

consiste à introduire la main tout entière dans le rectum, après dilatation préalable de l'an us, comme l'a proposé Simon (de Heidelberg). Des autopsies sont venues démontrer quels délabrements considérables peut causer une manœuvre aussi brutale.

On doit encore chercher à se rendre compte, par le toucher rectal, de l'état de la prostate, des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie chez l'homme; de l'état de la cloison recto-vaginale et de l'utérus chez la femme.

Chez cette dernière, le toucher vaginal est pour le diagnostic un complément indispensable de l'exploration du rectum, en raison de la fréquente propagation du cancer du col de l'utérus au rectum. Du reste, le toucher vaginal permettra quelquefois de se mettre à l'abri d'erreurs fort graves. Nous n'en donnerons comme preuve que l'exemple cité par Cruveilhier (1), où le col de l'utérus en antéversion faisait saillie dans le rectum à travers une perforation de la cloison recto-vaginale, et avait été pris, tout d'abord, pour une tumeur squirrheuse. On a dit que, dans des cas de ce genre, des mèches avaient été introduites dans le col de la matrice, dans le but de dilater un soi-disant rétrécissement du rectum.

Le spéculum est d'une utilité fort douteuse pour le diagnostic. Son application, si elle est jugée nécessaire, doit être pratiquée avec les plus grandes précautions, et seulement dans les cas où l'on aura constaté par le toucher rectal un cancer dur et non ulcéré. L'instrument le plus commode pour ce genre d'exploration est le spéculum en verre étamé de Fergusson.

Les sondes exploratrices, les bougies à empreintes, les injections, fournissent des renseignements trop incertains pour être employées avec quelque avantage. L'appareil de Laugier, dont nous parlerons à propos des rétrécissements, pourrait être utile dans certains cas pour se rendre un compte exact de la hauteur de la lésion.

Il est rare qu'on confonde le cancer avec une autre affection du rectum. L'épithéliome lobulé par son siège au niveau de l'an us pourrait être confondu avec des condylomes ulcérés; mais les antécédents du malade, la marche de l'affection, la dureté de la tumeur, mettront sur la voie du diagnostic.

L'examen direct de l'an us fera éviter toute confusion entre le cancroïde de l'an us et des hémorroïdes.

Une tumeur du voisinage, faisant saillie dans le rectum, pourrait être confondue avec un cancer de cet organe. Les calculs vésicaux, l'hypertrophie prostatique, les maladies des vésicules séminales, de l'urèthre, les tumeurs, les déformations et les déplacements de l'utérus, ont donné lieu dans quelques cas à des méprises. Le toucher vaginal, l'exploration attentive du rectum, doivent faire éviter de si grosses erreurs.

C'est avec le rétrécissement fibreux ou cicatriciel du rectum que le

(1) *Anat. pathol.*, liv. XXXIII.

cancer est le plus souvent confondu. Ces deux affections se montrent en effet assez fréquemment avec des caractères analogues, surtout au début. Nous verrons plus tard quels sont leurs caractères différentiels. Quant aux hémorroïdes, leur gonflement irrégulier, leur turgescence intermittente, leur consistance élastique, le bon état de santé dans lequel elles laissent le malade, sont des caractères qui ne permettent pas de les confondre avec un cancer du rectum. Les polypes mous du rectum ne prêtent guère non plus à confusion. Quant aux polypes fibreux des adultes, outre qu'ils sont souvent lisses et que la présence seule de leur pédicule serait de nature à faire écarter l'idée d'un cancer, ils s'attachent sur une muqueuse non indurée et sont, en général, moins consistants que les tumeurs épithéliomateuses et moins friables que les cancers encéphaloïdes.

Le diagnostic de la variété de cancer est fort difficile à établir au lit du malade, et ce n'est le plus souvent que par l'examen histologique d'une portion de la tumeur qu'on pourra arriver à trancher la question. Comme diagnostic clinique, nous nous bornerons à signaler la plus grande fréquence de l'épithélioma et sa marche généralement plus lente que celle des autres formes de cancer du rectum. Quant aux cancers secondaires, ils seront distingués des cancers primitifs par l'examen minutieux de tous les organes voisins.

PRONOSTIC. — La terminaison habituelle du cancer du rectum est la mort. Si l'intervention opératoire peut retarder l'issue finale ou même arrêter complètement l'évolution du mal, la guérison est tellement exceptionnelle qu'on doit considérer le cancer du rectum comme une affection presque incurable. Du reste, un assez grand nombre de tumeurs cancéreuses du rectum, en raison de la hauteur à laquelle elles sont situées, sont inaccessibles au chirurgien.

TRAITEMENT. — Il est palliatif ou curatif.

a. Le *traitement palliatif*, dont l'impuissance est absolument démontrée pour enrayer la marche de l'affection, est souvent aussi le seul applicable, le chirurgien n'étant appelé à constater l'existence du cancer rectal que lorsqu'il est déjà au-dessus des ressources de l'art. Ce traitement consiste à combattre les inconvénients inhérents à la maladie et à prolonger la vie des malades en la rendant plus supportable. On y réussira souvent par une hygiène bien entendue, l'emploi de médicaments appropriés, ou encore par l'une des opérations palliatives que nous indiquerons dans un instant.

Le traitement médical doit surtout s'attacher à régulariser les fonctions alvines, à calmer les douleurs et à soutenir les forces du malade.

Les selles seront rendues plus faciles par un régime approprié, par l'administration quotidienne de lavements huileux, ou par l'application de suppositoires anodins. Dans les cas de constipation opiniâtre, on pourrait avoir recours à un léger laxatif; mais il ne faut pas trop user de ce moyen, qui, employé mal à propos, a de sérieux inconvénients; car,

en raison de l'obstacle matériel qui existe au cours des matières, les purgatifs n'ont souvent pour résultat que de déterminer des coliques, d'augmenter les souffrances du malade et d'aggraver tous les symptômes.

Les douleurs vives qui rendent la vie des cancéreux si misérable seront combattues par les préparations opiacées, administrées sous forme de lavements ou de suppositoires. Cependant une constipation opiniâtre devra rendre le chirurgien très réservé sur l'emploi de l'opium, qui ne combattrait un accident que pour en aggraver un autre. Dans ces cas on donnera la préférence aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Lorsque les écoulements qui se font par l'anus sont très-abondants, il est nécessaire que le malade prenne des soins de propreté excessive. On lui recommandera des lavages fréquents de la région anale; et si les suintements sont sanguinolents, on pourra prescrire des injections rectales avec de l'eau de Pagliari ou avec une solution concentrée de sulfate de fer. Contre la fétidité des écoulements, on emploiera avec avantage une solution de 40 à 20 grammes de permanganate de potasse pour 1 litre d'eau, dont le malade fera usage plusieurs fois par jour. On a aussi recommandé les bains de siège; ils ont pour effet de combattre l'irritation produite sur les fesses par le contact de ces liquides altérés. Gross recommande, dans ce cas, l'application de compresses trempées dans l'eau chaude et renouvelées fréquemment.

On doit s'attacher à soutenir les forces du malade par une alimentation qui, sans fatiguer son tube digestif, soit suffisamment réparatrice et capable de prolonger sa vie autant que possible. Le lait répond très-bien à ces différentes indications.

Lorsque les malades sont très-affaiblis, qu'ils sont arrivés à la période ultime de la maladie, il est bon de leur faire garder le repos au lit. En agissant ainsi, on leur évite non seulement une dépense musculaire que ne compenserait plus l'alimentation, mais on atténue leurs souffrances et on diminue la quantité de l'écoulement sanguin qui se montre généralement au moment des efforts douloureux nécessités par la défécation.

Parmi les diverses opérations qui ont été conseillées, à titre palliatif, contre le cancer du rectum, nous ne ferons que mentionner la *cautérisation* et le *raclage*, préconisés par Récamier, et qui donnent des résultats détestables.

La *dilatation* lente, à l'aide de bougies, peut rendre quelques services en rétablissant momentanément le libre cours des matières. Elle doit être pratiquée comme nous le dirons à propos du rétrécissement fibreux du rectum, mais en prenant les plus grandes précautions pour éviter la perforation et la déchirure de l'intestin. La bougie ne doit être introduite que tous les deux ou trois jours, et ne rester en place que quelques minutes.

La *rectotomie linéaire* a été récemment préconisée par Verneuil

comme palliatif aux accidents des rétrécissements cancéreux du rectum (1). Quelquefois, on peut se borner à une seule incision, pratiquée sur la ligne médiane et postérieure du rectum en suivant la méthode que nous indiquerons à propos des rétrécissements fibreux; mais souvent, les lèvres de la plaie se rapprochant, les accidents ne tardent pas à se reproduire. Dans le but d'éviter cet inconvénient, Verneuil a substitué à l'incision simple l'excision d'une bandelette longitudinale, de 2 à 3 centimètres de largeur, pratiquée avec l'écraseur aux dépens de la paroi postérieure du rectum. Pour cela, il taille et dissèque dans la région coccygienne un lambeau cutané triangulaire, dont la base répond au coccyx et les ommet à la commissure postérieure de l'anus; puis, relevant le lambeau du côté du sacrum, et ouvrant ainsi la loge cellulaire rétro-rectale il place, à l'aide d'un trocart, deux chaînes d'écraseur parallèles, et pratique ainsi deux sections verticales, l'une à droite, l'autre à gauche, dont les extrémités supérieures sont réunies par une nouvelle section transversale faite avec une troisième chaîne. Cette méthode, qui a donné des résultats satisfaisants, convient aux cas où la limite supérieure du rétrécissement cancéreux peut être atteinte.

L'établissement d'un *anus artificiel* est une dernière ressource à la disposition du chirurgien, lorsque les moyens précédemment indiqués n'ont pu réussir à rétablir le cours des matières fécales ou que leur passage détermine des douleurs trop vives ou des hémorragies, qui, par leur abondance, menacent directement la vie des malades.

On peut avoir recours à la *colotomie inguinale* et suivre le procédé encore récemment mis en pratique par Richet (2); mais, à moins que la dégénérescence n'envahisse le colon descendant, on devra généralement donner la préférence à la *colotomie lombaire*. Cette dernière opération a été fréquemment pratiquée en Angleterre par Curling, Hawkins, Holmes, Bryant, Allingham, Maunder, et récemment L. Labbé (3) communiquait à l'Académie de médecine un mémoire destiné à préconiser la colotomie lombaire dans le but de remédier aux douleurs et aux divers accidents causés par le cancer rectal. On peut ainsi ralentir la marche du cancer en supprimant l'irritation produite à son niveau par le contact des matières fécales et prolonger parfois la vie des malades pendant plus d'une année.

TRAITEMENT CURATIF. — Dans quelques circonstances, il est possible de pratiquer l'ablation de la production morbide en respectant le rectum. Lorsque le néoplasme siège à la marge de l'anus ou que, situé immédiatement au-dessus du sphincter, il est mobile sur les parties profondes et a laissé indemne la tunique musculaire, on peut pratiquer la ligature

(1) *Gazette hebdomadaire*, 27 mars 1874, p. 196.

(2) E. RICHARD, *De l'opportunité de l'anus artificiel dans les tumeurs du rectum*, Thèse de Paris, 1875.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1880, n° 24 et suiv.

et l'excision de la tumeur avec le bistouri, l'écraseur linéaire ou le thermo-cautère.

Mais le plus souvent le chirurgien est consulté lorsque la dégénérescence cancéreuse a déjà envahi une étendue considérable du rectum et envoie des prolongements dans les parties profondes. Il ne peut alors extirper totalement la tumeur qu'en pratiquant l'ablation du rectum.

Au dire de Velpeau, cette opération hardie aurait été faite pour la première fois par Faget, en 1739. Cependant ce chirurgien n'avait fait qu'une excision partielle d'un pouce et demi en longueur de l'extrémité inférieure du rectum. C'est à Lisfranc que revient l'honneur d'avoir le premier extirpé le rectum avec succès. Les résultats qu'il a obtenus dans plusieurs cas ont été consignés dans la thèse de Pinault, son élève. Depuis lors, cette opération, tour à tour vantée et dépréciée, a été pratiquée assez fréquemment.

Il est évident que l'extirpation du rectum ne doit être exécutée que dans les cas où la dégénérescence cancéreuse siège à peu de distance de l'an us et peut être enlevée en totalité sans léser le cul-de-sac péritonéal. Il est nécessaire aussi que les ganglions inguinaux et pelviens soient sains. Lisfranc voulait, en outre, que le rectum fût mobile, libre d'adhérence, de façon à pouvoir être abaissé facilement. Pour la plupart des chirurgiens, la propagation de l'affection à la prostate et à la vessie chez l'homme est une contre-indication formelle à l'opération, car, si l'on a pu observer des cas heureux à la suite de la lésion de ces organes, ils ne sont pas assez nombreux pour autoriser le chirurgien à imiter de telles hardiesses.

Il n'en est pas de même des adhérences de la production morbide avec la cloison recto-vaginale chez la femme. La plupart des chirurgiens n'hésiteraient certainement pas à sacrifier une partie de cette paroi, si cela était nécessaire pour pratiquer l'extirpation complète du mal.

A l'exemple de Marchand (1), qui a publié un travail important sur ce sujet, nous rangerons sous cinq chefs les différentes méthodes d'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. Ce sont : 1° l'extirpation par l'instrument tranchant ; 2° la ligature ; 3° l'écrasement linéaire ; 4° la ligature extemporanée ; 5° l'extirpation par l'anse galvano-caustique combinée avec l'écrasement linéaire.

A. *Extirpation par l'instrument tranchant.* — Cette méthode appartient à Lisfranc. Voici la manière dont on l'exécute :

Le malade étant couché sur le dos, les cuisses fléchies, le chirurgien fait, à environ un pouce de l'an us, deux incisions semi-lunaires qui se rejoignent en avant et en arrière du rectum. On dissèque ensuite avec soin les parois rectales et on les sépare des tissus voisins en ménageant,

(1) *Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum*, Thèse de Paris, 1873.

si possible, le sphincter. L'index, introduit alors dans le rectum, est recourbé en crochet et cherche à attirer par en bas l'extrémité inférieure de l'intestin ainsi isolée. Cette manœuvre est généralement suffisante pour mettre à découvert la production pathologique dans sa totalité, lorsque la dégénérescence ne remonte pas trop haut ; on fend alors la partie renversée et on l'excise avec de forts ciseaux.

Si, au contraire, le cancer a envahi toute l'épaisseur des parois du rectum et le tissu cellulaire pelvi-rectal ou s'il remonte un peu haut, une fois la double incision semi-lunaire de la peau terminée, on dirige de forts ciseaux droits sur l'indicateur gauche, introduit dans l'intestin, et on fend le rectum en arrière, parallèlement à son axe, en dépassant les limites du mal pour se donner plus de jour et faciliter l'incision horizontale qui doit séparer les parties à enlever. On lie autant que possible les vaisseaux, à mesure qu'ils sont ouverts, et on combat l'hémorrhagie en nappe, au moyen d'une éponge imbibée d'eau froide qu'on laisse en contact avec la plaie pendant quelques minutes. Fixant alors le rectum avec des érignes, on procède à la séparation de la tumeur au moyen d'une incision circulaire et horizontale, en prenant toutes les précautions nécessaires pour ne pas blesser les organes génito-urinaires.

Chez la femme, un aide est chargé de faire saillir la cloison recto-vaginale, au moyen de deux doigts portés dans le vagin. Chez l'homme, une sonde est introduite dans la vessie et confiée à un aide.

Procédé de Velpeau. — La modification de Velpeau consiste à passer à l'aide d'aiguilles courbes des fils d'espaces en espaces à travers la partie saine du rectum et de les faire ressortir à travers la lèvre externe de la plaie cutanée. Après l'ablation des parties malades, il suffit de tirer sur les fils et d'en nouer les extrémités pour rapprocher la muqueuse de la peau et combler, en tout ou en partie, la plaie qui résulte de l'opération.

Procédé de Denonvilliers. — Le malade étant placé à genoux, le corps et la tête fortement inclinés en avant, on fait une incision de la pointe du coccyx au bord postérieur de l'an us et on la prolonge sur les côtés de cet orifice par deux incisions semi-lunaires qui viennent se réunir en avant. L'intestin est ensuite disséqué comme dans le procédé de Lisfranc, puis fendu suivant sa longueur le long de sa paroi postérieure à l'aide de forts ciseaux. Le reste de l'opération consiste à séparer les parties malades par une section transversale du rectum au-dessus de la tumeur. Grâce à l'incision ano-coccygienne, on obtient une large plaie qui permet de se rendre compte exactement de l'étendue du mal, de faciliter la dissection de la paroi antérieure et de lier plus facilement les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés.

Ces divers procédés exposent à l'hémorrhagie. C'est cet inconvénient grave qu'on a cherché à éviter dans les modes d'extirpation qu'il nous reste à examiner.

B. *La ligature lente.* — Inaugurée par Récamier, elle est aujourd'hui

universellement abandonnée, en raison des douleurs atroces qu'elle fait subir aux malades et de la difficulté d'atteindre par son moyen les limites du mal.

C. *Écrasement linéaire*. — Ce procédé a été appliqué à l'extirpation du cancer du rectum par Chassaignac, qui a décrit son manuel opératoire assez compliqué, dans son *Traité des opérations chirurgicales*.

Cette opération est d'une exécution difficile et expose à intéresser les organes voisins.

D. *La ligature extemporanée*, qui appartient à Maisonneuve, diffère peu du procédé de ligature de Récamier, mais au lieu de faire une ligature permanente, Maisonneuve achève en quelques minutes la section des tissus. Voici comment il procède :

Le malade étant couché sur le dos, les cuisses relevées, il fait une incision qui n'intéresse que la peau tout autour de l'orifice anal. Il passe en dehors de la tumeur à l'aide d'un stylet aiguillé ou d'une aiguille de Récamier, qu'on fait ressortir par l'orifice anal, une série de fils distants les uns des autres de deux centimètres, dont une des extrémités viendra pendre à l'anus et l'autre restera au niveau de la plaie faite aux téguments. Ces fils forment ainsi des anses échelonnées et à cheval sur la tumeur. Ces fils ne sont que provisoires, et serviront à entraîner le véritable lien constricteur. Pour cela Maisonneuve prend une ficelle de chanvre résistante, longue d'environ deux mètres, sur laquelle il attache tous les quarante centimètres, une des extrémités anales de ces fils conducteurs. Exerçant alors une traction successivement sur chacune des extrémités externes des fils conducteurs, il entraîne la ficelle dans le rectum et la fait ressortir par la plaie extérieure sous forme d'anses. Chacune des anses est immédiatement coupée, d'où il résulte que toute la circonférence du rectum est comprise dans une série d'arcades, dont le plan est dans la cavité de l'intestin. Leurs extrémités, libres dans la plaie cutanée, sont successivement saisies deux à deux et passées dans l'anneau constricteur du serre-nœud de Graefe, légèrement modifié par Maisonneuve. Au moyen de cet instrument, chaque anse est graduellement resserrée jusqu'au moment où la tumeur se détache tout entière, laissant une excavation plus ou moins irrégulière, qui ne donne que peu de sang. Maisonneuve conseille d'employer autant de serre-nœuds constricteurs qu'il existe d'anses, de manière à rendre l'opération plus rapide. La plaie doit être pansée avec des bourdonnets de charpie, disposés autour d'une canule introduite dans le rectum.

E. *Galvano-caustique combinée avec l'écrasement linéaire*. — L'extirpation du rectum par l'anse galvano-caustique seule a donné de bons résultats à Schuh. Elle consiste à partager la tumeur en trois ou quatre portions, qu'on embrasse successivement et qu'on détache au moyen de l'anse galvano-caustique.

Le professeur Verneuil a eu l'idée de combiner la galvano-caustique avec l'écrasement linéaire. Il décrit deux procédés, l'un pour l'extirpa-

tion totale et l'autre pour l'extirpation partielle de l'extrémité inférieure du rectum.

Pour l'*extirpation totale*, un trocart courbe, plongé au niveau de la pointe du coccyx, passe au-dessus de la production morbide et ressort par l'anus. Une chaîne d'écraseur, prenant sa place, sert à diviser la paroi postérieure du rectum. Dans un second temps, on pratique une manœuvre analogue pour diviser la paroi antérieure de l'intestin en faisant passer le trocart entre la tumeur et la prostate chez l'homme, entre la tumeur et la paroi vaginale chez la femme, à moins que la cloison vagino-rectale étant dégénérée, on ne soit forcé de l'extirper en même temps que le rectum. A la fin de ce second temps, la tumeur se trouve divisée en deux moitiés latérales.

Le troisième temps s'exécute avec le couteau galvanique et consiste à pratiquer, autour de l'anus, deux incisions semi-lunaires se réunissant en avant et en arrière, et à isoler lentement et à petits coups le rectum des parties voisines jusqu'au-dessus des limites du mal.

Dans un quatrième temps, une chaîne d'écraseur est appliquée horizontalement à la base de chacune des deux portions de la tumeur divisée et achève leur séparation.

Pour l'*extirpation partielle* du rectum, le procédé consiste à diviser la peau et les couches sous-cutanées, à l'aide du couteau galvanique, et à faire, au moyen de la chaîne de l'écraseur, de chaque côté de la production morbide, une section verticale de l'intestin. L'opération est complétée par un trait de chaîne transversal, comme dans le cas précédent. Si la tumeur siège en arrière, on facilitera quelquefois beaucoup l'opération, en divisant préalablement les téguments de la région ano-coccygienne sur la ligne médiane et quelquefois même en pratiquant la résection de la pointe du coccyx avec une pince de Liston. On pourrait remplacer le couteau galvano-caustique par le thermo-cautère.

Cette méthode, tout en permettant d'enlever complètement le mal, n'est pas d'une exécution difficile et met à l'abri de l'hémorrhagie; aussi doit-elle être considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme la meilleure.

Les *accidents et complications* auxquels peut donner lieu l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum sont assez nombreux et graves, quel que soit le procédé auquel on ait donné la préférence.

L'hémorrhagie, qui accompagne forcément l'extirpation du rectum au moyen de l'instrument tranchant, est parfois assez considérable pour mettre directement la vie des malades en danger.

Il faut chercher à saisir les vaisseaux au moyen de pinces hémostatiques et combattre l'hémorrhagie en nappe par des injections d'eau froide ou au moyen d'éponges trempées dans l'eau glacée. Le tamponnement du rectum est généralement contre-indiqué, car il a souvent pour résultat de transformer une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, d'exposer à des suffusions sanguines dans le tissu cellulaire pelvien et de gêner l'excrétion des gaz et des matières fécales.

L'extirpation du rectum expose à la blessure des organes voisins. Le vagin peut être ouvert; il en résulte, après guérison, une fistule recto-vaginale. Cet accident n'a pas une grande gravité et, du reste, la lésion de la cloison recto-vaginale est quelquefois indispensable pour enlever la totalité du mal.

Chez l'homme, il est arrivé à nombre d'opérateurs de blesser la prostate, la portion membraneuse de l'urèthre ou la vessie.

Ces accidents ne sont pas aussi graves qu'on pourrait le croire au premier abord. Nussbaum a intéressé la vessie dans plusieurs cas. Fréquemment la prostate a été mise à nu sans qu'il en résultât rien de fâcheux. Une fois même, cet organe en totalité et la portion d'urèthre qu'elle contient furent extirpés. Le malade guérit et vécut encore trois ans avec une fistule recto-vésicale, disposée de telle sorte qu'une valvule permettait bien le passage de l'urine de la vessie dans le rectum, mais s'opposait à la pénétration des matières fécales dans le réservoir de l'urine. Le malade conservait son urine pendant une heure dans le rectum et l'expulsait volontairement sous forme de jet. Dans les derniers mois de son existence, il pouvait même conserver son urine deux ou trois heures, mais malheureusement cela venait d'un commencement de récurrence qui obstruait en partie l'orifice de la fistule vésico-rectale.

Quant à la blessure du péritoine, c'est sans contredit l'accident le plus redoutable de l'extirpation du rectum. Il en résulte une péritonite aiguë qui enlève rapidement le malade. Pour certains auteurs cependant, cet accident ne serait pas fatalement mortel.

Sans être ouvert, le péritoine est quelquefois mis à nu. Nussbaum a vu deux malades guérir d'une extirpation du rectum, chez lesquels cependant on pouvait voir le cul-de-sac péritonéal déprimé par des anses intestinales remplies de matières fécales, descendre dans la plaie, chaque fois qu'on exerçait des tractions sur le rectum excisé pour le fixer à la peau.

La mort des malades peut encore être la conséquence d'une cellulite pelvienne. L'inflammation peut envahir l'espace pelvi-rectal supérieur et les fusées purulentes remonter le long de la colonne vertébrale jusqu'aux reins.

On a noté fréquemment comme cause de mort, des phlébites du petit bassin et la pyohémie.

Les *résultats éloignés* de l'opération sont très variables. Quand on a pu obtenir la réunion de la muqueuse à la peau, la guérison est rapide; quand, au contraire, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, cette réunion immédiate n'a pu être tentée ou a échoué à plusieurs endroits, la guérison se fait attendre beaucoup plus longtemps, puisqu'il faut que la plaie suppure et s'organise en cicatrice. Celle-ci prend quelquefois, après rétraction, une forme annulaire et peut rétrécir le rectum; d'autres fois, au contraire, elle constitue une

sorte d'infundibulum béant du côté de l'intestin et incapable de retenir les matières fécales.

Certains malades sont frappés d'une incontinence absolue et persistante; d'autres conservent les matières solides, tandis que les liquides sont rendues involontairement; enfin, on a pu observer des cas où les fonctions alvines s'exerçaient volontairement et régulièrement. On a cherché, par diverses théories, à expliquer ces faits. Chassaignac pensait que les fibres annulaires de la portion conservée du rectum pouvaient s'hypertrophier et reconstituer une sorte de sphincter; nous croyons que l'anneau cicatriciel, dans la plupart des cas, en rétrécissant l'intestin, peut suffire à empêcher la sortie involontaire des fèces; que, dans d'autres cas, il se forme des replis muqueux valvulaires, qui diminuent le calibre intestinal et qui, ne s'abaissant que lorsque le bol fécal est poussé avec une certaine force par la contraction volontaire des muscles abdominaux, s'opposent à l'incontinence des matières fécales; enfin que, dans quelques cas, il persiste quelques fibres du sphincter, suffisantes pour exercer une action constrictive véritable.

Le rétrécissement rectal, beaucoup plus rare, mais par contre beaucoup plus grave que l'incontinence, provient de la rétraction excessive de l'anneau cicatriciel. C'est pour éviter cet inconvénient que beaucoup de chirurgiens prescrivent d'introduire dans le rectum, après l'opération, une grosse mèche ou une canule de gutta-percha, dans le but de régulariser la canalisation du nouvel anus.

Enfin, disons que l'extirpation du rectum est fréquemment suivie d'un écoulement leucorrhéique abondant, dû vraisemblablement à une simple inflammation catarrhale de la muqueuse.

Nous ne pouvons établir actuellement, à l'aide d'un nombre suffisant de matériaux, la proportion exacte des succès qui ont suivi l'extirpation du rectum. L'opération, très dangereuse quand on se sert de l'instrument tranchant, selon les procédés de Lisfranc ou de Velpeau, l'est infiniment moins, quand on met en œuvre les méthodes plus modernes d'extirpation. Dieffenbach accuse trente succès, et Chassaignac quarante; il est vrai que ces auteurs ne donnent pas le chiffre total des opérations qu'ils ont pratiquées. Simon et Nussbaum ont eu tous deux quatre succès sur cinq opérations; Verneuil cinq sur sept. Marchand donne comme moyenne, d'après l'ensemble des faits dont il a eu connaissance, un cas de mort sur quatre opérations environ. Il est vrai de dire, qu'au rectum comme dans tout autre organe, le cancer est sujet à récurrence. Mais les cas dans lesquels on a pu revoir les malades après plusieurs années ne sont pas rares, et il est permis d'espérer qu'en enlevant complètement le mal on pourra, dans nombre de cas, obtenir sinon une guérison définitive, du moins une prolongation notable de l'existence.