

Abandonnée à elle-même, la tuberculose du cæcum évolue lentement, en moyenne pendant quatre à cinq années; elle tue soit par les accidents de sténose qu'elle entraîne, soit par des complications locales, soit enfin par la généralisation tuberculeuse ganglionnaire et pulmonaire surtout. Cette dernière est presque toujours constatée après deux ou trois années de maladie.

IV

LE CANCER DU GROS INTESTIN

En 1843, REYBARD, de Lyon, pratiqua pour la première fois avec succès la résection d'un cancer de l'S iliaque, mais cette audacieuse tentative fut sévèrement jugée par l'Académie de médecine. Avant lui, en effet, les tentatives opératoires avaient été rares et le cancer intestinal n'intéressait guère que les anatomistes comme CRUVEILHIER, VIRCHOW; et depuis le milieu du siècle jusqu'à l'époque antiseptique, tous les efforts se portent vers les opérations palliatives, vers l'entérostomie si perfectionnée par E. NÉLATON. Cependant, à l'étranger et surtout en Allemagne et en Angleterre, la cure radicale est en vain essayée, sans doute à cause du pronostic fatal de la maladie; à part de rares succès, les résultats étaient désastreux; mais cette persistance à vouloir extirper les cancers intestinaux nous explique que les premières résections heureuses et durables, pratiquées sous le couvert de l'antisepsie, appartiennent à nos voisins et spécialement à BILLROTH (1890).

Cette première et longue période a donné naissance à d'intéressants travaux; deux publications remarquables en marquent la fin. La thèse d'agrégation de PEYROT (1880) et la thèse de HAUSSMANN, pour ne citer que celles parues en France. La clinique et surtout la thérapeutique chirurgicale restaient à étudier, et ce fut l'objet des travaux de ces quinze dernières années. En Allemagne, il nous faut citer entre autres les noms de CZERNY, KRÖNLEIN, KÖNIG, KÖRTE, VON EISELSBERG, HOCHENEGG; en France, les thèses de CAMUS, BAILLET, CHAVANNAZ de Bordeaux, CAREL, LARDENNOIS (1899), et un travail très complet de R. DE BOVIS¹,

¹ *Revue de Chirurgie*, juin, juillet 1900.

publié récemment et auquel nous ferons de nombreux emprunts. D'autre part, les bulletins des Congrès de ces dernières années renferment de nombreuses observations de résection ou d'entéro-anastomoses pour cancer, et il y a deux ans, KÖRTE, au vingt-neuvième Congrès de la Société allemande de Chirurgie, GIORDANO et von EISELSBERG, au Congrès International de Paris, ont présenté leurs résultats opératoires. Tout ceci nous montre que le cancer du gros intestin est essentiellement d'ordre chirurgical, et d'ici peu d'années nous en trouverons certainement la description dans les traités classiques de chirurgie.

Étiologie. — La fréquence du cancer du gros intestin a été évaluée différemment par les auteurs; DE BOVIS, qui a relevé 426 observations, estime qu'elle est très faible, de 2 à 5 p. 100, par rapport aux autres affections cancéreuses. HAUSSMANN comptait 1 cancer du gros intestin contre 4 cancers du rectum et 42 de l'estomac; il semble aujourd'hui que l'on doive élever cette proportion: l'intestin serait atteint presque aussi souvent que le rectum, et vingt fois moins que l'estomac; il vient dans les statistiques bien après l'utérus (1/4), l'œsophage et le sein (1/2 ou 1/3) [RUEPP]. Enfin le cancer de l'intestin grêle est très rare, même par rapport à celui du gros intestin.

L'homme est plus exposé que la femme, mais la différence n'est pas très grande (54 contre 46 p. 100). Ce qui nous intéresse plus, c'est de savoir que le cancer du gros intestin se développe principalement de quarante à soixante ans (plus de la moitié des cas) et qu'il est très rare avant vingt ans et après soixante-dix. Cependant il peut se voir à tout âge, puisqu'un malade avait quatre-vingt-neuf ans, et qu'un enfant de quelques jours était atteint d'un cancer secondaire de l'intestin. Il est à remarquer que dans le jeune âge on observe surtout les tumeurs sarcomateuses et que, au-dessous de trente ans, le sexe féminin est frappé dans une proportion plus considérable.

En dehors de ces faits assez précis, fournis par les statistiques,

¹ RUEPP. *Ueber den Darmkrebs mit Ausschlusse des Mastdarmkrebses*. Inaug. Dissert., Zurich, 1895.

il y a peu à dire au sujet de l'étiologie du cancer de l'intestin qui ne soit assez banal. L'hérédité cancéreuse a été comme ailleurs signalée; elle n'est pas plus souvent trouvée que l'hérédité tuberculeuse; on a de même invoqué un certain nombre d'affections générales comme la syphilis, le paludisme, le rhumatisme, l'alcoolisme. Une part un peu plus grande revient aux traumatismes et aux efforts; mais ce qui mérite surtout d'être retenu dans les antécédents du malade, ce sont les troubles et les lésions de l'appareil digestif. Si parfois on note seulement des signes de dyspepsie, la constipation habituelle, ou la diarrhée chronique, il est d'autres cas où l'on relève la fièvre typhoïde, la dysenterie, la colite ulcéreuse ou membraneuse, l'appendicite.

Le cancer se montre sur tous les segments du gros intestin, mais avec une prédilection marquée pour l'S iliaque et le *cæcum*. Voici d'ailleurs ses diverses localisations, par ordre de fréquence, avec le nombre de cas relevés par de Bovis: appendice (4); angle gauche du côlon (21); angle droit du côlon (29); valvule iléo-cæcale (30); côlon transverse (43); côlon ascendant (50); *cæcum* (102); S iliaque (115). La statistique de KÖRTE s'approche de ces chiffres, puisqu'il a opéré 19 cancers de l'S iliaque, 15 du *cæcum* et 8 du côlon transverse.

Nous aurons en vue ici seulement le cancer primitif de l'intestin; le cancer secondaire existe cependant, qu'il résulte de la propagation d'un néoplasme de l'utérus, de la vessie, etc., ou de la généralisation d'un cancer éloigné, de la mamelle par exemple. Ces tumeurs secondaires présentent un intérêt bien moindre au point de vue chirurgical.

Le cancer primitif est unique; il est exceptionnel de trouver deux ou plusieurs noyaux cancéreux évoluant sur le même intestin (sauf le cas de propagation, d'ailleurs rare). Il peut être latéral, c'est-à-dire n'occuper qu'un point de la circonférence de l'intestin; mais sa disposition la plus commune est la forme annulaire, et les lésions varient suivant qu'il s'agit de squirrhe ou d'encéphaloïde.

Le *squirrhe* constitue une véritable virole indurée, qui souvent ne se traduit à l'extérieur que par l'aspect d'une ligature jetée

sur l'intestin (THIÉRY); il est surtout remarquable en effet, par sa faible longueur, mesurant de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres au plus. Aussi, le ventre ouvert, peut-il échapper complètement aux recherches. L'intestin est constamment ré-

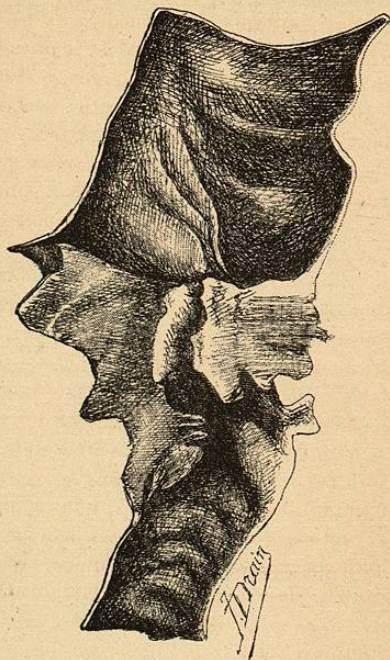


Fig. 4.

Type de cancer annulaire très limité siégeant sur le côlon transverse (LARDENNOIS).

tréci et ne peut souvent admettre qu'une plume d'oie, une sonde cannelée. Le néoplasme a une coloration blanc grisâtre, et une consistance très dure; il crie sous le scalpel; par contre il est peu résistant et se déchire volontiers par simple traction.

L'encéphaloïde est une vraie tumeur, du volume moyen d'une orange ou du poing, ou plus grosse encore; sa forme est allongée

suivant l'axe de l'intestin; sa surface bosselée, de couleur rougeâtre. Contrairement au squirrhe, l'épaisseur de l'encéphaloïde est toujours notable, en moyenne de 3 centimètres. Le rétrécissement de l'intestin siège sur toute la longueur de la tumeur, et résulte de l'obstruction de la lumière du conduit, par les champignons cancéreux saillants. La consistance est relativement molle, en sorte que l'intestin reste plus perméable; ces bourgeons fongueux peuvent d'ailleurs se nécroser, et laisser momentanément le calibre de l'intestin se rétablir. Certains d'entre eux se pédiculisent et prennent l'aspect de polypes.

La muqueuse ne reste pas longtemps saine, mais se laisse envahir par les végétations néoplasiques, ou s'ulcère. Les ulcérations sont d'abord petites et limitées, puis se fusionnent; bientôt elles se creusent par sphacèle et peuvent conduire, à travers la tumeur, dans un trajet fistuleux. Les lésions de voisinage sont très instructives; elles portent sur le mésentère et sur l'intestin lui-même. Le mésentère est d'abord tirailé et allongé, sans doute à cause du poids de la tumeur; de là résultent les déplacements de celle-ci et sa mobilité; BAZY, par exemple, trouva dans le cul-de-sac de DOUGLAS un cancer de l'S iliaque. Plus tard, le méso s'infiltré, s'épaissit et se rétracte, qu'il s'agisse d'un envahissement néoplasique, ou plus souvent de simples altérations inflammatoires. Généralement les ganglions ne sont pas indemnes; on les trouve tout d'abord le long du bord mésentérique de l'intestin, puis dans le mésentère, et enfin sous le péritoine pariétal. L'absence complète d'adénopathie a été nettement constatée dans plusieurs cas. D'autre part, ces ganglions ne sont pas toujours cancéreux; bien des fois le microscope a démontré qu'ils étaient simplement enflammés. Nous donnerons l'explication de ce fait à propos des complications septiques du cancer; il nous permet de comprendre comment un malade de LENNANDER n'avait pas de récidive au bout de sept années, alors que l'opérateur n'avait pu enlever tous les ganglions envahis.

Au-dessus du cancer, l'intestin est dilaté et sa paroi est hypertrophiée. Là stagnent les matières, là s'accumulent les corps étrangers de toute nature, os, noyaux, pépins, etc., qui peuvent obstruer le rétrécissement; CRUVEILHIER compta une fois 617

noyaux de cerises au-dessus d'un cancer du côlon. La contraction intestinale tend à chasser tous ces résidus, d'où l'hypertrophie fonctionnelle, qui porte essentiellement sur la musculature. Le contact des matières irrite la muqueuse qui s'ulcère. L'intestin au-dessous du cancer est au contraire petit, affaissé, vide ou à peu près. Aussi y a-t-il sur le même intestin une différence de calibre parfois très grande en amont et en aval du néoplasme; on voit de suite quelle gêne peut apporter cette disposition, à une entérorrhaphie circulaire.

En résumé, le cancer du gros intestin est constitué par un noyau unique, limité, qui revêt trois aspects généraux : la virole sténosante (forme commune), le champignon végétant, et la plaque latérale (forme rare); l'adénopathie est peu étendue d'habitude. Et longtemps les lésions restent en cet état.

Plus tard, la séreuse se laisse envahir et s'infiltrer de taches blanchâtres; l'ascite peut se montrer; mais ce sont plutôt des adhérences qui s'organisent et qui fixent la tumeur à la paroi abdominale postérieure (fosses iliaques), à la paroi antérieure, ou qui la relie à l'épiploon, aux anses grêles, au foie, à l'estomac, à la vessie, etc. Et ce sont des voies de propagation facile pour le néoplasme. La généralisation est tardive; les noyaux secondaires se développent dans le mésentère, le foie, les poumons, etc.

Telle est l'histoire de la lésion cancéreuse proprement dite; mais à côté d'elle, et de pair avec elle, évoluent des *lésions septiques* importantes et dont il nous reste à parler. En effet, en raison même du milieu dans lequel il se développe, le cancer de l'intestin est fatalement exposé aux infections secondaires; le rétrécissement et la stagnation des matières ne peuvent que les favoriser. Et c'est au niveau du cancer et sur l'intestin en amont que ces lésions se manifestent.

L'infection de la muqueuse se traduit par son hypertrophie et par des ulcérations souvent étendues; le microscope découvre une prolifération énorme des cellules embryonnaires. De petits abcès intra-pariétaux se forment, puis se crèvent, laissant ouvert un clapier purulent. La nécrose des bourgeons néoplasiques et leur chute déterminent de vraies cavernes suppurantes. Des foyers

de péritonite localisée se déclarent, vite limités par une barrière d'adhérences. Si l'adénopathie n'existait pas encore, elle apparaît, gagne les chaînes voisines, s'étend parfois fort loin. En se creusant, les clapiers finissent par traverser toute la tumeur ou toute la paroi de l'intestin, et un abcès simple ou stercoral est créé; une fistule s'établit entre deux anses intestinales, ou va s'ouvrir dans la vessie, à la peau, à l'ombilic. A moins que, privé d'adhérences solides, le péritoine ne se laisse infecter en totalité, la mort suivant de près le développement de cette péritonite septique diffuse.

Les lésions d'entérite avec ulcérations remontent quelquefois très haut sur l'intestin, et même jusqu'à l'estomac. Lorsque l'obstacle au cours des matières est très marqué, il peut en résulter la perforation à distance, au niveau d'une ulcération; c'est la perforation par distension, ou *diastatique*; elle se voit surtout au niveau du cæcum.

Enfin l'infection détermine encore des complications éloignées, l'appendicite, l'abcès du foie, la phlébite des veines iliaques, les foyers de broncho-pneumonie, etc.

Bref, lésions néoplasiques et lésions septiques évoluent côte à côte; les adhérences, les adénopathies relèvent de l'une et de l'autre cause, et ne permettent de rien dire sur l'étendue ou le degré de propagation du cancer, sans le secours du microscope; l'importance de ce fait ne peut échapper à un chirurgien.

Nous avons déjà fait mention des ptoses des cancers de l'intestin; d'autres modes de déplacement peuvent s'observer; à vrai dire ils n'ont rien de spécial au cancer, et s'appliquent à toute tumeur intestinale, mais on les a surtout signalés dans les cas de cancer. C'est d'abord l'invagination, plus fréquente peut-être lorsque la tumeur est latérale, ou pédiculée, en tout cas petite; elle porte de préférence sur le cæcum et l'S iliaque; il n'est pas rare de voir le boudin invaginé faire issue par l'anus. Le volvulus est plus rare; il nécessite une grande mobilité de l'anse malade et un mésentère long et souple. L'occlusion aiguë est souvent la conséquence de ces déplacements; il en est de même lorsqu'une coudure vient étrangler l'intestin dilaté en

amont du cancer, ou qu'une adhérence vient brider une anse quelconque.

En définitive l'occlusion est l'aboutissant normal du cancer de l'intestin ; elle est chronique si elle est causée par la sténose seule ; une complication lui imprime une allure aiguë. Des accidents d'infection locale ou de toxi-infection générale peuvent précipiter l'issue de la maladie. Aussi a-t-on pu dire que la durée moyenne du cancer du gros intestin ne dépassait guère une année ; cette proposition est vraie si on l'applique aux complications. Mais le cancer lui-même a une évolution bien plus lente, comme le prouvent les formes non sténosantes, avec accidents septiques minimes ; c'est aussi le fait des opérations palliatives adressées précisément aux complications ; dans de telles conditions le cancer du gros intestin peut durer de cinq à sept années. Extirpé, il a peu de tendances à la récurrence locale ou à la généralisation.

L'étude histologique nous retiendra peu : dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'épithélioma cylindrique, lorsque la tumeur est primitive. Nous devons seulement rappeler la transformation possible des polyadénomes du gros intestin en épithéliomas. CORNIL et RANVIER ont signalé la dégénérescence colloïde des néoplasmes de l'intestin ; le volume de la tumeur devient alors énorme ; c'est presque toujours le cæcum qui est le siège de ces cancers colloïdes.

Enfin le sarcome est rare, puisque de Bovis en compte 18 cas sur 426 ; le cæcum est encore le siège de prédilection de ces tumeurs qui se généralisent plus vite que l'épithélioma. Il existe quelques exemples de lymphadénomes, et en particulier un de LEJARS compliqué d'invagination, et dont le point de départ était la valvule iléo-cæcale.

V

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION DES TUMEURS ET RÉTRÉCISSEMENTS DU GROS INTESTIN

Les rétrécissements et tumeurs du gros intestin survenant insidieusement traversent une première phase pendant laquelle aucun trouble fonctionnel ne vient révéler leur existence ; et ils peuvent être déjà assez avancés dans leur évolution lorsque les premiers signes se manifestent. C'est ainsi qu'on a rencontré dans des autopsies des cancers latents du côlon. Les accidents du début peuvent être aigus (occlusion complète), le plus souvent ils s'établissent peu à peu. Dans une seconde période une tumeur devient perceptible à la palpation abdominale.

Tout d'abord le malade accuse des difficultés pour aller à la garde-robe, il est constipé, il est obligé de faire de grands efforts pour obtenir une évacuation, et il en résulte pour lui une sensation de gêne, de pesanteur abdominale, un peu de céphalalgie, d'inappétence. Un léger purgatif a raison de ces troubles, mais peu après on les voit survenir de nouveau et augmenter d'intensité.

Ce sont maintenant de vraies douleurs que le malade éprouve et qu'il localise, soit dans un point précis de l'abdomen, soit au niveau de la région ombilicale ; le ventre gonfle un peu ; il faut après le repas déboutonner le pantalon ; les femmes supportent mal leur corset. Et avec cela, des difficultés de plus en plus grandes pour aller à la selle, des efforts de plus en plus considérables.

Bientôt surviennent des crises douloureuses spéciales, *crises de coliques paroxystiques*, qui une fois installées reviennent d'une façon assez régulière et seront vraiment caractéristiques.

de l'occlusion chronique de l'intestin. Elles reconnaissent comme cause, ou un spasme local de la musculature intestinale, ou une obstruction momentanée du rétrécissement par les scybales durcies ou par un corps étranger. Le début de la crise est assez brusque, et survient après un repas, au moment des efforts de défécation. La douleur est intense, comparable parfois aux coliques néphrétiques ou hépatiques, et pouvant arracher des cris aux malades ; comme toutes les coliques intestinales, elle est d'abord sourde, augmente jusqu'à un maximum, puis décroît ensuite, pour reprendre un instant après. Au cours de ces coliques le vomissement n'est pas rare ; on observe des borborygmes, et l'on peut voir les anses intestinales se contracter sous la paroi. La crise se termine par une évacuation abondante de gaz et de matières liquides, véritable débâcle, et le malade se sent soulagé ; elle n'a guère duré que quelques heures.

Les premiers temps, dans l'intervalle de ces crises de coliques, le malade se constipe de nouveau, entasse les matières dans son intestin jusqu'à ce que les contractions violentes de ce dernier arrivent à les chasser. Mais la plupart des malades n'attendent pas longtemps pour se soigner, d'autant que le remède est simple ; ils prennent des laxatifs, et pour un temps vont bien à la selle et régulièrement ; mais tôt ou tard la constipation avec coliques fera une nouvelle apparition.

C'est sous l'influence des purgatifs ou spontanément qu'un deuxième symptôme survient : la *diarrhée* ; elle s'établit aussi après une crise de coliques. Sa durée est très variable ; elle peut alterner avec la constipation d'une façon fort régulière, elle peut durer des jours, des semaines, des mois. Et l'on comprend alors qu'elle entraîne une dénutrition rapide de l'organisme, d'autant plus que, outre les accidents intestinaux, on observe souvent des troubles de l'estomac, inappétence, dégoûts alimentaires, digestions pénibles avec quelques douleurs épigastriques, parfois aussi quelques vomissements. Le malade s'amaigrit.

L'examen des *matières fécales* donne déjà d'utiles renseignements dans bien des cas. Les matières dures ont une forme et un aspect spécial ; elles sont fragmentées, petites, *ovillées* ; et cette segmentation se comprend quand on pense au rétrécis-

sement qu'elles ne franchissent que peu à peu. D'autres fois, et surtout si la sténose porte sur l'extrémité du côlon, les matières sont *laminées*, comme passées à la filière. Enfin la diarrhée et les gaz sont souvent d'une fétidité repoussante, signe certain de fermentations au niveau d'une muqueuse irritée.

Les matières peuvent encore présenter des éléments anormaux : on y trouve du pus, en petite quantité, provenant de la rupture de petits abcès pariétaux ou de la suppuration de la muqueuse elle-même ; il est rare dans ce cas de ne rien trouver à la palpation de l'abdomen. D'autres fois ce sont des glaires, de même origine. Enfin du sang peut accompagner les évacuations ; il s'agit de *melœna*, car l'hémorragie est exceptionnellement assez abondante pour donner aux matières une coloration rouge, bien que le contact soit de peu de durée.

Ainsi l'attention est attirée sur l'abdomen, dont l'*examen physique* permet d'utiles constatations, avant même qu'une tumeur soit perceptible. Et ces constatations diffèrent suivant qu'on examine le malade dans une période de débâcle, ou pendant une crise de constipation. Dans le premier cas, l'abdomen est affaissé et l'on ne peut guère constater qu'une sensibilité générale à la pression et une zone de douleurs assez vives dans la région ombilicale. La percussion montre que quelques anses sont distendues ; l'une d'elles parfois prend la forme d'un boudin assez gros.

Quand il y a au contraire de l'obstruction de l'intestin, les renseignements fournis par l'examen sont plus positifs. L'abdomen est saillant, tendu ; les anses intestinales se dessinent sous la paroi, et sont souvent animées de contractions lentes, avec bruit de borborygmes ; la percussion dénote un son tympanique. De toute évidence, il y a un obstacle au cours des matières.

Les troubles fonctionnels que nous avons signalés persistent sans grande modification pendant un temps plus ou moins long, une année en moyenne dans le cancer, parfois trois ou quatre ans dans les sténoses de nature tuberculeuse ou inflammatoire. Cependant la constipation augmente encore ; les débâcles diarrhéiques s'espacent de plus en plus, et durent moins longtemps. Et les malades, continuellement en proie à des crises de coliques

que ne soulagent pas des évacuations insuffisantes, diminuent autant que possible leur alimentation, et se cachectisent. De temps à autre survient un vomissement. Malgré tout on est surpris de la tolérance qui s'établit chez ces malades; certains d'entre eux restent des semaines sans rendre de matières fécales et n'en paraissent pas trop incommodés; il est vrai que l'issue des gaz est toujours possible, sinon facile. Naturellement l'abdomen se météorise, et la paroi, quoique souple, est trop tendue pour permettre une palpation profonde; le volume de l'intestin peut ainsi masquer de grosses tumeurs.

La présence d'une tumeur ne peut donc se reconnaître qu'après une débâcle, ou lorsqu'il n'y a pas d'obstruction de l'intestin. Suivant sa localisation la tumeur donne lieu à des symptômes différents, surtout au point de vue de la mobilité et des connexions. Ainsi les tumeurs du côlon transverse jouissent longtemps d'une grande mobilité, pouvant être transportées quelquefois dans toutes les régions de l'abdomen; celles des côlons ascendant et descendant se déplacent au contraire rarement. L'angle gauche du côlon est si élevé et si profondément caché sous l'estomac et la rate que ses tumeurs sont inaccessibles à l'exploration.

Nous prendrons comme type une tumeur de la région iléo-cæcale. Le malade étant dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies, les doigts s'enfoncent dans la fosse iliaque et sont vite arrêtés par la tumeur dont le volume moyen est d'un poing. Sa forme est très variable, plutôt arrondie ou allongée de bas en haut; les limites en sont indécises, au moins en haut et en dedans; la surface est irrégulière, bosselée, la consistance très ferme. La paroi abdominale se contracte au-devant de la tumeur, et tant qu'il n'y a pas d'adhérences, on peut reconnaître leur indépendance. D'autre part, il est longtemps possible d'insinuer les doigts au ras de l'arcade crurale, dans le sillon sous-cæcal, et, à moins d'adhérences avec la fosse iliaque, de soulever un peu la tumeur, de la mobiliser, soit de bas en haut, soit de dehors en dedans. Cette mobilité est généralement faible; on a vu cependant des tumeurs du cæcum voyager au delà de la ligne médiane, à l'épigastre même; le déplacement le plus

habituel est vers le petit bassin où la tumeur peut se fixer. Enfin on a signalé exceptionnellement l'influence des mouvements respiratoires sur elles. La percussion de la tumeur donne une sonorité voilée, ou de la submatité; lorsque des anses grêles sont interposées entre elle et la paroi, le son est franchement clair; enfin un amas stercoral surajouté, un abcès de voisinage, se traduisent par de la matité. Tout peut donc se voir en fait de percussion, mais ce qui est le plus constant, c'est le tympanisme d'une anse grêle en dedans de la tumeur; en effet l'iléon à sa terminaison est distendu, et donne même la sensation d'un petit boudin transversal. Par contre, la percussion du côlon montre qu'il est affaissé.

Nous devons encore signaler que chez des sujets maigres, on a pu sentir, en déprimant profondément la paroi, un gros cordon mésentérique épaissi, et même bosselé, remontant vers la ligne médiane; mais il est difficile de dire s'il s'agit d'une infiltration du mésentère, d'adhérences, ou d'adénopathies. Tels sont les principaux signes physiques fournis en général par l'examen d'une tumeur de la région iléo-cæcale.

Les complications qui viennent modifier le tableau clinique sont des accidents aigus, des accidents infectieux, enfin des désordres généraux.

L'occlusion intestinale aiguë, avec arrêt complet des gaz, est fréquente; nous avons dit qu'elle pouvait être le premier signe de la maladie, jusqu'alors latente. Elle est due à l'obstruction brusque d'un rétrécissement par un corps étranger, au spasme de l'intestin avec paralysie, à l'invagination aiguë ou à un volvulus. On sait qu'elle se caractérise essentiellement par des coliques atroces avec contractions violentes de l'intestin, par l'arrêt des gaz, et par des vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Le ventre, extrêmement douloureux, est distendu; quelquefois on y reconnaît un gros boudin météorisé, profondément fixé à la paroi postérieure de l'abdomen (signe de von WAHL).

La péritonite suraiguë perforante est plus rare; son évolution est encore plus rapide. Elle est due à la rupture d'un abcès, à la perforation diastatique de l'intestin en amont de la tumeur, enfin à la perforation au niveau d'une ulcération. Les

signes essentiels sont la fréquence du pouls, sa dissociation avec la température, les vomissements porracés, la contracture de la paroi abdominale, etc. La terminaison fatale est constante et peut survenir en moins de vingt-quatre heures.

Les *accidents septiques* consistent essentiellement dans la production des abcès. Ceux-ci peuvent ne se révéler qu'au moment de leur ouverture dans l'intestin, par une évacuation abondante de pus et de sang fétides. D'autres fois, après quelques jours de fièvre avec symptômes de péritonite localisée, on reconnaît un empâtement diffus dans le voisinage de la tumeur; un phlegmon se développe vers la paroi, et s'ouvre spontanément s'il n'est incisé; il en sort un pus infect, souvent suivi d'une fistule stercorale. Ces abcès peuvent être multiples et donner lieu à plusieurs fistules. L'anus contre nature qui en résulte est souvent un soulagement pour le malade. Par la fistule une tumeur maligne peut se propager à la peau; celle-ci est toujours irritée et même ulcérée par le contact des matières fécales; on l'a même vue se couvrir de végétations. Au lieu de pointer vers la paroi abdominale, certains abcès s'ouvrent à la région lombaire; d'autres descendent dans le bassin, ou gagnent la région de la fesse.

Signalons la possibilité de la compression des veines iliaques, suivie d'œdème simple du membre inférieur, la phlegmatia alba dolens, les abcès du foie, dont l'évolution et les signes sont souvent bien obscurs, et nous en arrivons aux *complications générales*.

C'est en premier lieu l'amaigrissement; il est constant, progressif et rapide; d'une part, le malade s'alimente mal en raison des troubles de l'appareil digestif; d'autre part, il fait des résorptions septiques au niveau de sa tumeur ulcérée, qui l'intoxiquent. Aussi à l'amaigrissement se joignent la perte des forces et une véritable déchéance physique de l'organisme; la peau prend une teinte terreuse, jaune paille parfois; dans les dernières phases de la maladie, quand il n'y a pas de terminaison aiguë, c'est une cachexie profonde avec fièvre hectique, signe de mort prochaine. Des complications pulmonaires peuvent survenir, broncho-pneumonies septiques, tuberculose pul-

monaire, etc. Le cancer peut se propager aux ganglions non seulement de l'abdomen, mais encore des régions éloignées, région inguinale, sus-claviculaire gauche, au péritoine, d'où l'ascite; aux viscères, et l'on constate des noyaux intestinaux ou épiploïques multiples, des noyaux hépatiques, le cancer pleuro-pulmonaire; enfin à la paroi abdominale, et surtout à l'ombilic.

L'évolution des tumeurs et rétrécissements du gros intestin est donc progressive, et leur pronostic semble fatal, que la terminaison soit aiguë ou lente. C'est le cas du cancer; mais pour les tumeurs inflammatoires et tuberculeuses, il faut compter avec les améliorations et même les guérisons, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention exploratrice ou palliative. Tel est le fait de l'entéro-anastomose spontanée, qui met au repos le segment d'intestin malade et rend possible la disparition des lésions inflammatoires. Nous savons encore que la tuberculose fibreuse du gros intestin comme du péritoine, est susceptible de rétrocéder et de disparaître sous l'influence d'un traitement général. Ces faits sont trop rares cependant pour améliorer le pronostic, et pour détourner le chirurgien d'une thérapeutique active; il faut donc établir un diagnostic précis de ces tumeurs et rétrécissements, sans lequel les indications thérapeutiques seraient impossibles.