermédiaire aux saillies végétantes qu'il faut porter son attention. Il n'y a pas de tumeur qui forme aux végétations une base commune. Elles reposent sur des tissus souples, sur une muqueuse saine, et cette intégrité de la muqueuse entre les végétations suffit à faire éliminer résolument l'hypothèse de tumeur maligne.

Quand les végétations sont très volumineuses, elles sont peu nombreuses, et on pourrait les confondre avec les polypes glandulaires qui sont quelquefois multiples. Mais ces derniers se développent surtout chez les enfants; leur consistance est plus élastique et leur surface n'a pas la sécheresse cornée des végétations.

La forme sténosante pure (rétrécissement dit syphilitique) est également facile à reconnaître. A elle seule appartient un canal rigide régulièrement conique.

Le doigt, qui pénètre avec peine dans cet entonnoir résistant, ne

saurait s'y tromper. Seul le cancer annulaire, qui est d'une extrême rareté, pourrait peut-être induire en erreur; encore n'a-t-il pas cette régularité de forme.

Parmi les autres rétrécissements du rectum, aucun ne présente d'analogie, même lointaine, avec celui dont il est ici question. Aucun n'a de hauteur appréciable, aucun par conséquent n'a la forme d'un canal. Tous, au contraire, se présentent sous forme de brides, de valvules ou de diaphragmes. C'est là un caractère général d'une importance extrême, et qui suffit à faire le diagnostic.

Les rétrécissements cicatriciels sont constitués par des brides saillantes, irrégulières, qui déforment l'organe. Il arrive parfois, comme l'a montré Trélat, que les rétrécissements congénitaux ne se révèlent cliniquement qu'à un âge assez avancé. Alors même, ils ne peuvent induire en erreur, car si les symptômes fonctionnels qu'ils engendrent ressemblent à ceux de la rectite sténosante, leurs caractères physiques en diffèrent complètement. Ce sont des diaphragmes, des valvules minces et souples qui se laissent déprimer. Le rétrécissement en éperon de M. Tillaux a les mêmes caractères, et probablement aussi la même origine congénitale.

Dans les formes mixtes, à la fois sténosantes et proliférantes, le diagnostic présente plus de difficultés. J'en ai vu qui ont été prises pour des cancers. Si l'on éprouve quelque embarras, il faut analyser minutieusement les sensations fournies par le toucher rectal pour éviter l'erreur. L'ensemble peut prêter à confusion, mais en dissociant les signes, on doit arriver au diagnostic exact. La zone proliférante s'étend au-dessous de la zone sténosante, quelquefois jusque dans le canal anal. Dans cette première zone où le doigt arrive d'abord, les végétations ont conservé leur caractère d'indépendance, de fermeté, de résistance, bien différents de la mollesse et de la friabilité des végétations épithéliomateuses. Plus haut, dans la partie sténosante, les végétations sont moins développées et on retrouve les caractères typiques du rétrécissement en forme de cône.

Le diagnostic ne doit pas se borner à distinguer les rectites hypertrophiques des maladies qui peuvent les simuler. Il faudrait encore reconnaître la nature intime du mal; mais à l'heure actuelle, il est bien difficile de distinguer cliniquement les cas tuberculeux des autres. Lorsqu'il existe des fistules s'ouvrant au-dessous du rétrécissement et développées sans grande réaction inflammatoire, on peut être sûr, je crois, qu'il s'agit de tuberculose. Hormis ces cas, on ne peut avoir que des présomptions.

Il faut aussi s'efforcer de reconnaître les complications inflammatoires. Quand on soupçonne l'existence d'abcès profonds, on ne saurait procéder avec trop de précautions. De simples examens ont pu amener la rupture de ces abcès et des accidents graves, voire même mortels.

**Traitement.** — Le traitement des rectites hypertrophiques est une des pierres d'achoppement de la chirurgie. Non seulement il est fort difficile de guérir la maladie, mais il est même difficile de l'arrêter à une phase quelconque de son évolution.

Si l'on voyait les malades au début, il faudrait s'efforcer d'obtenir l'asepsie du rectum et supprimer toutes les causes d'irritation à son niveau. Par le régime alimentaire, on peut diminuer la quantité des matières fécales, et par le benzo-naphtol, diminuer leur septicité. Localement, il faut faire de grandes irrigations rectales. Je conseille l'artifice suivant, dont j'ai obtenu de bons résultats: après chaque selle, faire de grandes irrigations avec l'eau boriquée chaude, jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement limpide, pour débarrasser le rectum de tous les débris de matières; administrer ensuite un lavement de 250 grammes de lait de bismuth. Ce petit lavement doit être gardé de manière que la poudre de bismuth se dépose régulièrement sur toute la paroi rectale. Quelquefois, il y a avantage à diminuer la fréquence des selles en prescrivant de l'opium, mais il faut pour cela que les matières ne s'accumulent pas dans le rectum. Chez certains malades, le rectum reste vide après deux ou trois jours de constipation artificielle. Pendant ce temps, on peut faire des irrigations ou des attouchements au sulfate de zinc, au nitrate d'argent, employer des suppositoires iodoformés. Quand on veut provoquer une selle, il faut éviter les scybales offensantes. Pour cela, le mieux me paraît être de donner 2 grammes de rhubarbe, puis, deux heures après, un purgatif salin; on arrive ainsi, en général, à ramollir les matières.

Tout ce traitement demande à être surveillé de près et dirigé avec beaucoup de tact. Les susceptibilités rectales sont très variables. Tel médicament qui est bien supporté par un malade, amène de l'irritation chez un autre. Si une certaine irritation peut être favorable en déterminant des poussées phagocytaires, celle qui dépasse ce but devient dangereuse. Ce n'est donc qu'avec des tâtonnements qu'on peut instituer le traitement qui convient le mieux à chaque cas particulier.

Dans les phases avancées de la rectite proliférante, surtout lorsque les végétations sont peu nombreuses et volumineuses, la première pensée qui vient, c'est de les extirper. L'opération est séduisante par sa facilité, sa simplicité, mais jamais, à ma connaissance, elle n'a donné de résultats définitifs. Lorsqu'on a enlevé une ou plusieurs végétations, d'autres se développent à leur place: c'est un travail de Pénélope, sans cesse à recommencer. L'extirpation des végétations ne doit donc être considérée que comme un pis-aller purement palliatif.

C'est, non pas les végétations qu'il faut enlever, mais toute la muqueuse. Quand la zone malade n'est pas étendue, quand la limite

supérieure des lésions est facilement accessible, le mieux me paraît être de faire une opération de Whitehead, absolument comme pour les hémorroïdes.

Mais lorsque les lésions remontent haut, que la limite supérieure n'est pas nette, il faut rejeter cette opération, car si la partie supérieure de la muqueuse rectale, qu'on abaisse pour la suturer à l'anus, n'est pas parfaitement saine, la récurrence est fatale. Elle deviendra le siège de mêmes lésions que celle qu'on a enlevées.

Alors, si les douleurs sont vives, si les symptômes généraux sont graves, il ne reste plus qu'une ressource, c'est de créer un anus artificiel. En détournant totalement le cours des matières, non seulement on supprime les douleurs, mais on supprime aussi l'irritation due à leur passage. L'état du rectum mis ainsi au repos absolu s'améliore. J'aurai à revenir sur les avantages qu'il peut y avoir dans les rectites à détourner complètement le cours des matières.

Contre la rectite sténosante on a naturellement essayé le traitement antisiphilitique, puisque l'on considérait la maladie comme syphilitique. Alph. Guérin, Trélat, Fournier ont obtenu de vagues améliorations, mais jamais de guérison, et tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître que le traitement spécifique est sans action sur le rétrécissement.

Les moyens d'agir directement sur le rétrécissement sont extrêmement nombreux. Je les exposerai d'abord, puis après avoir apprécié leur valeur, je chercherai à poser des conclusions.

Je ne parlerai pas de la destruction du rétrécissement par les caustiques. Cette méthode brutalement aveugle est complètement abandonnée.

L'électrolyse, employée par Le Fort, reprise en Amérique par Newmann, paraît à peu près délaissée, au moins pour le moment.

La dilatation, au contraire, semble jouir actuellement d'un regain de faveur. Desault introduisait dans le rétrécissement des topiques médicamenteux portés sur des mèches, et obtenait des améliorations. On s'aperçut que ce résultat était dû non pas aux pommades, mais bien aux mèches, c'est-à-dire à la dilatation qui est ainsi devenue une méthode.

On s'est servi, pour dilater les rétrécissements, de laminaire, d'éponge préparée. On n'emploie plus guère aujourd'hui que des bougies, et surtout des bougies rigides, construites sur le type de celles d'Hegar.

Il y a bien des manières de s'en servir. On peut distinguer trois procédés: la *dilatation lente* est le plus fréquemment employée. Il faut la pratiquer avec la plus grande douceur et la plus extrême prudence. On doit d'abord s'assurer, par un examen attentif, qu'il n'y a pas d'abcès en voie de formation, puis irriguer le rectum, au-dessus et au-dessous du rétrécissement, pour le rendre aussi aseptique

que possible, et enfin proscrire toute manœuvre de force. Chaque bougie est laissée en place quelques secondes. On passe deux ou trois bougies à chaque séance et on laisse la dernière bougie un peu plus longtemps. C'est la *dilatation temporaire progressive*.

Je viens de dire que la dernière bougie de chaque séance était laissée un temps un peu plus long. Certains chirurgiens allongent ce temps de plus en plus et on passe ainsi de la dilatation temporaire à la *dilatation permanente*. Quand on laisse les bougies longtemps en place, l'anus, qui est dilaté en même temps que le rétrécissement, se contracte douloureusement. Pour éviter cet inconvénient, Crede a fait construire des bougies dont le manche mince peut sortir par l'anus sans le dilater.

Lorsqu'on veut faire le cathétérisme permanent, on ne peut plus se servir de bougies; il faut employer des sondes creuses, pour laisser échapper les gaz. Worckmeister fait un *drainage permanent* du rectum avec de gros tubes de caoutchouc qui dépassent le rétrécissement et servent aux irrigations.

Il est impossible de fixer d'une manière générale l'intervalle qui doit séparer les séances les unes des autres. Cela varie beaucoup suivant la manière dont les malades réagissent. Il est des cas où l'on peut faire des séances quotidiennes, et d'autres où il faut laisser trois ou quatre jours entre chaque séance. En général, on cherche à rapprocher autant que possible les premières séances, puis à les éloigner de plus en plus, jusqu'à ce qu'on laisse au malade lui-même le soin de se passer de temps en temps des bougies.

Il semble qu'il faille opposer complètement la *dilatation brusque* à la dilatation lente. Et cependant on fait actuellement une dilatation brusque, qui bien que restant différente de la dilatation lente, s'en rapproche cependant beaucoup. La dilatation brusque, extemporanée, qui se faisait autrefois soit avec les doigts, soit avec les dilateurs d'Amussat, de Nélaton, de Demarquay, était non seulement brusque, mais brutale. Elle exposait aux plus terribles accidents. On procède maintenant avec plus de douceur, et cette dilatation mérite plutôt le nom de progressive rapide que celui de brusque. Je répète encore que lorsqu'il existe une menace d'inflammation soit du côté du péritoine, soit du côté du tissu cellulaire, il faut absolument s'abstenir de toute espèce de dilatation.

Second fait sous le chloroforme la dilatation digitale. Sa technique a été exposée dans la thèse de Lapointe. Il ne cherche pas à rétablir d'un coup le calibre du rectum, mais seulement à supprimer les premières séances de dilatation lente, qui sont les plus pénibles et les plus mal supportées. On continue ensuite par la dilatation temporaire progressive, comme dans la méthode précédente.

Crede fait aussi la première séance sous le chloroforme, mais il se sert de bougies et procède exactement comme pour la dilatation

de l'utérus avec les bougies d'Hegar. Il va dans cette première séance jusqu'au numéro 18 ou 25. Si le rétrécissement résiste et ne se laisse pas dilater, Crede n'hésite pas à faire avec un bistouri boutonné de petites incisions au nombre de six à huit.

Ces incisions, ces débridements introduisent dans la question un élément nouveau, que je laisse de côté pour le moment.

J'ai dit qu'à la suite de la dilatation on a vu éclater des accidents terribles, péritonite, cellulite pelvienne. Ces accidents sont restés comme un épouvantail, qui naguère encore faisait proscrire ce traitement. Puis la crainte s'est estompée avec l'éloignement, et on est revenu à la dilatation, après avoir constaté que les autres méthodes ne donnaient pas tout ce qu'on avait espéré. Les dangers sont réels et il faut y penser pour les éviter. Mais je crois bien que lorsqu'il n'existe aucune menace inflammatoire antérieure, et qu'on procède sans violence, on les évite.

Des diverses méthodes de dilatation que j'ai indiquées, quelle est la meilleure? La plus simple est évidemment la dilatation lente, temporaire, progressive, et je crois qu'il faut y recourir d'abord. Si le rétrécissement résiste, on peut, à la manière de Crede, laisser une bougie à demeure, dans l'espoir qu'elle ramollira les tissus, comme font les bougies urétrales. Si l'on n'obtient pas ce résultat, si les tentatives de dilatation sont très douloureuses, mal supportées, on peut faire la *dilatation progressive rapide* sous le chloroforme, soit comme Segond avec le doigt, soit avec des bougies comme Crede.

Nous verrons plus loin dans quelles circonstances la dilatation est indiquée d'une manière générale. Mais je dois dire ici quels résultats elle donne. Il faut bien le savoir, en aucun cas elle ne guérit. Il y a des rétrécissements irritables qu'elle semble aggraver. Je ne parle pas de ces cas-là, mais bien de ceux dans lesquels elle réussit. Eh bien, même quand elle donne tout ce qu'elle peut donner, elle ne guérit pas. Elle rétablit momentanément le calibre du rectum, mais dès qu'on suspend le traitement, la coarctation tend à se reproduire. Il faut de temps en temps reprendre la dilatation, et les malades sont condamnés à la bougie à perpétuité. La méthode est donc purement palliative. C'est un pis-aller qui n'est acceptable que si on ne peut pas faire mieux. Voyons si en effet on ne peut pas mieux faire.

La *rectotomie interne* comporte deux procédés: la *rectotomie profonde* et la *rectotomie superficielle*.

La rectotomie interne profonde consiste à sectionner le rétrécissement dans toute son épaisseur. Sectionner le rétrécissement dans toute son épaisseur, c'est souvent sectionner tout le rectum, et cela aveuglément. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que la rectotomie profonde ait amené des accidents graves (hémorragie, cellulite pelvienne) ni qu'elle ait été complètement abandonnée.

La *rectotomie superficielle*, bien différente, n'est qu'un adjuvant de

la dilatation. Elle consiste en petits débridements peu profonds que l'on fait, soit avec un bistouri boutonné, soit avec des instruments construits sur le type de l'urétrotome. M. Tillaux a imaginé un instrument de ce genre. La rectotomie superficielle est évidemment beaucoup moins dangereuse que la rectotomie profonde; mais ce n'est pas à dire qu'elle soit absolument inoffensive. Elle peut aussi amener des accidents septiques graves, et encore qu'elle soit pratiquée par un certain nombre de chirurgiens, je crois qu'il faut en être très ménager.

La *rectotomie externe* a joui, bien à tort à mon sens, d'une faveur à laquelle aucune des méthodes précédentes n'est arrivée. Son origine est obscure. Peut-être a-t-elle été conseillée par Stafford, par Humphry. M. Panas a rappelé à la Société de chirurgie que Nélaton la pratiquait dès 1865. Il est en tout cas certain que c'est sous l'influence des travaux de Verneuil et de ses élèves qu'elle s'est répandue.

Cette opération consiste essentiellement à sectionner dans toute son épaisseur le rétrécissement et la partie du rectum située au-dessous de lui. Le lieu d'élection pour cette section est la ligne médiane postérieure. Verneuil pratiquait la rectotomie avec l'écraseur linéaire de Chassaignac, d'où le nom de *rectotomie linéaire*. L'écraseur a été complètement abandonné et remplacé par le thermocautère, qui lui-même a cédé le pas au bistouri. Quel que soit d'ailleurs l'instrument dont on se sert, le résultat est le même et il n'est pas bon.

Quand le rectum est complètement sectionné, de l'anus jusqu'au-dessus du rétrécissement, les accidents d'obstruction sont évidemment supprimés. Mais qu'est-ce que cela dure? Parfois surviennent des accidents septiques qui emportent les malades (3 morts sur 32 cas dans la statistique de Lachowski; 4 sur 68 dans celle de Lapointe). Je ne veux pas insister sur la mortalité. Ce qu'il importe de savoir, c'est ce que deviennent ultérieurement les opérés qui ne succombent pas. Je n'ai jamais pratiqué, et je ne pratiquerai sans doute jamais la rectotomie externe, car si j'en crois ce que j'ai vu sur les opérés des autres, voici comment les choses se passent. Ou bien la plaie ne se cicatrise pas du tout, et alors les malades sont débarrassés des accidents de rétrécissement, mais ils ont une incontinence complète, à laquelle s'ajoutent les ennuis d'une suppuration souvent abondante. Ils ont troqué leur infirmité pour une autre. Ou bien la plaie se cicatrise complètement, et le rétrécissement se reconstitue. Les malades n'ont rien gagné. Ou bien encore la plaie se cicatrise partiellement. Elle se ferme dans sa partie supérieure, et reste ouverte dans sa partie inférieure. Le rétrécissement se reforme en haut, la suppuration continue en bas; aux accidents du rétrécissement on a ajouté ceux de la suppuration. On voit même des malades qui ont à la fois de la rétention et de l'incontinence; rétention lorsque les matières sont dures, parce que le rétrécissement s'est reconstitué; incontinence

lorsque les matières sont molles, parce que le sphincter ne s'est pas réuni. Reste une quatrième possibilité, celle où la plaie se ferme sans que le rétrécissement se reforme, celle où le malade guérit réellement. Il n'en est pas qui se réalise plus rarement. Aussi je considère la rectotomie externe comme une mauvaise opération.

Péan a cherché à l'améliorer en y ajoutant une autoplastie. Pour cela, après avoir sectionné le rectum, il saisit la muqueuse au niveau de l'angle supérieur de l'incision et l'abaisse pour la suturer à la peau au niveau de l'angle postéro-inférieur de ladite incision. Ainsi toute la plaie se trouve tapissée de muqueuse. Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ce procédé. Aucun des quatre malades de Péan dont les observations ont été publiées dans la thèse de Jacquinet n'a été suivi. Quénu et Hartmann parlent d'un malade qui a succombé deux ans après l'opération. La rectite avait continué, mais le rétrécissement ne s'était pas reproduit. On comprend en effet que cette opération puisse mettre à l'abri du rétrécissement. Mais il est à craindre qu'elle entraîne l'incontinence, car la muqueuse abaissée doit empêcher le sphincter de se réunir. Il est du reste bien évident qu'elle ne peut rien sur la rectite. Enfin il me paraît probable que dans certains cas elle serait bien difficile, sinon impossible à exécuter. Laissons de côté ces derniers cas. Pour les autres, cette rectoplastie ne donnerait sans doute pas, pour les raisons que je viens de dire, de résultats parfaits. Mais il ne faut pas se montrer trop difficile en présence d'une affection redoutable pour laquelle nous n'avons pas un seul bon traitement. Aussi je crois qu'en somme cette rectoplastie mériterait d'être essayée quand elle est possible.

Ed. Schwartz a employé un autre procédé de rectoplastie, calqué sur la pyloroplastie de Heineke. Par une incision faite entre le coccyx et l'anus, il arrive, en respectant le sphincter, jusque sur le rétrécissement. Il incise celui-ci verticalement et suture la plaie de façon à avoir une ligne de réunion transversale. Cette opération n'est évidemment possible que si le rétrécissement a encore une certaine souplesse. En tout cas la malade de Schwartz, revue au bout de trois ans, était restée guérie.

L'*anastomose recto-colique* a été proposée par Bacon. Cette opération, qui a été pratiquée par Bacon et par Ruth par des procédés différents, a pour but de conduire directement les matières du côlon jusque dans la partie inférieure du rectum. Elle consiste à anastomoser l'anse sigmoïde avec la partie du rectum située au-dessous du point rétréci. Il est bien certain qu'elle n'est possible que dans les rétrécissements haut situés. Lorsque le rétrécissement commence très près ou immédiatement au-dessus du sphincter, ce qui est la règle, elle est irréalisable: elle n'a donc qu'un intérêt relatif.

L'*extirpation*, pratiquée pour la première fois par Glæser en 1867, apparaît enfin comme une méthode héroïque. Il semble que le rétré-

cissement ou même toute la partie inférieure du rectum étant enlevée, la guérison doit être complète et définitive. Il y a cinq ou six ans, c'était l'opinion la plus répandue. Nous avons tous partagé cet optimisme. Mais malheureusement l'expérience a forcé d'en rabattre.

L'extirpation peut être pratiquée par quatre voies. La voie périnéale est naturellement la plus ancienne. Mais à l'antique opération de Lisfranc, on ajoute l'abaissement de la portion supérieure du rectum et sa suture à la peau.

La voie anale ne peut donner de résultats que si l'anus n'est pas malade. L'opération consiste à extirper le rétrécissement en passant par l'anus dilaté, et en respectant par conséquent le sphincter. Second commence comme pour une opération de Whitehead : quand il a décollé la muqueuse jusqu'au-dessus du sphincter, il incise toute l'épaisseur du rectum, libère le rétrécissement et l'enlève en faisant au-dessus de lui une seconde section circulaire. Cette seconde section circulaire est faite à petits coups, et on suture le bout supérieur à la peau à mesure que l'on sectionne.

Hartmann saisit le rétrécissement avec des pinces à traction, et l'invagine au travers de l'anus dilaté ; puis, l'extirpation faite, il suture le bout supérieur du rectum à la peau de l'anus. Ce procédé n'est applicable qu'aux cas où le rétrécissement est mobile.

La voie *transvaginale* a été jusqu'ici peu employée.

La voie sacrée, depuis que Kraske l'a imaginée pour les cancers, a été utilisée un certain nombre de fois pour les rétrécissements. J'y ai eu recours dans trois cas. Elle est applicable aux rétrécissements haut situés, lorsque la partie inférieure du rectum et l'anus sont indemnes.

L'extirpation est une opération sérieuse. La mortalité est considérable. Lapointe relève 10 morts sur 69 cas. Il va sans dire que la gravité est en rapport avec le procédé que l'on emploie, et que l'opération par la voie sacrée est beaucoup plus grave que l'intervention par la voie anale.

Ce qu'il y a de plus fâcheux et aussi de plus surprenant, c'est que l'extirpation, même lorsqu'elle réussit, n'assure pas la guérison. Dans le plus grand nombre des cas, la rectite persiste. Elle se traduit de manière variable. Tantôt il y a récurrence de la sténose, tantôt il n'y a qu'un petit écoulement de pus. Mais tant que l'écoulement de pus persiste, on peut craindre que le rétrécissement se reproduise. Il faut ajouter qu'il n'est pas rare qu'il y ait une incontinence partielle ou même totale des gaz et des matières. L'une des malades que j'ai opérées par la voie sacrée, et qui paraît avoir guéri complètement de sa rectite, a eu ultérieurement un prolapsus du rectum, pour lequel Howard Marsh a dû lui faire une sorte de périnéorrhaphie.

On voit que les résultats d'ensemble de l'extirpation sont très médiocres. Il serait excessif de dire avec Lapointe que l'extirpation

n'est qu'un pis-aller, mais il faut reconnaître avec Quénu et Hartmann que loin d'être l'opération héroïque et radicale qu'on avait espéré, elle n'est que le meilleur des palliatifs.

L'*anus artificiel* a été employé au début pour remédier à des accidents d'obstruction. Relégué d'abord à ce rôle de nécessité, il a pris de plus en plus d'importance, quand on s'est aperçu que l'état du rectum mis au repos complet par la dérivation des matières, avait une tendance manifeste à s'améliorer. Alors les Anglais et les Américains recommandent d'employer la colotomie non plus seulement pour parer aux accidents d'obstruction, mais pour améliorer la rectite. Les améliorations ainsi obtenues sont telles que Hahn conçoit l'idée de l'anus temporaire. Il propose, lorsque le rectum a été remis dans un état à peu près normal, de fermer l'anus artificiel, et de rétablir le cours normal des matières. Thiem a réalisé cette conception. Il a établi l'anus artificiel, dilaté le rétrécissement rectal, puis fermé l'anus artificiel. Lowson a proposé de faire la colotomie dans un autre but, simplement pour permettre de faire l'extirpation dans de meilleures conditions d'asepsie. Chez une malade qui avait été antérieurement rectotomisée, qui avait le périnée perforé de nombreuses fistules, j'ai fait un anus contre nature comme préparation à l'extirpation. Puis, quand l'état du périnée et du rectum a été amélioré, j'ai voulu pratiquer cette opération. Les lésions remontaient très haut ; j'abaissais peu à peu la partie supérieure du rectum, quand je fus arrêté par une résistance insurmontable. L'anus artificiel avait été fait malheureusement sur la partie inférieure de l'anse omega, et la fixation de l'intestin s'opposait à l'abaissement du rectum. Il me fut impossible d'enlever toute la partie malade et je dus laisser l'anus artificiel. Il faut donc prendre soin de faire celui-ci sur la première partie de l'anse sigmoïde.

On a objecté à la colotomie les difficultés d'exécution et les dangers. Les difficultés d'exécution étaient fort réelles quand on pratiquait l'anus lombaire. Mais on ne fait plus aujourd'hui que l'anus iliaque, qui ne présente ni difficultés ni dangers.

Il est parfaitement exact que l'anus artificiel est une infirmité fort pénible. Mais il ne faut pas oublier qu'après l'extirpation, l'anus vrai reste souvent incontinent. Or c'est précisément l'incontinence qui constitue l'infirmité, où que l'anus soit placé. L'anus artificiel peut donc soutenir la comparaison avec les autres méthodes de traitement, surtout si l'on songe qu'il n'est pas toujours définitif, et qu'il est possible de le fermer soit après avoir guéri le rectum, soit après l'avoir enlevé.

Le premier fait qui se dégage de toute cette revue, c'est que nous n'avons pas un seul bon traitement ; c'est que ceux-mêmes qui se présentent comme les plus radicaux ne sont que des palliatifs.

Parmi les diverses méthodes que je viens d'exposer, il en est qu'il