

Desault et Boyer, cette opération, pratiquée par Faquet en 1739, est aujourd'hui généralement admise.

Deux conditions sont nécessaires pour que l'opération puisse être pratiquée : il faut que le doigt indicateur dépasse les limites supérieures de la dégénérescence, et qu'on se soit assuré de l'épaisseur du cancer. Si la cloison recto-vaginale était envahie, on s'abstiendrait d'opérer. Vidal, par un excès de prudence, ne veut même pas qu'on opère si le cancer s'élève à plus de 0^m,025.

Procédé de Lisfranc. Le malade, placé sur un lit ou sur une table garnie de matelas, est couché sur le côté, les cuisses à demi fléchies. Des aides l'assujettissent dans cette position. L'un d'eux tend les téguments environnant l'anus; un autre est chargé de présenter les instruments. Le chirurgien tenant de la main droite un bistouri convexe en première position, tend de la main gauche les téguments et fait à 0^m,01 ou 0^m,02 de l'orifice anal deux incisions semi-lunaires, comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il peut arriver que des végétations ou des ulcérations carcinomateuses existent au voisinage de l'anus, et commandent de faire ces incisions à une plus grande distance du rectum pour rendre possible l'extirpation des parties malades. On dissèque ensuite la peau en dirigeant le tranchant du bistouri vers l'intestin, que l'on isole de toutes parts. Les deux incisions ont pour avantage de permettre d'abaisser le rectum et de le faire saillir en bas de plus de 0^m,03, lorsqu'on l'attire à soi, après y avoir introduit le doigt indicateur. Quand le cancer est superficiel, qu'il est borné à la muqueuse, ou qu'il ne s'étend pas au delà des tuniques de l'intestin; quand, en même temps, il ne s'élève pas beaucoup au-dessus de l'anus, il est facile, en recourbant le doigt, de renverser l'intestin sur lui-même, et de mettre la totalité du mal à découvert. Il suffit alors de fendre la partie du rectum renversée, et de l'exciser, en la contourant, avec de forts ciseaux courbes sur le plat. Quand la maladie se présente sous cette forme, l'opération est aussi simple que facile. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées complètement, et, après la cicatrisation de la plaie, l'acte de la défécation reste volontaire.

Quand le cancer a envahi la totalité des tuniques de l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne, et qu'il remonte à la hauteur de 0^m,06, on ne peut plus mettre en usage le procédé que nous venons de décrire. Il faut, après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et disséqué toute la circonférence de la partie inférieure du rectum, pratiquer avec de forts ciseaux droits, dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe. Cette incision doit être faite sur la partie postérieure du rectum,

parce que cet endroit est celui où se rencontrent le moins de vaisseaux, et où on a le moins à craindre de blesser quelque organe important. L'incision prolongée jusqu'au-dessus des limites du mal a pour avantage de montrer toute l'étendue de la maladie. Comme il y a toujours dans ces différentes incisions quelques artérioles ouvertes, il faut suspendre l'opération pendant deux ou trois minutes, et placer dans le rectum et sur la plaie une éponge imbibée d'eau froide ou de quelque liquide hémostatique. En retirant l'éponge, on peut facilement juger des limites du mal. On plante alors sur l'extrémité inférieure du rectum deux ou trois érignes pour la tenir abaissée, et on en achève l'extirpation.

Si les vaisseaux sont volumineux, on les lie au fur et à mesure qu'ils sont divisés, ou un aide les comprime momentanément avec le doigt.

Quand on dissèque la face antérieure de l'intestin chez la femme, on engage deux doigts dans le vagin. On introduit une sonde dans l'urèthre en opérant en avant sur l'homme.

Pansement. Lisfranc pansait à plat. On pourrait, dès le premier jour, mettre une mèche dans la plaie et le rectum.

Procédé de Velpeau. Le savant chirurgien de la Charité se proposait, en rapprochant immédiatement l'intestin des téguments, de rendre l'hémorrhagie plus difficile, la guérison plus prompte, la réaction moins grave, et de ne pas laisser de cicatrices inodulaires; mais son procédé n'est applicable qu'à des dégénérescences peu étendues et très-rapprochées de l'anus.

En supposant le cancer annulaire et de 0^m,03 seulement de hauteur, on commence par le fendre en arrière. Ensuite, on l'abaisse à l'aide du doigt ou de bonnes érignes. On passe avec une aiguille courbe une série de fils de haut en bas, ou du rectum vers la peau, au-dessus de la tumeur, qui est détachée, avec le bistouri ou des ciseaux, de dehors en dedans ou de dedans en dehors, à 0^m,006 en deçà de chaque point traversé par les fils. Ceux-ci, rapprochés et noués immédiatement, servent à opérer la réunion des bords opposés de la plaie.

Lorsque le mal s'élève d'avantage, on commence par disséquer le cancer de bas en haut, comme dans le procédé ordinaire, et jusqu'à une certaine distance au-dessus de la tumeur. Les fils sont ensuite passés d'espace en espace à travers la partie saine du rectum par un de leurs bouts, puis, par leur autre bout, à travers la lèvre cutanée ou externe de la plaie. Le mal se trouve ainsi compris dans l'espace intermédiaire à l'entrée et à la sortie des fils. Le cancer retranché, les fils sont réunis et noués comme dans le premier cas.

Si, au lieu d'un cancer en couronne, on doit enlever une simple plaque, on la circonscrit entre deux incisions semi-elliptiques, dont les bords sont sur-le-champ réunis à l'aide de quelques points de suture.

Cautérisation. Nous ne reviendrons pas sur les détails de ce procédé, déjà décrit à l'occasion des rétrécissements.

Écrasement linéaire. Il a été pratiqué plusieurs fois avec succès dans les cas de cancers peu élevés et partiels.

Accidents et suites de l'opération. Les accidents sont : l'hémorragie, des spasmes, l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire du bassin, la péritonite, la phlébite et l'épuisement dépendant des lésions ulcéreuses du rectum et des parties voisines.

On cite de nombreux exemples d'incontinence des matières fécales à la suite de l'extirpation du rectum. Dans d'autres cas, contre toute attente, les matières ont pu être retenues.

Appréciation. L'extirpation rectale est indiquée dans le cas où les lésions sont peu étendues et bornées aux parois intestinales, et le bistouri paraît préférable à la ligature, à la cautérisation et même à l'écrasement linéaire, toutes les fois qu'on peut y avoir recours. Si le mal est partiel, le pansement et la cicatrisation n'exigent pas de soins particuliers; mais si tout le pourtour ano-rectal a été enlevé, la réunion par suture de la muqueuse à la peau mérite d'être conseillée. Lorsque le cancer est ancien et déjà étendu à une assez grande hauteur et aux fibres musculaires du sphincter et au tissu cellulaire environnant, l'affection est au-dessus des ressources de l'art, et l'opération, même suivie de la cicatrisation de la plaie, entraîne une incontinence fécale aussi cruelle que le cancer lui-même. Le seul moyen de prolonger les jours du malade, lorsque le passage des matières est interrompu, consiste dans des excisions et des destructions partielles ou dans l'ouverture du colon descendant. (Voy. *Méthode de Callisen.*)

POLYPES DU RECTUM.

Beaucoup plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, ils offrent peu de gravité.

M. Gigon (d'Angoulême), dans un travail présenté à l'Académie de médecine en 1843, en a rapporté six cas observés chez l'enfant, qui complètent ceux précédemment publiés par M. le professeur Stoltz. Ces polypes ont, d'après M. Gigon, un tissu charnu, rouge, dont une cerise donne assez exactement l'idée. Ils saignent à leur

surface. Ces caractères, ne l'oublions pas, appartiennent aux polypes du rectum de l'enfant. Leur pédicule s'implante plus ou moins haut.

Ces polypes, muqueux, charnus ou fongueux, causent de la gêne et s'accompagnent quelquefois d'hémorragie. Il faut éviter de les confondre avec des replis de la muqueuse, qui, pressés par le sphincter anal, se gonflent, et ressemblent alors à de véritables polypes; erreur facile et qui a été plusieurs fois commise.

Ligature. C'est le procédé préféré par M. Gigon. On fait saillir la tumeur, en prescrivant au malade des efforts d'expulsion. On peut aussi la saisir avec une pince-érigne en s'aidant du spéculum. La tumeur se détache au bout de deux ou trois jours. On pourrait l'exciser au-dessous du fil.

Excision. Rien de plus simple que cette opération. On toucherait la plaie avec un peu de perchlorure, en cas d'hémorragie.

CHUTE OU PROCIDENCE DU RECTUM.

Cette affection, plus commune dans l'enfance et dans la vieillesse que dans l'âge adulte, consiste dans le renversement de la muqueuse de l'intestin ou, plus rarement, de tout l'intestin, dont la partie supérieure s'invagine dans l'inférieure jusqu'au niveau de l'anus et fait une saillie plus ou moins considérable au dehors. Souvent la muqueuse procidente porte des tumeurs hémorroïdales et est le siège d'hémorragies.

L'intestin s'étrangle quelquefois et la tumeur peut tomber en gangrène. C'est un moyen dangereux de cure radicale spontanée.

Taxis. Il se pratique d'après les règles exposées au sujet des hémorroïdes.

Les lavements et les bains froids, les injections astringentes, celles de décoction d'écorce de chêne, les solutions au perchlorure ferrique peuvent guérir la maladie en tonifiant l'intestin relâché.

Ligature. Procédé de M. Marchal (de Calvi). On introduit une canule de bois dans la muqueuse intestinale invaginée, qu'on lie fortement sur le corps étranger avec un fil. La canule sert à l'écoulement des matières.

Extirpation. Ce procédé a été le seul employé pendant longtemps. L'exécution en est fort simple. On saisit la tumeur avec une pince, et on la divise circulairement au moyen du bistouri ou de forts ciseaux. Il n'est pas nécessaire d'enlever toute la portion procidente. Soit que l'on pratique l'extirpation, soit que l'on veuille