

inférieure de la tumeur. A côté du prolongement central, que l'on sentait du côté du rectum, il est deux prolongements latéraux, qui plongent dans les deux fosses ischio-rectales, et qu'il n'est possible de poursuivre qu'après avoir fait des débridements secondaires pour se donner du jour de chaque côté.

Le tout est d'ailleurs extrêmement confondu avec la paroi du rectum dont il faut sculpter l'épaisseur sur l'index introduit par l'anus. Heureusement la tumeur est partout encapsulée, et on parvient à l'enlever par morceaux, mais en totalité.

Au cours de ces manœuvres, le sphincter a sauté dans sa circonférence postérieure. Dans le fond de la plaie, on voit en haut le sacrum et le coccyx dénudé, au-dessous la paroi postérieure du rectum également à nu et amincie. De chaque côté les fosses ischio-rectales ouvertes montrent des lambeaux déchirés des muscles releveurs de l'anus.

La partie supérieure de la plaie est suturée sur une mèche de gaze salolée en saillie en arrière du rectum. Une autre mèche introduite dans le rectum sort par l'anus : la circonférence postérieure de l'anus reste flottante entre les deux mèches de gaze.

Au cours de l'opération, le malade a perdu relativement peu de sang ; de nombreux vaisseaux ont été pincés et liés.

Depuis lors la cicatrisation s'est opérée lentement, mais la vaste perte de substance s'est comblée. Après une longue période pendant laquelle le malade a eu de l'incontinence des matières, après quelques incidents sans importance et inutiles à rappeler ici, le malade a guéri. Bien que le sphincter ait été compromis, le malade peut aujourd'hui (13 novembre) garder ses matières : la plaie est presque complètement cicatrisée, l'état général est excellent, et toutes réserves faites au point de vue d'une récurrence ultérieure, on peut considérer la guérison comme obtenue.

Voici les résultats de l'examen histologique de la tumeur fait par M. Marien

La tumeur a le volume de deux poings. A l'œil nu, son aspect est granulé et bourgeonnant.

A la coupe, elle se présente sous forme d'un tissu grisâtre, rosé, avec des tractus fibreux. La consistance est très inégale. Par le raclage, on obtient très peu de liquide.

Les coupes *microscopiques* faites à la périphérie nous montrent une néoformation de cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées, affectant une disposition papillaire. Les plus jeunes cellules, reconnaissables à leur coloration plus intense par le picro-carmin et à leur forme cubo-cylindrique, sont implantées directement sur un stroma fibreux, qui occupe le centre de la papille.

Sur d'autres coupes, ces mêmes cellules épithéliales prennent la forme de l'épithéliome *lobulé*, présentant des globes composés de cellules épidermiques disposées en cercles concentriques.

Enfin, sur des coupes faites dans la profondeur de la tumeur, l'on voit de longs boyaux composés des mêmes cellules épithéliales pavimenteuses et offrant l'aspect de l'épithéliome *tubulé*.

Les tubes sont anastomosés entre eux et disposés au milieu d'un stroma