

méso-rectum sur la partie postérieure de la tumeur, et que LUDLOW explique par la pression de la hernie à la partie antérieure, repoussant en arrière l'ensemble du prolapsus. — Entre la tumeur et l'anus, on trouve, s'il s'agit d'un prolapsus à trois cylindres, un sillon, une rigole circulaire. Saisissant la tumeur à pleines mains et la refoulant vers l'anus, on en opère la réduction; chez l'adulte, et lorsque le prolapsus est ancien, cette réduction devient difficile. Par la percussion, par la pression, on vérifiera s'il existe, en avant du prolapsus, une hémocèle, sous forme d'une tumeur gargouillante, sonore, se tendant par l'effort et la toux. — Les complications du prolapsus sont: l'ulcération de la muqueuse; l'irréductibilité et l'étranglement; la phlébite et le sphacèle de la portion prolabée.

**Traitement.** — Chez l'enfant, on doit réduire le prolapsus à chaque selle, surveiller la défécation, modifier la rectite par les lavements froids et le ratanhia, relever l'état général par l'alimentation réglée, les bains salés. Dans les cas graves, la cautérisation ignée, sous forme de raies de feu longitudinales, est utile en formant autant de colonnes cicatricielles qui rétrécissent l'ampoule et fixent la muqueuse à la paroi par des tracts fibreux.

Chez l'adulte, on peut se proposer deux méthodes: l'une qui restaure le soutien ano-périnéal; l'autre qui répare les moyens de suspension de l'intestin. — Les procédés ano et rectoplastiques consistent à rétrécir l'orifice anal et l'ampoule rectale, par des incisions muqueuses suivies de suture. La suspension artificielle du rectum est réalisée soit par la rectopexie, soit par la colopexie: la première surtout réglée par GÉRARD-MARCHANT, fixe l'intestin, par voie périnéale, au tissu fibreux précoccygien; la seconde, préconisée par JEANNEL, suspend, par la voie abdominale, le rectum à la fosse iliaque ou à l'arcade. — Un procédé excellent consiste à exciser le cylindre de muqueuse, sur toute la hauteur du prolapsus, et à suturer à la marge anale le contour muqueux au delà de l'excision: DELORME et nous, avons précisé la technique et les avantages de cette décortication muqueuse. — La myorrhaphie des releveurs de l'anus a été préconisée par NAPALKOFF, GIRARD, MARCHANT et

LENORMANT. — Enfin, dans les prolapsus irréductibles, à parois ulcérées ou dégénérées, il faut supprimer la tumeur par la résection.

## ARTICLE VIII

## RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

On distingue: 1° des rétrécissements congénitaux; 2° des rétrécissements inflammatoires.

1° RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX. — Il est des rétrécissements, caractérisés par leur forme valvulaire, dont l'origine est congénitale et se rapporte aux vices de conformation de la région ano-rectale.

Certains siègent dans la portion haute de l'ampoule et paraissent correspondre à un développement exagéré des replis de HOUSRON: cette variété rare a été bien décrite par DUBREUIL. Mais, en général, les rétrécissements congénitaux se rencontrent à la partie inférieure, (dans la zone ano-rectale) à deux ou trois centimètres de l'anus. La sténose est ordinairement unique. Elle forme tantôt un diaphragme valvulaire, tantôt un croissant, tantôt une simple bride. — Un type intéressant a été décrit par TILLAUX: la bride occupe un siège constant, à trois centimètres de l'anus; elle est presque toujours située sur la demi-circonférence postérieure du rectum et on la méconnaît souvent parce que, le malade étant couché sur le dos, c'est surtout la paroi antérieure qu'explore le doigt. Au-dessous de cette bride postérieure (rétrécissement partiel, non circonferentiel), l'ampoule rectale est largement dilatée et le doigt y plonge à pic: à la présence de cette bride se rattache la formation de certaines fistules qui guérissent après son débriement.

2° RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES. — Trois ordres de lésions peuvent rétrécir les tuniques rectales: 1° une vraie cicatrice; 2° une lésion tuberculeuse de type scléreux; 3° un syphilome ayant subi la transformation fibreuse.

Les rétrécissements cicatriciels sont rares et faciles à comprendre : ils succèdent à des plaies accidentelles ou chirurgicales, à des ulcérations du rectum.

Les rétrécissements dérivant de lésions tuberculeuses sont exceptionnels, bien que la tuberculose se constate fréquemment à l'autopsie de porteurs d'un rétrécissement du rectum.

L'intérêt clinique se concentre sur la troisième variété : à savoir le rétrécissement syphilitique. Deux théories ont été émises à ce sujet. L'une (théorie du syphilome ano-rectal de TRÉLAT et FOURNIER) considère le rétrécissement rectal comme un accident constitutionnel de la syphilis : il y aurait d'abord syphilome ano-rectal, hyperplasie interstitielle; puis, cette gomme au lieu de se ramollir subirait la transformation scléreuse et déterminerait par rétraction la sténose intestinale. La seconde (théorie de GOSSELIN et DUPLAY), voit dans le rétrécissement une lésion d'ordre purement inflammatoire; la syphilis ne joue qu'un rôle indirect en ouvrant la porte à l'infection, condition pathogène, par le chancre ou la plaque muqueuse. De là, une rectite chronique ascendante, pouvant aboutir à une formation fibreuse et à un rétrécissement consécutif du rectum. Par leurs études histologiques, BERGER et MALASSEZ, DELBET et MOUCHET, HARTMANN et TOUPET ont établi la réalité de cette rectite sténosante et l'importance du processus inflammatoire banal, ayant pour point de départ une infection au niveau d'une lésion locale syphilitique, tuberculeuse, ou même blennorrhagique.

Dans la majorité des cas, le rétrécissement dit syphilitique se rencontre chez la femme. Chez une malade, on observe d'abord une période plus ou moins longue de rectite : besoins fréquents; évacuation douloureuse de matières muco-purulentes, sous forme d'une diarrhée fétide dont les débâcles alternent avec une constipation persistante. Puis, se développent les signes d'une sténose : la constipation devient rebelle, résistant aux lavements, alternant avec des fusées de matières glaireuses, striées de pus et de sang, qui résultent de la stase fécale au-dessus de l'obstacle; les matières sont tantôt

de petites masses dures et ovillées, tantôt des matières rubanées; les premières s'observent surtout quand le rétrécissement est supérieur, les secondes quand la sténose est voisine de l'anus. Des crises d'obstruction incomplète se produisent : le ventre se ballonne, la constipation est persistante, des vomissements apparaissent; au bout de quelques jours, une débâcle met fin à ces accidents. A mesure que la sténose progresse, des troubles généraux se développent : la malade maigrit, s'anémie, s'intoxique par les produits septiques retenus au-dessus du rétrécissement; à voir la pâleur jaunâtre de la face, on croirait souvent avoir affaire à un cancer. Des phlegmons se développent dans la région ano-rectale et se terminent par fistulisation.

En introduisant le doigt dans l'anus, au niveau duquel se trouvent ordinairement des condylomes, petites excroissances fermes et lardacées, on rencontre des inégalités et des épaissements de la muqueuse. Puis, le doigt arrive au rétrécissement, qui se distingue par les caractères suivants : 1° forme cylindrique; 2° développement en longueur sur 4, 6 ou 8 centimètres; 3° état velvétique de la muqueuse, hérissée de bourgeons multiples.

Ces caractères permettent le diagnostic du rétrécissement syphilitique; il faut y joindre, comme signes dont GOSSELIN a établi l'importance, l'écoulement muco-purulent et les fistules péri-anales. — La pâleur jaunâtre des téguments et la cachexie progressive évoquent parfois l'idée d'un cancer : or, bien que formant parfois un cylindre étendu, à parois épaissies, le rétrécissement inflammatoire ne donne point la sensation d'une véritable tumeur, ce que l'on vérifie chez la femme en combinant les touchers vaginal et rectal; on ne rencontre pas non plus les ulcérations dures du carcinome.

**Traitement.** — Dilatation; incision; excision : tels sont les moyens applicables aux rétrécissements inflammatoires du rectum. Quelle que soit la méthode choisie, l'antisepsie rectale a une grande importance sur la valeur du résultat : nous savons en effet quel est le rôle de l'inflammation, de la rectite infectieuse, préexistant à la sténose; dans les cas graves, l'anus

iliaque temporaire, a été employé par nous, pour la dérivation des matières et de la désinfection rectale. La dilatation se fait généralement avec les bougies d'HÉGAR. Pour l'incision, on recourt désormais à la rectotomie externe. Enfin l'excision conviendrait à une sténose annulaire limitée, sus-sphinctérienne.

## ARTICLE IX

## CANCER DU RECTUM

Le cancer rectal est, dans la presque totalité des cas, une tumeur épithéliale, un épithéliome. Le sarcome, le lymphadénome sont des formes rares de tumeurs malignes du rectum.

**Anatomie pathologique.** — 1<sup>o</sup> SIÈGE. — Depuis l'anse oméga jusqu'à l'anus, le cancer épithélial peut occuper tous les points du rectum (fig. 196).

Cliniquement, on distingue, au point de vue des indications opératoires et du procédé de choix, les types suivants indiqués par QUENU : 1<sup>o</sup> un *type bas placé*, cancer anal, localisé au-dessous des attaches du releveur de l'anus dans la zone sphinctérienne ; 2<sup>o</sup> un *type moyen*, cancer ampullaire, occupant l'ampoule, c'est-à-dire le segment qui s'étend entre le releveur et le péritoine, forme anatomique qui a comme caractéristique de rester *extra-péritonéale* et de ménager l'intégrité de la région sphinctérienne ; 3<sup>o</sup> un *type haut placé*, *intra-péritonéal*, cancer *sus-ampullaire* qui, en bas, est limité par le cul-de-sac péritonéal et qui, en haut, s'étend plus ou moins, tantôt ne dépassant pas la troisième vertèbre sacrée, où se termine la portion du gros intestin pourvue de mésentère, tantôt s'élevant au-dessus de ce niveau, point limite du rectum selon la conception de TRÈVES, et envahissant la branche descendante de l'anse oméga ; 4<sup>o</sup> un *type d'envahissement total* où tout le rectum est envahi depuis l'anus jusqu'à 12 et 15 centimètres au-dessus. — Le cancer ampullaire est le type le plus fréquent : près de la

moitié des cas. Les types hauts et bas s'observent en nombre à peu près égal.

2<sup>o</sup> FORME. — Les Anglais décrivent : 1<sup>o</sup> une *forme tubéreuse* ;

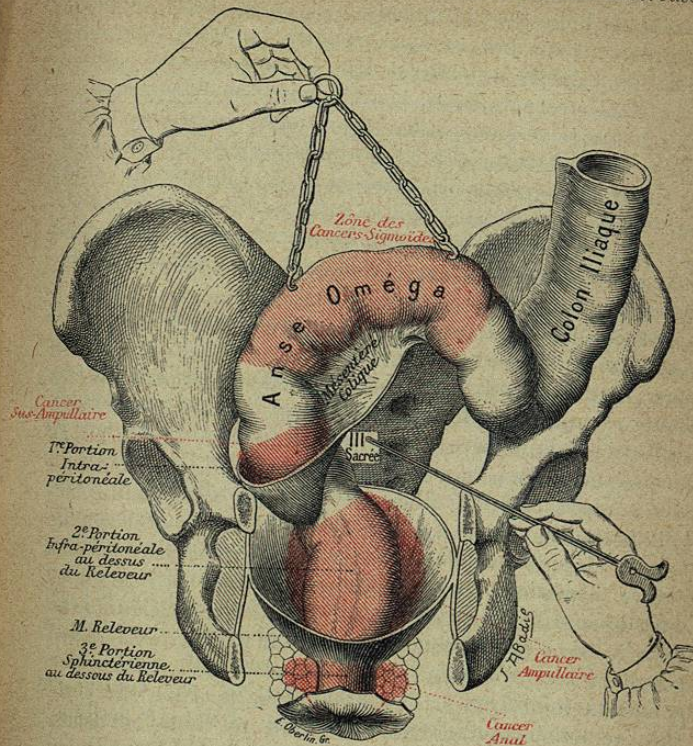


Fig. 196.

Schéma montrant les divers types anatomiques du cancer ano-rectal.

2<sup>o</sup> une *forme lamelleuse* ; 3<sup>o</sup> une *forme annulaire*. — La première se caractérise par des tumeurs circonscrites du volume d'une noix, d'une châtaigne, en relief irrégulier, dont le centre ne tarde point à s'ulcérer en un cratère à fond noirâtre et pulpeux. Dans la forme lamelleuse, le néoplasme moins saillant s'étale

en une plaque dont le fond s'ulcère et s'excave, dont la base s'indure. Toutes les formes, si bien circonscrites qu'elles soient au début, tendent par leur progrès à envelopper circonférentiellement l'intestin et à prendre le type du *cancer annulaire*, *cancer en virole*. Les tuniques rectales infiltrées constituent alors un cylindre néoplasique dont la muqueuse est ordinairement ulcérée par places, bourgeonnante en d'autres points, sous forme de véritables choux-fleurs mous, saignants et suintants. Le rétrécissement de l'intestin résulte à la fois de ce bourgeonnement irrégulier des parois et de la réduction du calibre par le tissu épais et dense qui les infiltre : il y a à la fois rétrécissement et obstruction. Les limites de cette virole néoplasique sont ordinairement nettes, parfois prolongées par des noyaux distants.

3° EXTENSION. — L'épithélioma finit par dépasser les parois intestinales : le tissu périrectal s'épaissit, adhère, devient le siège d'une infiltration mixte, inflammatoire et néoplasique, qui contribue à augmenter la fixité du néoplasme et à empêcher l'abaissement opératoire du rectum. — L'épithélioma envahit, dans les formes ampullaires, la prostate et la vessie chez l'homme, le vagin et l'utérus chez la femme. Le cancer anal infiltre les fosses ischio-rectales, y détermine des abcès péri-anaux, dont les orifices fistuleux laissent passer des bourgeons saignants et mous de nature néoplasique. — L'infection ganglionnaire, par lymphangites ou embolies épithéliales, gagne : 1° les ganglions de l'aîne dans le cas d'épithélioma siégeant ou propagé à l'anüs ; 2° les ganglions hémorroïdaux logés dans la concavité sacrée ; 3° les ganglions lombaires. — La généralisation, par contre, est rare : elle s'observe surtout dans le foie et dans le péritoine ; exceptionnellement elle s'étend aux reins, à la rate, aux poumons, aux os.

4° HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Il faut distinguer le cancer de l'anüs et le cancer du *rectum* proprement dit. Le premier, se développant aux dépens de la peau et d'une muqueuse dermo-papillaire, prend la forme d'un *épithélioma pavimenteux*, procédant des cellules ectodermiques de cette zone. Au contraire, le cancer rectal, ayant son point de départ dans un épithélium

intestinal, revêt la forme de l'*épithélioma cylindrique*, conforme à la structure cellulaire de cette muqueuse.

Cette distinction est vraie dans l'ensemble, mais souffre des exceptions : un cancer bas peut être cylindrique parce que, au-dessous de la limite de la muqueuse rectale on peut rencontrer par points des cellules analogues à celles de l'épithélium intestinal ; d'autre part sur la muqueuse rectale chroniquement irritée, ayant changé son revêtement cylindrique en un pavimenteux stratifié, peut se développer, comme l'a dit QUÉNU, un épithélioma histologiquement semblable aux cancéroïdes cutanés.

§ 1<sup>er</sup> *Épithélioma cylindrique*. — Deux éléments le constituent 1° l'élément épithélial ; 2° le stroma conjonctif.

1. *Élément épithélial*. — Les *cellules épithéliales* se présentent sous deux formes différentes, bien mises en lumière par QUÉNU et LANDEL. Tantôt ces éléments, conservant avec persistance les caractères essentiels de l'épithélium normal, se disposent en des tubes pseudo-glandulaires, à lumière très distincte, que séparent des travées plus ou moins épaisses de tissu conjonctif (*carcinome adénomateux* de HAUSER, *épithéliome typique* de QUÉNU et LANDEL). Tantôt les cellules, perdant leur forme normale, constituent non plus des tubes à lumière nette, mais des cylindres pleins ou même des masses cellulaires, disposées concentriquement, remplissant les alvéoles formés dans le tissu conjonctif (*carcinome solide ou plein* de HAUSER, *épithélioma atypique* de QUÉNU. — Dans les tubes pseudo-glandulaires, l'épithélium, tout en gardant sa forme cylindrique à plateau, est augmenté d'épaisseur. Cela tient à deux causes : 1° la formation de plusieurs couches cellulaires ; 2° l'hypertrophie de ces cellules, dont les dimensions sont beaucoup plus considérables qu'à l'état normal et dont les noyaux hypertrophiés sont multiples. Par la superposition de plusieurs assises cellulaires, et par leur compression réciproque, il arrive que les cellules perdent leur forme cylindrique : leurs limites sont alors moins nettes. Un caractère, signalé par QUÉNU et LANDEL, est la tendance à la disparition des cellules mucipares. — Dans l'épithélioma de forme atypique, les cellules épithéliales tendent à perdre leur forme et leur disposition initiales.

II. *Stroma conjonctif*. — Le *stroma conjonctif* varie selon les formes. Dans certains cas, il est réduit à de minces travées, séparant les tubes ou les cylindres pleins épithéliaux qui composent à eux seuls presque tout le néoplasme (*carcinome médullaire de Hauser, carcinome encéphaloïde*) : ces formes ont une tendance à progresser rapidement et à infecter précocement le système lymphatique. — Dans d'autres formes, au contraire, le tissu conjonctif réagit avec intensité au contact du tissu épithélial : il forme alors des trainées épaisses, fibreuses, abondantes, séparant les formations épithéliales et contribuant à augmenter la densité de la tumeur : c'est le *carcinome squirrheux*, le cancer dur, dont la malignité est moindre. Entre ces deux formes il est une série de variétés, selon l'abondance du tissu conjonctif.

§ 2. *Epithélioma pavimenteux*. — On distingue : 1° un épithéliome *lobulé* à globes épidermiques ; 2° un épithéliome *tubulé* sans globes. Or, comme le remarquent QUÉNU et LANDEL, l'élément important n'est point le globe épidermique, groupement de cellules en voie de kératinisation, mais cette kératinisation elle-même.

§ 3. *Epithéliomes à cellules muqueuses*. — Une altération caractéristique de l'épithélioma cylindrique, signalée par QUÉNU et LANDEL, c'est que la muqueuse rectale, en voie d'évolution cancéreuse, perd ordinairement ses cellules mucipares, caliciformes. Mais dans quelques cas, l'évolution des cellules cylindriques est différente : elles se transforment toutes en cellules mucipares et donnent lieu à des tumeurs, composées d'un véritable réseau de tissu conjonctif, dont les alvéoles sont remplis de grosses cellules sphériques et d'une grande quantité de mucus.

**Symptômes et diagnostic.** — *Hémorragie ; douleurs ; troubles de la défécation* : telle est la triade symptomatique qui doit fixer l'attention du médecin. Car il faut savoir : que le cancer rectal évolue ordinairement d'une façon lente, souvent précédé d'ailleurs par une phase précancéreuse, où il existe à l'état de papillome ; que la symptomatologie du début est généralement peu marquée et bornée à des troubles communs aux affections

banales du rectum et de l'anus ; enfin que les progrès de l'épithéliome rectal, jusqu'à un stade plus ou moins avancé de l'envahissement local, sont compatibles avec les apparences d'une santé florissante.

La gravité et la rapidité d'apparition des symptômes se rattachent évidemment aux formes mêmes du mal et à ses variétés anatomo-pathologiques. Elles varient : 1° selon qu'il s'agit de formes dures, squirrheuses, à tissu conjonctif dense et abondant, lentes à s'ulcérer, ou d'espèces encéphaloïdes, molles, à néoplasie épithéliale prépondérante, aboutissant promptement, soit à l'ulcération par cancérisation de la muqueuse, soit comme QUÉNU l'a vu, à sa destruction par des foyers inflammatoires développés autour des bourgeons cancéreux sous-muqueux ; 2° selon que le cancer reste longtemps localisé sous forme de noyau sur un point de la paroi, ou qu'il prend la forme végétante propice aux hémorragies, ou qu'il devient promptement annulaire, causant un rétrécissement de plus en plus serré.

L'hémorragie peut être une manifestation initiale du néoplasme et se montrer avec une brusquerie et une abondance exceptionnelles : nous venons de l'observer chez un homme jeune encore qui, en une nuit, pris d'un soudain besoin, évacua près d'un verre de sang ; cette évacuation se produisit deux fois aux deux selles suivantes, puis fut remplacée par de petits suintements irréguliers. — Ordinairement, le type de l'hémorragie est le suivant : parfois, ce sont quelques filets de sang, accompagnant l'expulsion de matières dures et ovillées ; plus souvent, les selles sont noirâtres, ressemblant à du goudron, du marc de café ou à de la suie, le sang ayant fait séjour dans le rectum, s'y étant décomposé et mêlé aux matières délayées. Quand, au-dessus du néoplasme, s'est développée une rectite de quelque intensité, ce sont des glaires rosées ou striées de sang, dysentériques, qui enrobent les matières et sont expulsées par défécations fréquentes avec épreintes et faux besoins. Enfin, dans les cancers mous, lorsque la surface ulcérée se couvre de bourgeons grisâtres, entre les anfractuosités desquels séjourne un mélange de liquide cancéreux, de pus résultant de

la rectite et de matières fécales, c'est une sanie putride, sanguinolente, qui s'écoule, avec des muco-membranes (peaux, raclures de boyaux, disent les malades) et parfois des eschares muqueuses fétides détachées de la masse néoplasique ramollie.

Les douleurs sont peu marquées au début et ce n'est point sur elles qu'un pronostic précoce peut se fonder. Ce sont, parfois, de simples coliques, avec météorisme, tenant à la constipation. Des sensations de cuisson, des élancements, vers le fondement, accompagnent la défécation, la fatigue, la station debout prolongée. Chez d'autres malades, c'est une pesanteur vers le sacrum et le coccyx, l'impression d'un besoin non satisfait. Mais, au total, il est frappant de voir à quelle phase avancée peuvent arriver les lésions locales, dans certaines formes de cancer sus-ampullaire, d'une façon lente et peu douloureuse. — Au contraire, les cancers de la région anale, probablement par la complication de fissures, et certains cancers de l'ampoule rectale déterminent des douleurs intenses dès leur apparition. — Les formes dures et annulaires des cancers élevés, où le rétrécissement se trouve rapidement constitué, sont aussi remarquables par la vivacité des souffrances, par leurs irradiations dans les aines : cela se rattache aux difficultés de l'issue des matières, à la contusion du point rétréci lors de leur passage, aux contractions douloureuses de l'intestin au-dessus de l'obstacle, à la rectite qui se développe en amont, aux épreintes qui en résultent. Ces causes se retrouvent pour expliquer les douleurs qui accompagnent les dernières phases de l'épithéliome rectal, quels que soient son siège et sa forme. Il y faut joindre les propagations de la tumeur aux organes voisins, les ulcérations vésicales, uréthrales, vaginales qui en résultent, l'envahissement même du plexus sacré, ce qui explique ces irradiations vers le membre inférieur signalées surtout par ESMARCH.

Les troubles de la défécation sont précoces dans les cancers voisins de l'anus, où ils prennent la forme de défécations douloureuses, et dans les cancers sus-ampullaires, surtout dans les cancers haut situés, siégeant à l'union de l'anse oméga et du rectum, qui, devenant vite annulaires, étreignant l'intestin à la

façon d'une vraie ligature, développent la constipation opiniâtre d'abord, l'obstruction intestinale ensuite. Par contre, l'ampoule, région spacieuse, permet, d'une façon plus prolongée, l'évolution lente, non obstruante, d'un néoplasme de ses parois.

La constipation est un symptôme constant du début ; elle peut alterner avec des débâcles pseudo-diarrhéiques, résultant de la stagnation même des matières et de la rectite glaireuse ou muco-membraneuse qu'elle provoque. Les matières sont modifiées dans leur forme et dans leur calibre : ce sont tantôt des boules ovillées, qu'un de nos malades comparait à des « boules de cyprès », tantôt des matières laminées, rubanées. L'S iliaque, incomplètement évacué, est rempli de masses accumulées, qu'on peut sentir à la palpation de la fosse iliaque. Malgré les lavements, ces évacuations restent incomplètes ; et, la rectite aidant, les malades, tourmentés par de faux besoins, se présentent dix, quinze, vingt fois et plus à la selle ; ils n'expulsent le plus souvent, au prix de vives épreintes, que des glaires fétides et sanguinolentes.

Des périodes de constipation de dix, quinze jours peuvent s'établir, pendant lesquelles les gaz continuent à filtrer. Mais cette obstruction, et à plus forte raison l'occlusion vraie, avec suppression des gaz, sont rares dans le cancer rectal même massif. Tel malade, chez qui le doigt ne s'engage qu'avec peine dans un canal rétréci et tortueux, n'offre aucun signe d'obstruction et présente plutôt de la diarrhée : cela tient à ce que le processus d'ulcération creuse le calibre de la tumeur, et aussi, comme le pense QUÉNU, à ce que la rectite concomitante, modifiant les conditions de la sécrétion et de la contraction intestinale, engendre de la diarrhée.

C'est à cette rectite que sont dues les pertes glaireuses, dysentériques, parfois purulentes, qui, dans les formes massives et ulcérées, s'observent en dehors de tout effort d'expulsion. Quelques malades, éprouvant une sensation de plénitude rectale, poussent involontairement et laissent échapper une fusée de gaz humides. D'autres, à sphincter atone ou envahi, perdent des glaires sanguinolentes qui tachent leur chemise. Aux périodes tardives, c'est un écoulement sanieux

abondant, dont la fétidité, mélangée d'odeur fécale et d'ichor cancéreux, est caractéristique.

Les troubles généraux sont variables. On a décrit une *forme dyspeptique*, où le malade souffre surtout de troubles digestifs, d'inappétence, d'alternatives de constipation et de diarrhée, où l'amaigrissement et la pâleur sont précoces : forme comparable au cancer latent de l'estomac, où le néoplasme ne trahit sa présence que par des phénomènes généraux. — Ordinairement, les altérations de l'état général marchent parallèlement aux progrès de l'infiltration néoplasique, de son *ulcération*, des pertes hémorragiques et diarrhéiques qui en résultent, et surtout de la *résorption des produits toxiques* dont l'ulcère rectal est la source. Ainsi se développent cet amaigrissement, cette pâleur jaunâtre qui aboutissent à une cachexie, souvent accélérée par l'extension du cancer aux organes voisins, la perforation du vagin, de l'urètre, de la vessie, l'envahissement des voies urinaires, dégâts qui s'associent à un processus d'ulcération septique.

La marche et la durée du cancer rectal dépendent de la forme anatomique, de l'obstacle qu'il crée à la circulation intestinale, des complications intercurrentes. Nous savons, depuis que VOLKMANN l'a établi, que le cancer du rectum est moins malin que le cancer des tissus glandulaires, affirmation qui influa vivement en Allemagne sur l'extension que KONIG, CZERNY, BILLROTH et KÜSTER firent prendre à l'extirpation. Nous avons vu des cas durer trois et quatre ans : la moyenne évolue entre un an et deux ans. La mort survient par intoxication progressive due aux produits résorbés, par inanition, par urémie ; parfois une pleurésie, une pneumonie intercurrente enlèvent le malade à cette lente fin.

**Diagnostic.** — Quand, surtout chez un homme ayant dépassé la quarantaine, on rencontre des *hémorragies*, survenant en dehors de toutes hémorroïdes internes et externes, des *alternatives de constipation et de diarrhée*, une *sensation de pesanteur sacro-coccygienne*, avec faux besoins, il faut, sans se laisser illusionner par l'apparence d'une santé conservée, soupçonner la possibilité d'un carcinome rectal. Et, dans le doute, comme

l'efficacité du traitement est ici liée à la précocité du diagnostic, *il faut toujours pratiquer le toucher intra-rectal.*

Par ce toucher, on appréciera : 1° l'existence d'un noyau, d'une plaque ou d'une virole ; 2° l'étendue de l'ulcération, la forme et le degré du rétrécissement rectal ; 3° l'épaisseur de l'infiltration des parois ; 4° la mobilité du néoplasme de haut en bas et transversalement. En déprimant fortement le périnée, on pourra explorer ainsi la région de l'ampoule, le segment sus-ampullaire ; par le palper bi-manuel, on reconnaîtra une masse développée sur l'anse oméga ; mais, pour ces cancers haut situés, il est nécessaire d'introduire la main tout entière dans le rectum à la façon de SIMON. Explorez aussi la région inguinale : vous pourrez y trouver, surtout dans les cancers ano-rectaux, des ganglions durs qui parfois, grâce à une inoculation septique, deviennent gros, ramollis, tendant à la fluctuation. — Il se forme quelquefois des abcès de la marge de l'anus avec fistules : les bourgeons, moulus et saignants, qui émergent par ces orifices doivent attirer l'attention du médecin sur leur nature néoplasique. Aux périodes classiques d'infiltration massive et d'ulcération, le diagnostic se fera aisément par la fétidité ichoreuse des pertes, par l'étendue de l'infiltration néoplasique, par la cachexie progressive au teint jaune paille.

**Traitement.** — Il est : 1° palliatif, 2° curatif. Jusqu'à l'année 1885, où le travail de KRASKE imprima à la chirurgie du cancer rectal une décisive impulsion, les interventions palliatives demeuraient prépondérantes : l'ablation était bornée aux cancers de la zone ano-rectale ou du segment inférieur du rectum, mobiles, non adhérents, sans propagation ganglionnaire. A l'heure actuelle, les opérations radicales voient leurs indications s'étendre même aux néoplasmes élevés du rectum : la thèse de FINET, le rapport de QUÉNU et HARTMANN, celui de KRÖNLEIN, sont, sur ce point, des documents de grande valeur. L'établissement d'un anus préliminaire, l'extirpation du rectum à l'état clos, ont amélioré la *sécurité* de ces interventions ; toutefois, le chiffre de mortalité reste encore élevé ; et, détail curieux, s'est élevé dans ces dernières années, vraisemblablement parce que nous avons reculé les limites de l'opérabilité :

ainsi KUPFERLE, colligeant les opérations de CZERNY, indique une mortalité opératoire de 5 p. 100 pour la période 1877-1887 et de près de 14 p. 100 pour la période 1888-1902; WOLFF enregistre dans la clinique de BERGMANN, de 1883 à 1888, une mortalité de 11 p. 100, de 1888 à 1900 de 32 p. 100. Quant à l'efficacité de ces interventions, elle demeure encore en débat : toutefois, KRÖNLEIN, en 1900, rassemblant 640 opérations, donne une proportion de 15 p. 100 de guérisons suivies au delà de la troisième année.

1° INTERVENTIONS RADICALES. — On peut enlever les tumeurs rectales par trois voies : 1° la voie périnéale, 2° la voie sacrée, 3° la voie abdominale ou abdomino-périnéale.

La voie périnéale, inaugurée par LISFRANC, dès 1826, permet d'exciser, non seulement les cancers ano-ampullaires, mais encore d'enlever 12 à 14 centimètres de rectum et d'exciser des cancers ampullaires. Pour cela, le chirurgien s'aide d'une incision libératrice ano-coccygienne, déjà recommandée par DENOVILLIERS et de la résection du coccyx préconisée par VERNEUIL. Le procédé de KOCHER est une combinaison de l'incision de DENOVILLIERS et de l'excision coccygienne de VERNEUIL. QUÉNU a réalisé un progrès important en réglant la dissection prérectale de l'intestin, ce qui permet de le dégager de la prostate et de l'abaisser.

Le 11 avril 1885, KRASKE préconisa, pour se donner du jour vers le rectum, la résection partielle du sacrum. Le sacrum ne doit être excisé que jusque au-dessous de la troisième sacrée, de façon à ménager le plexus sacré. La voie sacrée, opération de KRASKE, paraît constituer l'intervention de choix pour les cancers de l'ampoule, cancers moyens, laissant intacte la région sphinctérienne, permettant par conséquent de ménager cette région et de suturer le bout supérieur au bout sphinctérien, après résection de la tumeur. Mais l'on tend maintenant à abandonner cette suture des deux bouts, à cause de ses échecs, et de l'impuissance de l'appareil sphinctérien énérvé ou privé de ses insertions fixes.

La voie abdominale ou abdomino-périnéale, inaugurée par CZERNY, GAUDIER et CHALOT, bien précisée par QUÉNU, convient

aux cancers haut placés, sigmoïdes ou recto-sigmoïdes. Généralement l'intervention est précédée de l'établissement d'un anus préliminaire, ce qui diminue les risques d'infection liés à l'extirpation du cancer rectal. Un second principe a été établi : il consiste à fermer l'anus avec une soie serrée en bourse et à extirper le rectum cancéreux comme on enlève un kyste à contenu septique, ce qui est très important en raison de la persistance de l'infection rectale. Grâce à une incision dans la région iliaque, l'anse oméga est attirée hors du ventre, sectionnée entre deux ligatures ; sur son bout supérieur, on placera l'anus contre nature ; le bout inférieur est libéré, par la section progressive de son méésentère ; par le périnée, on achève l'extirpation de ce bout.

2° INTERVENTION PALLIATIVE. — Les contre-indications aux opé-

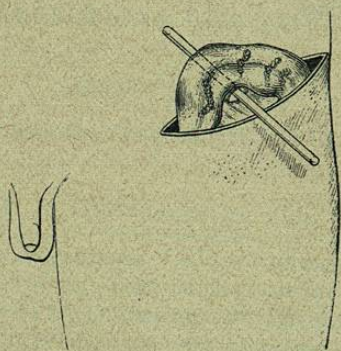


Fig. 497.

Anus iliaque MAYDI-REGLUS.

Le colon iliaque a été attiré au dehors et fixé par une bougie en gomme traversant son insertion méésentérique.

rations radicales viennent de l'extension du néoplasme hors des tuniques rectales, de sa perte de mobilité, de ses adhérences avec les organes du petit bassin, surtout avec la vessie. Il faut alors se résoudre au palliatif par excellence, l'anus contre nature qui apaise les douleurs, dérive les matières fécales, et empêche l'empoisonnement par la stagnation des matières.



Cet anus doit être ouvert dans la région iliaque ; l'anus lombaire est abandonné. On peut le pratiquer : en un temps ; en deux temps. Dans le premier cas, au travers d'une incision comparable à celle pour la ligature de l'iliaque externe, l'S iliaque, reconnaissable à ses appendices graisseux, à ses bandes musculaires longitudinales, à son ton grisâtre, est attiré hors de la plaie de façon à ce que les deux bouts de l'anse soient accolés en canon de fusil et forment un éperon saillant empêchant les matières de s'engager dans le bout inférieur ; l'anse est fixée par une couronne de sutures au péritoine pariétal et ouverte au thermo. Dans le procédé en deux temps de MAYDL-RECLUS, l'anse est fixée au dehors par une bougie en gomme, passant au travers du méso-côlon ; on ne l'ouvre qu'au bout de cinq à six jours, lorsque les adhérences entre le péritoine et l'intestin sont solides.

## NEUVIÈME PARTIE

### AFFECTIONS DES ORGANES URINAIRES

#### CHAPITRE PREMIER

#### AFFECTIONS DES REINS

##### ARTICLE PREMIER

#### TRAUMATISMES DU REIN

##### I. — CONTUSION DU REIN

**Étiologie et mécanisme.** — Une violence traumatique (chute sur un corps en saillie ou choc par un corps contondant) a porté sur la région lombaire ou, plus rarement, sur la paroi latérale de l'abdomen : le rein, refoulé dans l'angle costo-vertébral, est pris entre la puissance vulnérante et la résistance, représentée par l'apophyse transverse des premières vertèbres lombaires. Comprimé entre ces deux forces, il peut subir un véritable éclatement, par augmentation brusque de la tension des liquides qui imbibent son parenchyme : les lésions sont alors comparables aux ruptures par pression hydraulique, qui se produisent, selon la théorie de KOCHER, dans les viscères creux, remplis de liquide, et soumis à une soudaine hypertension. — Dans quelques cas, grâce à la dépressibilité des parties molles, le rein est directement coïncé