

La structure varie suivant l'âge du sujet ; Bruyant, Billroth avancent que la tumeur est de nature *muqueuse* chez l'enfant, *fibreuse* chez l'adulte. D'après A. Forget, les polypes fibreux du rectum sont très-rares. Au point de vue histologique, ces productions morbides ne sont le plus souvent qu'une hypertrophie des follicules de la muqueuse. Parfois elles contiennent dans leur intérieur des corps étrangers : Gerdy trouva dans un polype du rectum des concrétions calcaires ; dans un autre cas, des bols de matières fécales durcies qui occupaient le centre de la tumeur.

Dans certains cas, le volume du polype diminue beaucoup après l'ablation de la tumeur, ce qui est dû au dégorgeement du sang qu'il renferme.

Symptômes. Le début est obscur ; ce n'est qu'à une certaine période que survient de la gêne dans la défécation, avec douleur plus ou moins vive au moment de la sortie des matières, un sentiment habituel de pesanteur au fondement. Il se fait par l'anus un écoulement purulent ou mucopurulent, sanieux, d'une odeur fétide, et il n'est pas rare d'observer des hémorragies abondantes et répétées pouvant mettre la vie en danger. Si le polype est situé à peu de distance de l'anus, il sort souvent pendant la défécation, et il se réduit ensuite avec facilité. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, à surface lisse, de consistance molle, pourvue le plus souvent à la base d'un rétrécissement qui se continue avec la muqueuse rectale. On peut en général se dispenser de ce mode d'exploration chez l'enfant, parce que le polype s'échappant pendant les efforts pour aller à la garde-robe devient visible pour le chirurgien. Lorsque la tumeur occupe un point élevé de l'intestin, le toucher rectal devient au contraire indispensable ; on ne saurait en effet attacher grande importance à un signe noté par Guersant, l'impression sur le bol fécal, expulsé par l'anus, de la tumeur intra-rectale, attendu que ce sillon peut disparaître pendant le passage des fèces à travers l'anus.

Causes. Les polypes du rectum sont plus communs chez les enfants que chez les adultes. Stoltz attribue une grande part, dans le développement de cette affection, à la chute du rectum et aux causes qui produisent celle-ci. D'après le professeur de Strasbourg, dans les chutes répétées du rectum, une petite portion de la muqueuse intestinale est parfois pincée par les sphincters ; cette portion se gonfle et finit par se pédiculiser ; dès lors le polype est formé.

Chez l'adulte les polypes sont le plus souvent le résultat d'une inflammation catarrhale ancienne de la muqueuse rectale. Il n'est pas rare en effet de trouver sur la muqueuse, au voisinage du polype, tous les degrés de l'inflammation, depuis la simple prolifération inflammatoire jusqu'à des tumeurs pédiculisées ; mais souvent, malgré les recherches les plus minutieuses, on ne découvre nulle trace d'inflammation ni de catarrhe rectal. Il faut alors admettre que les polypes se développent sous l'influence d'irritations de la muqueuse, irritations légères, mais ayant une certaine durée et se répétant plus ou moins fréquemment. C'est ainsi qu'on explique la formation de polypes chez des sujets qui usent de rapports antiphyssiques.

Diagnostic. Il est surtout facile pour les polypes qui avoisinent l'anus. On ne confondra pas le polype avec un *prolapsus de la muqueuse anale*, parce que dans ce dernier cas le centre de la tumeur présente une ouverture qui permet de pénétrer plus ou moins profondément dans le rectum ; ni avec une tumeur hémorroïdale, celle-ci étant rarement pédiculée, se montrant rarement dans l'enfance, présentant souvent des alternatives de volume et un écoulement de sang *périodique*.

Pronostic. Les polypes du rectum ont un développement lent. Quelquefois on en observe la guérison spontanée, par rupture du pédicule. Ils peuvent récidiver. S'ils sont accompagnés d'hémorragies pendant la défécation, la perte de sang est parfois assez abondante pour altérer la santé.

Traitement. Il comporte les moyens chirurgicaux suivants : ligature, arrachement, excision.

Ligature. C'est une méthode d'une exécution facile pour les polypes situés près de l'orifice anal, plus laborieuse lorsque la production morbide siège à une certaine hauteur. Dans le dernier cas, on cherche à saisir la tumeur avec une pince érigée et à l'attirer au dehors pendant que, de son côté, le malade cherche à la faire saillir par des efforts d'expulsion.

Arrachement. Avec une pince ou avec les doigts on saisit le pédicule qu'on cherche à rompre, en exerçant une traction lente accompagnée ou non d'une torsion du pédicule.

Excision. Cette méthode est préférable aux précédentes, même pour les polypes qui occupent une certaine hauteur dans le rectum, parce qu'elle est plus expéditive et plus sûre dans ses résultats que les précédentes. Pour se mettre à l'abri d'une hémorragie grave, que j'ai vu survenir aussi après l'emploi de l'écraseur linéaire, on peut au préalable serrer le pédicule avec un fil et pratiquer l'ablation au delà de l'agent constricteur. Les manœuvres d'excision sont simples : on saisit le corps du polype avec des pinces de Museux, et on coupe le pédicule avec des ciseaux droits ou recourbés, de longueur variable, d'après la hauteur à laquelle la tumeur s'implante dans le rectum. L'hémorragie consécutive comporte l'emploi des moyens qui ont été indiqués à la page 765.

Amussat a appliqué aux polypes franchement pédiculés le procédé de *cautérisation*, sur la base du polype, que nous avons indiqué pour les hémorroïdes, c'est-à-dire la cautérisation avec la pince à rainures remplies de caustique Filhos.

III. CANCER DU RECTUM.

Le cancer du rectum est le plus souvent *primitif*, c'est-à-dire qu'il se développe dans l'intestin ; dans d'autres cas, il est *consécutif*, c'est-à-dire qu'il résulte de la propagation au rectum d'une dégénérescence ayant pris son point de départ dans l'utérus, la vessie, etc.

Anatomie pathologique. Le cancer prend naissance sur tous les points de la longueur du rectum, plus souvent au niveau d'une des extrémités de l'intestin que dans leur intervalle qu'il envahit plus tard ; il est difficile de

préciser quelle est celle des deux extrémités qui est prise le plus fréquemment ; il ne l'est pas moins de déterminer par quelle paroi de l'intestin la maladie débute. On admet que le siège primitif du mal est le tissu cellulaire sous-muqueux, d'où la dégénérescence se propage aux autres tuniques.

Le cancer se présente sous plusieurs formes : tantôt la matière cancéreuse est infiltrée dans l'épaisseur des diverses tuniques de l'intestin (cancer *diffus*) ; tantôt elle constitue des plaques de configuration variable, quelquefois très-dures, se montrant sur un ou plusieurs points du rectum (cancer en *plaques*) ; d'autres fois la matière cancéreuse se dépose sur des parties bien circonscrites, en formant des saillies plus ou moins volumineuses et étendues, parfois pédiculées (cancer en *masses*, en *tumeurs*). On appelle cancer *concentrique* celui dans lequel il existe une dégénérescence squirrheuse avec retrait considérable des parois du rectum vers son axe. Le cancer *atrophique* est une variété de la précédente ; il est caractérisé par le ratatinement des parois de l'organe. Les diverses espèces de *tissus* cancéreux se rencontrent dans le rectum : squirrhe, encéphaloïde, tissu colloïde ou gélatiniforme, épithélioma. On n'est pas d'accord sur la fréquence relative de ces variétés ; pour Cruveilhier c'est le cancer gélatiniforme qu'on trouve le plus souvent ; suivant Vidal, c'est le squirrhe ; d'autres chirurgiens pensent que l'épithélioma est moins rare qu'on ne le croit.

L'étendue de la dégénérescence n'a rien de constant : le cancer peut occuper un côté du rectum, plusieurs points à la fois de l'intestin, ou bien encore toute la circonférence (cancer *annulaire*).

Le cancer modifie le calibre, la forme et la direction du rectum. Dans le plus grand nombre des cas, l'intestin est rétréci, en raison du volume et du nombre des productions cancéreuses. On cite des cas où ce rétrécissement était tellement marqué, que la lumière du rectum ne laissait plus passer qu'un mince stylet de trousse. Il arrive parfois que des masses cancéreuses développées sur les parties antérieure et postérieure du rectum produisent une *dilatation* latérale de l'anus, et par suite une incontinence de matières fécales (Vidal). Les changements de direction et de forme du rectum s'expliquent par les variétés de siège et de volume des productions cancéreuses, développées dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin et faisant saillie en divers sens. A une époque avancée du mal, les altérations ne sont pas bornées au rectum ; elles se sont propagées à la cloison recto-vaginale, au col et au corps de l'utérus. On constate parfois dans le cancer infiltré une hypertrophie des tissus de l'intestin non encore envahis par le mal, notamment de la couche musculaire ; mais le plus souvent ces tissus sont atrophies. Il n'est pas rare de trouver des tumeurs cancéreuses dans le bassin et dans d'autres viscères.

Symptômes. L'affection débute par une sensation de gêne et de pesanteur au fondement, ainsi que par de la constipation. Les difficultés dans la défécation surviennent avant même que l'intestin soit rétréci, ce qu'on attribue à ce que le rectum a perdu sa contractilité. Les garde-robes deviennent de plus en plus douloureuses, et le malade expulse des matières déchiquetées, rubanées, ressemblant parfois à du macaroni. Les matières

fécales sont mélangées d'une humeur sanieuse, puriforme, glaireuse et de détritits du cancer, à l'époque où celui-ci est ramolli et ulcéré ; elles sont aussi quelquefois teintées de sang. Ces mêmes liquides s'écoulent alors par l'anus dans l'intervalle des garde-robes. Il peut aussi se faire par l'anus des hémorragies. La constipation n'est pas un phénomène constant : on observe parfois une incontinence des matières fécales, non-seulement à la période d'ulcération du cancer, mais au début du mal, alors que la dégénérescence ayant pris son point de départ du côté de l'anus, comprime et paralyse le sphincter externe. Chez d'autres sujets, il existe des alternatives de constipation et de diarrhée. On rencontre aussi des cas dans lesquels il n'existe ni douleurs, ni gêne de la défécation. Lorsque le cancer se développe au voisinage de l'anus, les tumeurs saillantes à l'extérieur, forment parfois un anneau qui allonge le rectum à sa partie inférieure ; alors, tantôt il y a incontinence des matières fécales, le muscle sphincter externe étant envahi ; tantôt rétention, parce que les productions morbides obturent l'orifice anal.

Marche. Terminaisons. Le cancer du rectum tend sans cesse à faire des progrès. La constipation devient plus opiniâtre et, après un temps plus ou moins long, est suivie de garde-robes abondantes, pour reparaître avec plus d'intensité ; les douleurs qui accompagnent la défécation sont plus vives et lancinantes ; elles ne disparaissent pas dans l'intervalle des garde-robes. Bientôt survient l'inappétence, l'amaigrissement d'autant plus rapide que, pour se soustraire à la douleur intolérable de la défécation, les malades préfèrent se priver d'aliments. Les matières fécales s'accumulent dans le gros intestin pendant des semaines, et s'il ne survient pas une débâcle on constate après un certain temps les phénomènes de l'étranglement interne ; alors le ventre est ballonné, volumineux ; les douleurs sont continues et privent le sujet de sommeil. Quelquefois une partie de la substance cancéreuse est éliminée ; il y a alors un soulagement momentané, parce que les matières fécales peuvent s'échapper ; mais bientôt la cicatrisation de la solution de continuité reproduit le rétrécissement. Certains malades succombent en présentant les phénomènes de la cachexie cancéreuse et de l'inanition ; chez d'autres la terminaison fatale est hâtée par une péritonite, suite de rupture de l'intestin au-dessus du rétrécissement. Il en est chez lesquels la perforation du rectum ayant lieu plus bas, il se produit de vastes abcès gangréneux sur les côtés de l'anus. La mort peut encore survenir par infection purulente.

Diagnostic. Les troubles fonctionnels qui viennent d'être énumérés ne suffisent pas pour reconnaître un cancer du rectum. Il faut explorer l'intestin pour déterminer l'existence d'une tumeur, en apprécier le siège, l'étendue et la nature. On a conseillé, pour arriver à ce but, divers moyens : les *injections* d'eau portées dans le rectum, apprennent qu'il existe un obstacle dans l'intestin, si le liquide reflue promptement par l'anus ; toutefois cet examen peut donner lieu à des erreurs, parce que si le rectum est fortement dilaté au-dessous de l'obstacle, l'intestin retient le liquide que l'on suppose avoir passé dans le colon. L'examen du rectum par le