

tion, c'est à la cause qu'il faut s'adresser tout d'abord. Deux indications doivent dominer le traitement : lutter contre l'infection établie ; diminuer les chances de réinfection.

Pour diminuer l'infection, on s'efforce par le régime de diminuer la quantité des matières fécales, en supprimant tous les aliments qui laissent beaucoup de résidu ; le régime lacté, les antiseptiques intestinaux parviennent à les aseptiser dans une certaine mesure.

Localement on combattra l'infection par les bains de siège, les suppositoires iodoformés, et dès qu'ils seront possibles par les grands lavages avec des solutions d'acide borique ou de permanganate de potasse. Ces grands lavages seront suivis d'un petit lavement au bismuth ; la poudre qui se dépose sur les parois du rectum les isole dans une certaine mesure. Contre la douleur nous avons la cocaïne, le laudanum, la morphine.

Pour détruire le spasme et permettre à l'ulcération de se cicatriser, il peut être indiqué de pratiquer la dilatation anale suivie de quelques cautérisations.

Quand la rectite a tendance à devenir chronique, outre le régime et les antiseptiques intestinaux, il faut insister pour faire disparaître l'œdème inflammatoire et l'infiltration sous-muqueuse sur les grandes irrigations rectales chaudes, suivies plus tard de lavements astringents.

VIII

RECTITES CHRONIQUES

Sous l'influence d'irritations, d'infections répétées, la muqueuse intestinale réagit de deux façons différentes sans que nous sachions bien au juste les causes de cette évolution dans un sens ou dans l'autre. Il y a lutte pour ainsi dire entre l'élément conjonctif et l'élément glandulaire.

Dans certains cas les glandes l'emportent, elles prolifèrent, formant de nombreuses petites tumeurs à la surface de la muqueuse : ce sont les polyadénomes, que leur tendance à l'isolement, à la pédiculisation a fait aussi décrire sous le nom de polypes multiples ou de polypose. Le danger de cette forme est la transformation en cancer.

Dans d'autres cas, c'est l'élément conjonctif qui domine. La rectite est interstitielle ; proliférante au début, elle a souvent une tendance marquée à la sclérose secondaire. Le danger est ici le rétrécissement.

Il existe, bien entendu, entre ces deux types de nombreuses formes intermédiaires où les lésions sont mixtes.

RECTITES INTERSTITIELLES

Ce sont celles que l'on observe le plus fréquemment, les seules qu'on ait coutume de décrire sous le nom de rectites chroniques.

Étiologie. — Les causes en sont les mêmes que pour la rectite aiguë, à laquelle bien souvent elles succèdent. Nous ne reviendrons pas sur toutes les causes d'infection auxquelles peut être soumise la muqueuse rectale. Comme l'a fort bien dit TRÉ-

LAT, ces rectites chroniques ne sont pas spécifiques, bien qu'il soit fréquent de les observer à la suite d'un chancre, de plaques muqueuses, ou plus souvent encore comme conséquence d'une blennorrhagie ano-rectale.

LEJARS a trouvé des rectites proliférantes chez devieux prostatiques qui rentrent dans la catégorie des malades prédisposés à la rectite proliférante, puisqu'ils possèdent au plus haut degré l'irritation locale chronique susceptible de créer la maladie qui nous occupe.

Anatomie pathologique. — Il y a des variations nombreuses suivant le degré de l'infection. L'infection reste-t-elle limitée à la surface de la muqueuse, c'est un simple *catarrhe*, comme dans certaines rectite hémorroïdaires bénignes.

Un degré de plus, la muqueuse prise dans son ensemble est épaissie, peu mobile, sa surface est sèche, rugueuse; c'est la *rectite granuleuse* de VERNEUIL.

Dans les cas extrêmes, au lieu de simples granulations, ce sont des proliférations plus importantes, des verrues, de véritables végétations. C'est la *rectite proliférante*.

A côté de cette forme avec prolifération superficielle de la muqueuse, on peut en voir évoluer une qui se caractérise au contraire par la rétraction fibreuse des tuniques sous-jacentes à la muqueuse, c'est la *rectite fibreuse*.

Au microscope on constate la *disparition de l'épithélium cylindrique remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié*. Dans certains cas de nombreuses gouttes d'éléidine marquent bien la transformation cornée.

Au-dessous de l'épithélium le *tissu conjonctif* est infiltré en traînées embryonnaires diffuses, suivant les vaisseaux; mais ceux-ci ne sont pas altérés.

Les mamelons qui font saillie à la surface de la muqueuse présentent à la coupe une structure analogue à celle d'un *molluscum cutané* (d'où le nom de molluscum fibreux que leur a donné RECLUS). Ils sont formés d'un centre fibro-embryonnaire renfermant des vaisseaux et recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Plus rarement ils ont l'aspect de *papillomes*, avec des papilles à développement exagéré, entre lesquelles se prolonge l'épithélium.

Le développement excessif du tissu cellulaire amène l'atrophie et même à la longue la disparition des glandes. Quand au contraire l'élément glandulaire prolifère, on observe une forme de rectite particulière que nous étudierons plus loin.



Fig. 13.

Rectite avec lésions inflammatoires diffuses. (QUÉNU et HARTMANN d'après une préparation de M. Toupet.)

On voit l'infiltration embryonnaire du tissu sous-muqueux; on assiste de plus à la substitution de l'épithélium pavimenteux *ep* à l'épithélium cylindrique *ec* dont on ne retrouve plus que des vestiges au fond des sillons de la muqueuse.

A la longue, l'infiltration inflammatoire gagne toutes les tuniques du rectum et même les tissus voisins. Au travail de prolifération fait suite un travail de sclérose, qui d'ailleurs peut se produire d'emblée. C'est la *rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante* de DELBET et MOUCHET¹, dont l'aboutissant terminal sera le rétrécissement.

Symptômes. — La forme ordinaire, qu'on appelle encore

¹ DELBET et MOUCHET. *Arch. génér. de méd.*, nov. 1893, p. 513.

catarrhale ne se manifeste que par un peu de pesanteur, de gêne dans la région anale. C'est à peine de la douleur et le malade ne se plaindrait pas, s'il n'était pas impressionné par la présence de pus dans ses selles ou même par un écoulement permanent plus ou moins abondant de muco-pus. A ce muco-pus se trouvent mélangées des glaires gélatineuses ressemblant à des morceaux de tapioca cuit.

Le toucher rectal, souvent douloureux à cause de la *contraction du sphincter*, fait reconnaître l'état chagriné, rugueux, particulier de la muqueuse chroniquement enflammée; dans les formes plus graves, celle-ci est épaissie, cartonnée et le rectum donne au doigt qui l'explore la sensation d'un tube rigide à parois granuleuses présentant par places de légères ulcérations. Ces ulcérations peuvent être le point de départ d'abcès péri-anaux.

HAMONIC¹ considère la forme proliférante comme une seconde période de l'affection. Les granulations sont devenues de véritables végétations. Elles rétrécissent dans une certaine mesure le calibre du rectum et occasionnent une gêne croissante de la défécation. Les efforts s'accompagnent alors d'hémorragies, peu considérables à la vérité, mais qui à la longue, n'en arrivent pas moins à affaiblir le malade.

Les végétations existent dans toute la région ano-rectale². A l'inspection on voit tout autour de l'anus et dans l'intérieur du canal anal de petites masses plus ou moins pédiculées, en forme de massue ou de poire; les unes sont blanchâtres, grisâtres, les autres rosées ou rouges suivant leur siège cutané ou muqueux.

Elles sont, dit HAMONIC, ou bien *renflées, pleines, tendues*, ou bien *flétries, vides*, semblables à des grains de raisin dont on aurait enlevé le contenu, suivant l'expression de DUPUY. Leur volume est peu considérable, leur surface régulière, rarement

¹ HAMONIC. De la rectite proliférante. Thèse de Paris, 1885.

² VERCHÈRE (*Soc. Chir.*, mars 1897, p. 189) dans une communication à la Société de Chirurgie sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum, insiste sur la valeur du condylome, comme premier signe de rétrécissement rectal.

arborescente. Tantôt sessiles, tantôt pédiculées, elles ont été souvent décrites sous le nom de condylomes et la présence seule de ces tumeurs doit toujours engager le chirurgien à pratiquer le toucher qui révélera presque toujours des lésions intra-rectales.

Souvent, dit VERCHÈRE, dans la région péri-anale, elles prennent l'aspect caractéristique des chou-fleurs. Ce sont de véritables végétations et cette coïncidence des végétations avec la rectite proliférante est très fréquente.

Ce condylome (GOSSELIN avait admirablement relevé ce détail, suivant moi d'une haute importance dans l'histoire du rétrécissement rectal) est toujours révélateur d'une lésion intra-anale. Il est situé d'ordinaire vers la partie antérieure et médiane de l'anus: il est allongé d'avant en arrière, aplati latéralement, élastique, lisse, d'un violet pâle et nullement pédiculé. Il est flottant transversalement, mais fixe d'avant en arrière. Si on veut l'attirer dans ce sens, on le voit sortir de l'anus, et, sur la muqueuse ainsi attirée, on trouve toujours une érosion, une fissure non douloureuse qui se prolonge plus ou moins dans l'anus et remonte à 1 ou 2 centimètres. Les bords se délimitent exactement d'avec la muqueuse saine; puis, dans nombre de cas, à cette fissure s'en joignent plusieurs autres qui occupent les plis radiés de l'anus, et nous voyons alors une véritable érosion de tout le pourtour de l'anus, qui se prolonge dans sa cavité, en donnant naissance à un très léger écoulement purulent; parfois celui-ci est nul (HAMONIC).

Des proliférations semblables peuvent se produire du côté du *vagin*, comme HAMONIC le rapporte dans une de ses observations.

Par le *toucher rectal*, le doigt trouve immédiatement au-dessus du sphincter externe, et dans une hauteur variable mais ne s'élevant guère à plus de 3 centimètres, une quantité de bosselures dures, irrégulières, les unes grosses comme des grains de raisin, les autres très petites comparables à des têtes d'épingles. Quelques-unes sont sessiles, quelques-unes à demi pédiculées. De loin en loin on en trouve qui flottent librement grâce au grand développement de leur pédicule. Entre les végé-

tations, la muqueuse souple, unie, régulière, paraît saine dans certains cas, épaissie dans d'autres; elle forme une masse indurée, base d'implantation des productions polypiformes.

Ces tumeurs rectales peuvent être plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses et à ce point de vue HAMONIC distingue trois cas : 1° ou bien toutes les tumeurs rectales sont petites; 2° ou bien elles sont toutes volumineuses; 3° ou bien enfin, et c'est le cas le plus fréquent, la plupart des tumeurs sont petites, une ou deux présentent un volume relativement considérable.

On conçoit qu'elles puissent alors gêner la défécation; elles peuvent aussi, sous l'influence des efforts, devenir procidentes: on voit au dehors de l'anus une masse rougeâtre, lobulée comme villose, enduite d'une couche visqueuse de mucus sanguinolent. Elle se réduit assez facilement. Si la contracture du sphincter la maintient au dehors, elle s'enflamme, s'ulcère et saigne.

La rectite arrivée à ce stade de son évolution n'a guère de tendance à la guérison spontanée; les phénomènes d'infection s'atténuent, mais les symptômes de sténose s'accroissent et l'on arrive ainsi au rétrécissement caractérisé. L'importance de ce rétrécissement est si grande que nous l'étudierons spécialement dans un chapitre à part, bien qu'il ne soit en somme que l'aboutissant de la rectite chronique. C'est ce qui aggrave singulièrement le pronostic de cette dernière affection, et nécessite la mise en action d'un traitement chirurgical sérieux.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile si l'on veut bien prendre la peine de faire le toucher rectal; on reconnaît facilement les altérations de la muqueuse, quel qu'en soit le degré. On saura sur quelle étendue portent les lésions et l'on évitera ainsi de traiter uniquement les végétations péri-anales en négligeant le traitement de leur cause, la rectite.

Le *cancer végétant* ne peut donner le change; ses végétations molles, fongueuses, ulcérées, saignent au moindre contact; elles font partie d'une tumeur que le doigt sent très bien. Les proliférations dans la rectite sont dures, presque cornées: l'ongle ne peut les entamer et elles saignent à peine après l'examen;

elles sont multiples, indépendantes, séparées par des intervalles de muqueuse à peu près saine.

Nous verrons plus loin l'aspect spécial que présente la *rectite glandulaire*, avec ses masses polypeuses molles, donnant lieu à de sérieuses hémorragies et remontant dans l'intestin bien au-dessus des limites du rectum. L'examen histologique d'ailleurs établirait facilement la grande différence qui existe entre les végétations de la rectite interstitielle et les masses adénomateuses de la rectite glandulaire.

Traitement. — C'est naturellement le traitement causal qu'il faut instituer tout d'abord s'il est possible.

Contre la rectite elle-même les grandes irrigations rectales chaudes ou astringentes donnent d'excellents résultats. Il faut de plus surveiller l'état des fonctions digestives et éviter la constipation.

Dans la *rectite proliférante*, on a proposé et pratiqué l'extirpation des végétations; après dilatation la chose est simple, mais ce n'est qu'un palliatif, d'autres végétations se développent à côté des premières.

Beaucoup plus logique nous semble le conseil de QUÉNU et HARTMANN; après avoir incisé circulairement la peau au pourtour de l'orifice, immédiatement en dehors des végétations anales si elles existent, on dissèque la muqueuse malade en dedans des sphincters et on l'excise. A travers les sphincters conservés, on abaisse alors la muqueuse rectale saine et on la suture à la peau.

Souvent les lésions trop étendues commandent une autre conduite. C'est l'*anus artificiel*, la colotomie iliaque temporaire ou définitive qui, soustrayant la partie malade au contact des matières, permet le mieux de soulager les malades et de combattre efficacement les lésions inflammatoires¹.

¹ TCHAPEROFF. Colotomie iliaque gauche contre les rectites chroniques graves et les ulcérations du rectum. *Thèse de Paris*, 1895.

RECTITES GLANDULAIRES

Dans toute une catégorie de cas les végétations sont exclusivement constituées par des productions adénomateuses. On admet de plus en plus actuellement l'origine inflammatoire des adénomes : ici les modifications de l'épithélium, l'infiltration embryonnaire du stroma conjonctif l'attestent d'une façon très nette.

Les masses adénomateuses ont une grande tendance à se pédiculiser ; elles ne sont pas limitées à la muqueuse rectale mais envahissent souvent le côlon pelvien, le côlon descendant, tout le gros intestin et même l'intestin grêle : aussi cette affection encore mal connue, dont nous avons à peine une cinquantaine d'observations, est-elle décrite sous des noms multiples : colite polypeuse kystique (VIRCHOW¹) ; adénomes multiples du côlon et du rectum (WHITEHEAD²) ; polyadénomes de l'intestin (SKLIFASOWSKI³).

Étiologie. — Nous sommes bien souvent dans l'ignorance au point de vue des causes de la recto-colite polypeuse. Il est certain que les états inflammatoires chroniques la favorisent et qu'on la voit surtout à la suite de dysenterie, typhus, tuberculose (TACHARD), etc...

L'inflammation de la muqueuse favorise la production des polypes ; ceux-ci entretiennent l'irritation de la muqueuse. Ainsi se forme un cercle vicieux d'autant plus difficile à briser, que les causes primitives passent inaperçues. On ne sait plus ensuite quel a été le point de départ.

Rare avant quinze ans, c'est surtout de quinze à trente qu'on l'a observée.

L'homme semble plus fréquemment atteint que la femme dans la proportion de 23 à 14.

¹ VIRCHOW. *Die krankhaften Geschwülste*, 1863, t. I, p. 243.

² WHITEHEAD. *Brit. med. Journ.*, 1894, p. 410.

³ SKLIFASOWSKI. *Centralb. f. chirurg.*, 1881, n° 33, p. 52.

Anatomie pathologique. — On trouve la muqueuse rectale parsemée de nombreuses saillies, presque toutes développées aux dépens des glandes.

Le nombre de ces nodosités est variable ; on en compte 15 à 20 dans les cas les plus bénins, mais on peut en trouver beaucoup plus, 50, 100, plusieurs centaines, des milliers même dans des formes plus étendues. Elles sont alors pressées les unes contre les autres, leurs pédicules rassemblés donnent parfois l'aspect de grappes de raisin.

Leur *siège* n'a rien de fixe. Sur 40 cas qu'ils ont rassemblés, QUÉNU et HARTMANN les trouvent limitées au rectum 13 fois, envahissant à la fois rectum et côlon 9 fois, tout le gros intestin 13 fois, l'intestin et l'estomac 3 fois, siégeant exclusivement dans le côlon 3 fois.

Leur *volume* est d'ailleurs très variable depuis les petites productions à peine visibles, grosses comme la tête d'une épingle, aux plus considérables qui arrivent

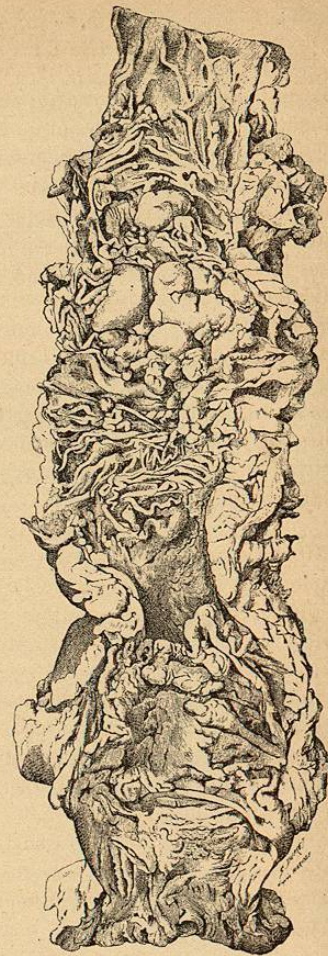


Fig. 14.

Végétations polypiformes. — Cancer du rectum et du côlon. (QUÉNU et LANDEL.) *Revue de chir.*, avril 1899.

au volume d'un pois, d'une cerise, ou même d'un œuf de pigeon.

Leur *forme* est arrondie d'ordinaire, à surface lisse; sessiles tout d'abord, elles tendent peu à peu à se pédiculiser et leur pédicule, large au début, s'effile ensuite progressivement.

Quelques-unes présentent parfois un aspect particulier, déchiqueté, qui les fait ressembler plutôt à un polype papillaire ou à une tumeur villeuse.

La *couleur* rouge de la muqueuse devient plus sombre, noirâtre, au niveau des petites tumeurs que recouvre presque toujours un mucus épais, sanguinolent.

Leur *consistance* est molle.

A la coupe elles présentent un aspect charnu un peu succulent.

La *muqueuse*, dont on signale à peine l'état dans la plupart des observations, paraît saine parfois dans l'intervalle des végétations; le plus souvent elle est un peu altérée, elle est rouge, épaissie, infiltrée.

Quand en un point se produit la *transformation cancéreuse*, la tumeur dégénérée devient plus volumineuse, plus irrégulière; sa consistance est plus dure et la muqueuse sur laquelle s'implante le polype est envahie d'une façon diffuse.

AU MICROSCOPE, on est frappé de ce fait que toutes ces masses plus ou moins pédiculées sont de nature adénomateuse. Sur une série de préparations on peut pour ainsi dire suivre le processus pathologique; on voit les glandes se dilater, s'allonger et devenir sinueuses, tout en conservant leur aspect normal. Puis on voit les tubes glandulaires ordinairement simples se diviser en deux ou plusieurs ramifications et pousser latéralement de petits culs-de-sac.

L'*épithélium glandulaire* reste typique et ne forme qu'une seule couche tapissant régulièrement la face interne de la paroi glandulaire, tout en laissant libre la partie centrale. Le plus souvent il est presque exclusivement composé de cellules caliciformes.

Il s'agit donc bien là d'une prolifération, d'un néoplasme au sens propre du mot, d'un adénome, ou si la tumeur se pédiculise, d'un polype adénomateux.

Si l'élément glandulaire présente ainsi le maximum de lésions, hâtons-nous de dire qu'il n'est pas le seul atteint. Le processus inflammatoire porte sur tous les éléments de la muqueuse, et ceux-ci réagissent plus ou moins différemment suivant des causes qui nous échappent encore¹.

L'*épithélium de la muqueuse* peut conserver sa forme cylindrique; il disparaît par places, mais surtout il se transforme en épithélium pavimenteux stratifié, qui pousse des prolongements dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Ce *tissu conjonctif* est infiltré de tissu embryonnaire; en certains points il peut présenter de petites excroissances papillaires, ce qui donnerait à la tumeur un aspect frangé. C'est lui qui forme la partie centrale du pédicule où l'on trouve également quelques fibres musculaires lisses et des vaisseaux.

Les *vaisseaux* prennent souvent un développement considérable en nombre plus encore qu'en volume, contrairement à ce que l'on observe dans les formes interstitielles où le tissu conjonctif semble les étouffer.

Dans les observations de LEBERT², de J. SCHWAB³, on insiste sur cette riche prolifération vasculaire; elle explique les hémorragies abondantes et répétées qui sont un des grands symptômes de l'affection.

La *formation de kystes* dans les culs-de-sac glandulaires n'est point rare. On voit sur certaines coupes des étranglements diviser les tubes glandulaires allongés. Les cellules continuant à sécréter transformeront en kystes les parties ainsi isolées. Dans certains cas, les productions kystiques sont si nombreuses qu'on a voulu en faire une caractéristique de cette affection que VIRCHOW appelait « colite polypeuse kystique ».

¹ Dans une observation personnelle, nous avons remarqué dans toute l'étendue du gros intestin une atrophie très accentuée de cette muqueuse avec destruction partielle des glandes, infiltration du tissu conjonctif et disparition presque complète de l'épithélium glandulaire; les capillaires étaient fortement dilatés.

² LEBERT. *Anat. pathol.*, vol. 2, p. 316.

³ J. SCHWAB. Ueber multiple Polypenvucherungen im Colon und Rectum. *Beitr. z. kl. Chir.*, 1897, vol. 16, p. 360.

L'adénome, tumeur bénigne, peut devenir malin. — Les tubes glandulaires, tout en gardant leur structure, se divisent et prolifèrent activement à la façon du cancer; au lieu de rester limités à la muqueuse, ils envahissent la sous-muqueuse et les autres tuniques du rectum. — Il est rare qu'alors les tubes ne soient tapissés que d'une seule couche d'épithélium; les cellules cylindriques se déforment, deviennent *atypiques*: elles se disposent sur *plusieurs couches*, remplissent les culs-de-sac et forment de véritables boyaux, caractéristiques de la transformation maligne. — On peut voir sur la même préparation des points où il existe de l'adénome pur et d'autres en train de subir la transformation.

Cette transformation n'est malheureusement pas très rare. QUÉNU et HARTMANN, sur 42 observations, la notent 20 fois, presque dans la moitié des cas. Les métastases s'observent comme dans toutes les tumeurs malignes du rectum.

Symptômes. — La *diarrhée* est le premier symptôme, le seul qui existe au début. On y insiste dans la plupart des observations. Au début diarrhée séreuse, abondante, elle ne tarde pas à s'accompagner d'émissions de glaires, de pus et de sang. Les matières, dans ce dernier cas, sont noirâtres, poisseuses: c'est du véritable méléna.

Cette diarrhée est un des symptômes les plus importants de l'affection: elle est presque constante, abondante, tenace et rebelle à tout traitement.

A quoi tient-elle? Indique-t-elle une augmentation de la sécrétion glandulaire correspondant à la prolifération constatée histologiquement? La chose est possible mais non démontrée.

Les *hémorragies* surviennent à l'occasion de la défécation. Elles sont dues au passage des matières fécales sur ces productions que nous avons vues si vasculaires: peut-être même l'effort suffit-il pour rompre ces vaisseaux à parois peu résistantes.

Ce sont des hémorragies en général peu abondantes, mais répétées et qui arrivent à produire ainsi un état d'anémie extrême. Dans certains cas pourtant c'est un flot de sang qui

s'échappe au moment de la défécation. Une malade de DESKOS aurait perdu ainsi un litre et demi de sang en une seule selle.

L'origine de l'hémorragie est le plus souvent au niveau du rectum et de la partie inférieure du colon; car après ablation de tumeurs bas situées, les seules accessibles, on voit les hémorragies diminuer ou même cesser pendant un certain temps, jusqu'à ce que la récurrence se produise.

Dans quelques cas la *douleur* est nulle; mais d'ordinaire les malades souffrent du côté du bas-ventre et dans la région des flancs. Ils ont du tympanisme et la palpation abdominale est douloureuse. Ils ont surtout du ténésme, de faux besoins de défécation et leurs efforts peuvent amener l'expulsion hors de l'anus, d'une ou plusieurs masses pédiculées bas situées.

Lorsque les masses polypeuses augmentent de volume, elles peuvent remplir en partie l'intestin et gêner le passage des matières.

L'*évolution de la maladie* est lente, entrecoupée de périodes de rémission assez longues pendant lesquelles l'état reste stationnaire ou peut même s'améliorer; puis surviennent quelques poussées aiguës et la maladie se traîne ainsi pendant des mois et des années, pendant que les végétations envahissent de plus en plus l'intestin. Ce dernier ne pouvant plus fonctionner s'enflamme: la diarrhée, les hémorragies surviennent, épuisant le malade et amenant la mort par cachexie.

Dans un grand nombre de cas, on voit se produire la *transformation cancéreuse* et l'on assiste à l'évolution classique du cancer du rectum. La colite est reléguée au second plan et passe le plus souvent même inaperçue: elle ne change guère en effet la symptomatologie du cancer et la gravité de ce dernier fait oublier tout le reste.

Quelles sont les causes de cette transformation cancéreuse? Il y a évidemment dans l'adénome une prédisposition à la malignité. Le cancer n'est pas fréquent à l'âge de trente ans, et s'il fallait admettre l'influence exclusive de l'irritation inflammatoire on pourrait s'étonner de voir la dégénérescence cancéreuse si fréquente ici et si rare dans les rectites interstitielles.

Le cancer, dans les cas observés, affecte plutôt la forme encé-

phaloïde. Sa marche est rapide comme elle l'est chez les jeunes ; les métastases s'observent dans le foie ou dans d'autres organes.

Nous n'avons point noté dans les observations d'autres complications telles que les phlegmons du creux ischio-rectal, les fistules, etc., comme l'on peut en observer dans la rectite proliférante. Mais il nous faut insister sur la *tuberculose pulmonaire* qui survient facilement chez ces malades affaiblis, tuberculose qui évolue rapidement et hâte la terminaison fatale.

Pronostic. — Le pronostic est donc grave : grave à cause de l'évolution même de la maladie, qui par la diarrhée et les hémorragies, conduit presque fatalement à la cachexie ; grave à cause de la transformation cancéreuse fréquente ; grave enfin par l'impuissance de notre thérapeutique.

Diagnostic. — Le diagnostic est difficile, comme pour toutes les affections peu connues ; mais il suffit qu'on ait l'attention attirée de ce côté pour mieux étudier le malade et reconnaître la nature de son mal.

On doit penser à la *polypose*, chez un sujet amaigri, qui souffre depuis longtemps de l'intestin et se plaint surtout de *diarrhées profuses et sanglantes*. L'inspection de la région anale ne montre rien d'insolite. Par le toucher on sent ordinairement un nombre assez considérable de petites tumeurs du volume d'une lentille, d'une cerise. Elles sont disséminées çà et là, plus ou moins pédiculées et dans leur intervalle la muqueuse donne une sensation de surface granitée assez particulière ; mais elle est molle, sans épaissement ni induration.

Quelques-unes de ces masses peuvent prendre un développement beaucoup plus considérable, et atteindre la grosseur d'une noix, d'une mandarine. D'autres peuvent se réunir en une masse lobulée assez bien comparable à une grappe de raisin. Dans quelques observations plus rares, nombreuses et serrées les unes contre les autres, elles formaient un véritable tapis.

L'exploration n'est pas douloureuse ; les masses sont molles, tout en conservant pourtant une certaine consistance qui ne permet pas à l'ongle de les entamer facilement, comme il le

ferait des végétations cancéreuses, mais quand la vascularisation est intense, le frottement du doigt fait quelque peu saigner.

Souvent le doigt, si loin qu'il pénètre ne peut atteindre la limite du mal qui en même temps que le rectum a envahi le côlon.

Il faut alors palper soigneusement l'abdomen en suivant le trajet du gros intestin : la sensibilité à la pression profonde et surtout la constatation d'un empatement, d'une tumeur répondant au côlon, feront penser à l'extension des lésions au gros intestin. Dans ces cas d'ailleurs, les symptômes généraux plus graves, les diarrhées plus profuses font déjà penser à des lésions plus étendues, mais la limite supérieure du mal est impossible à fixer.

Si la polypose est limitée du côlon, la difficulté est grande ; les symptômes fonctionnels sont ici de la plus haute importance, le toucher rectal ne donnant aucun renseignement. Le rectoscope qui permet un examen plus complet rendrait un grand service s'il pouvait démontrer la présence de quelques petites tumeurs rouge brun à la partie inférieure du côlon.

Le *cancer* se reconnaît à ses signes ordinaires : rétrécissement, induration, ganglions ; souvent alors la polypose passe inaperçue et n'est reconnue qu'à l'autopsie ; à moins qu'une laparotomie exploratrice faite pour renseigner sur les limites supérieures du cancer, n'amène par hasard le chirurgien au vrai diagnostic.

Traitement. — Nous sommes actuellement impuissants à lutter contre cette affection elle-même soit par les moyens médicaux, soit par une intervention chirurgicale quelconque.

Le *traitement médical* dirigé contre la diarrhée ou les hémorragies, les toniques qui relèvent l'état général, les antiseptiques intestinaux qui luttent contre l'infection, doivent être employés, mais il ne faut pas en attendre de résultats bien remarquables.

De même, on peut sans danger, après dilatation rectale, énucléer ou extirper toutes les tumeurs accessibles ; on peut aussi par la laparotomie, si l'on sent par la palpation quelque grosse

tumeur obstruant l'intestin, ouvrir la paroi de ce dernier et enlever le polype. Mais ce n'est là qu'un traitement palliatif. Une amélioration marquée suit d'ordinaire ces interventions : la diarrhée diminue, les hémorragies cessent pendant quelques mois, puis de nouveau les polypes se reproduisent, soit au même niveau, soit dans un segment supérieur de l'intestin. Le résultat n'a été que temporaire.

Si l'on admet l'origine inflammatoire de la polypose, la seule conduite logique consisterait à faire un anus artificiel. Cet anus devrait porter sur une partie saine de l'intestin, ce dont on peut s'assurer assez facilement par la palpation, une fois le ventre ouvert. L'anus permet de détourner le cours des matières, cause d'irritation et d'hémorragies. Il permet ensuite de traiter les lésions du bout inférieur en extirpant les tumeurs qu'il contient et en le désinfectant par des lavages. C'est cette conduite que QUÉNU et HARTMANN conseillent de suivre.

Lorsqu'il y a *cancer*, la polypose aggrave le pronostic ; outre que le malade est affaibli par les hémorragies, la diarrhée est une condition très défavorable au point de vue opératoire. Il faut intervenir cependant, mais l'établissement préalable d'un bon anus contre nature nous semble indispensable.

IX

BLENNORRAGIE ANO-RECTALE

Le premier cas bien observé de blennorragie ano-rectale remonte à HECKER¹. Nous citerons ensuite au point de vue clinique le travail de REQUIN², au point de vue expérimental les recherches de BONNIÈRE³. La découverte du gonocoque par NEISSER devait permettre de préciser les notions acquises, de compléter, de réformer même les idées de BONNIÈRE, qui n'ayant pu réussir à inoculer que la muqueuse anale, niait la blennorragie du rectum. BUMM⁴, puis TUTTLE⁵ et STAUB⁶ montrèrent la présence du gonocoque non seulement dans le pus rectal mais aussi (TUTTLE) dans les couches superficielles de la muqueuse.

Etiologie. — La blennorragie ano-rectale est relativement rare : 67 cas sur 191 femmes atteintes de gonorrhée, soit 35 p. 100, telle est la proportion que donne BAER⁷ dans un travail très documenté.

Exceptionnelle chez l'enfant, la gonorrhée ano-rectale est une maladie de l'adulte. Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes dans la proportion de 4 contre 1,

¹ HECKER. *Theoretische-practische Abhandlung über den Tripper*. Leipzig, 1787.

² REQUIN. *Éléments de pathologie médicale*, 1843, t. V, p. 729.

³ BONNIÈRE. *Arch. génér. de médecine*, 1874, 6^e série, t. XXIII, p. 404.

⁴ BUMM. *Arch. für Gynäk.*, 1884, Bd. XXIII, p. 328.

⁵ TUTTLE. *Med. and Surg. Rep.*, 1892, t. I, p. 379.

⁶ STAUB. *Internat. dermat. Congress. Wien.*, 1892, p. 317.

⁷ BAER. *Deutsch. med. Woch.*, 1896, p. 416 et 1897, p. 811-831.