

rectal ne donne que des renseignements insuffisants. Seul il permet l'examen direct pour un polype haut situé et ne se laissant pas amener au dehors. Le speculum à deux valves est enfoncé profondément, puis ouvert modérément; en imprimant alors un lent mouvement de rotation à l'instrument, le chirurgien examine le segment de muqueuse resté libre entre les deux valves; à un moment donné le polype vient se placer de lui-même dans cet intervalle, on peut alors l'étudier facilement.

Le *rectoscope* peut donner aussi de très bons renseignements à condition qu'on l'enfonce lentement, par un mouvement de rotation, de manière à bien déplier la muqueuse et à ne pas laisser passer inaperçue une petite tumeur.

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.** — *Le polype sort* spontanément ou artificiellement et son diagnostic est facile. Son aspect, sa forme, son pédicule le font immédiatement reconnaître et le différencient facilement des *végétations* inflammatoires dont la région anale est souvent le siège, des *hémorrhôïdes* multiples, molles, réductibles, formant un bourrelet et non une tumeur unique et pédiculée.

Le *prolapsus* accompagne, complique le polype, mais ne saurait être confondu avec lui.

Si le *polype ne sort pas*, le toucher rectal donnant des renseignements moins précis que la vue; on conçoit que le diagnostic soit d'autant plus difficile que la tumeur siège plus haut.

L'*invagination*, bien qu'elle ait une forme circulaire assez caractéristique et s'accompagne de symptômes fonctionnels bien plus sérieux, donne parfois au toucher la même sensation qu'un polype. L'examen au speculum ou au *rectoscope* ne doit jamais être négligé dans ces cas pour arriver à un diagnostic exact.

Il est rare qu'un angiome, qu'un lipome, qu'un cancer, puisse donner le change. En dehors des symptômes particuliers qui les caractérisent, ils n'ont pas de pédicule et cela suffit à les différencier du polype.

Mais il existe des tumeurs du rectum pouvant devenir pédiculées et celles-là cliniquement sont presque impossibles à diagnos-

tiquer d'un polype. Ainsi par exemple, le sarcome du rectum, affection rare d'ailleurs, est ordinairement pris pour un polype et c'est l'examen histologique qui en démontre la nature. On est pourtant parfois mis en éveil par un volume plus considérable, une consistance plus grande, un pédicule moins net, l'existence de ganglions, une évolution plus rapide, etc...

Le diagnostic, pour être complet, doit s'attacher à étudier la forme — le lieu d'implantation du polype, — la longueur, l'épaisseur de son pédicule, — l'état de la muqueuse voisine qui à côté d'un polype, peut présenter des petits noyaux d'adénome.

Il doit aussi dépister les complications qu'entraîne la tumeur, mais surtout savoir, dans les formes atypiques se manifestant par un prolapsus, des hémorrhôïdes, une fissure, remonter à la véritable cause de ces troubles et reconnaître l'existence du polype.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est pas grave, l'affection n'entraînant pas de dangers sérieux pour l'existence. Le polype peut guérir spontanément (par rupture du pédicule), mais dans tous les cas, on peut attendre les meilleurs résultats du traitement chirurgical, d'ailleurs très simple.

**Traitement.** — Il consiste dans la cure radicale, l'extirpation complète de la tumeur avec son pédicule.

Le pédicule est-il mince, on peut se permettre de l'arracher ou de le tordre jusqu'à ce qu'il cède; s'il a une certaine épaisseur et qu'il présente quelque résistance, mieux vaut en faire la ligature, puis la section. On n'emploie plus l'écrasement linéaire, ni la cautérisation, ni la pince à demeure que laissait ALLINGHAM pendant vingt-quatre heures. Voici comment on procède :

Le malade est préparé pendant plusieurs jours par de grands lavages du rectum et une ou deux purgations. La veille de l'opération on le met à la diète lactée et l'on commence la constipation. Pour opérer, l'anesthésie générale est préférable surtout chez les enfants.

Le malade est placé dans la position de la taille; après la dilata-tion, l'orifice anal est béant, la muqueuse éversée et le polype

visible à l'extérieur. Une ligature est appliquée sur le pédicule aussi près de la base que possible ; ce n'est pas toujours chose facile, car le polype recouvert en quelque sorte d'un enduit visqueux, glisse et échappe aux doigts qui cherchent à le saisir. On peut avant de poser la ligature tordre préalablement le polype pour en réduire le pédicule ; on fait alors la section soit au bistouri, soit avec des ciseaux, soit encore au thermo-cautère. On tamponne le rectum avec une mèche de gaze iodoformée, mais en ayant bien soin de laisser au milieu du pansement un tube pour permettre l'évacuation des gaz.

Le tamponnement n'est pas de rigueur, il suffit de constiper le malade pendant cinq ou six jours, mais c'est une précaution utile et qui permet d'éviter l'hémorragie qui suit parfois l'ablation du polype. Cette hémorragie est due à ce que la ligature placée sur le pédicule glisse ; si la perte de sang est abondante, comme elle ne se manifeste pas à l'extérieur, elle n'est annoncée que par la pâleur de l'opéré, son pouls petit et rapide, la sensation de soif, bref les signes d'une hémorragie interne qui s'accusent plus nettement encore chez les enfants. Une défécation sanglante vient souvent compléter ce tableau clinique. Il faut alors se mettre en demeure de faire une exploration attentive du rectum ; un spéculum est bien placé et l'on fait avec de l'eau très chaude ou un liquide hémostatique quelconque un grand lavage. Le rectum étant débarrassé des caillots qui l'encombraient on peut apercevoir le point qui saigne, le toucher au thermocautère ou simplement faire un tamponnement sérieux qu'on enlèvera sans inconvénients dès le quatrième jour.

Le meilleur traitement des complications que peut occasionner le polype, est, après avoir répondu aux indications urgentes s'il en existe, l'ablation du polype. Ce dernier enlevé les hémorroïdes diminuent, le prolapsus disparaît sans qu'il soit nécessaire d'instituer d'autre traitement.

## TUMEURS VILLEUSES

**Définition.** — On désigne sous ce nom de petites tumeurs, d'aspect frangé, irrégulier, de consistance molle, qui présentent ce caractère essentiel de se « développer dans la cavité intestinale à la surface de la muqueuse et non dans ses couches sous-jacentes ». Elles doivent être rangées entre les adénomes bénins pédiculés ou polypes et les tumeurs malignes du rectum, car elles peuvent rester longtemps stationnaires ou évoluer vers l'épithélioma.

Rares et mal connues, ces tumeurs ont été surtout observées par les chirurgiens anglais, CRIPPS, ALLINGHAM, SYMES, MACKAY.

En France, l'important mémoire de QUÉNU et LANDEL<sup>1</sup> renferme tout ce que nous connaissons sur ce sujet ; il se base sur une cinquantaine d'observations.



Fig. 37.

Tumeur villeuse (QUÉNU et LANDEL). *Revue de gyn. et de chir. abdominale*. Février 1899, n° 4.

**Anatomie pathologique.** — Presque toujours unique, la tumeur villeuse siège à la partie inférieure du rectum, au-dessus du canal anal

le plus souvent. Son volume ordinaire varie de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon, mais on en voit de beaucoup plus volumineuses, telle celle observée par ALLINGHAM qui atteignait la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Le plus souvent, pour CURLING du moins, elle serait sessile. Mais elle a tendance

<sup>1</sup> QUÉNU et LANDEL. — Des tumeurs villeuses ou épithéliomas superficiels végétants du rectum. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*. Février 1899, n° 4.

à se pédiculiser et on la rencontre fréquemment munie d'un pédicule large et court.

Sa forme est irrégulière, mais pour bien l'étudier, il faut l'examiner sous l'eau ; on voit alors la tumeur se décomposer en lobes et en lobules, dont la surface hérissée d'une série de villosités bien distinctes, prend un aspect frangé très caractéristique.

La consistance est molle, la coloration rougeâtre. *Consistance, aspect frangé et superficialité*, tels sont les trois caractères macroscopiques importants de ces tumeurs.

Au microscope le pédicule et la partie centrale de la tumeur sont formés de petits vaisseaux, de fibres musculaires lisses et surtout de fibres conjonctives.

La zone superficielle est constituée par du tissu interstitiel renfermant des tubes glandulaires.

Le tissu interstitiel est composé d'un réticulum de fibrilles lâches, infiltré de cellules migratrices et de cellules conjonctives jeunes.

Les tubes glandulaires sont très rapprochés ; les plus grands sont sinueux, ramifiés et présentent exceptionnellement des cavités kystiques. A la base du lobule néoplasique, les tubes sont tapissés d'un épithélium à cellules mucipares, à cupule ouverte dans l'intérieur. Vers la périphérie, les cellules mucipares tendent à disparaître et sont remplacées par des cellules cylindriques à plateau. Ces cellules sont hautes, à protoplasma plus granuleux, à noyaux plus anfractueux ; elles peuvent se superposer sur plusieurs couches et former des cylindres pleins au milieu du tissu conjonctif.

En résumé, ce sont des épithéliomes cylindriques présentant une remarquable tendance à garder, à un degré plus ou moins marqué, les caractères primitifs des éléments dont ils dérivent.

Les métastases doivent exister comme dans tout épithéliome. On n'en connaît pas d'observation bien établie.

Les relations entre l'adénome et la tumeur vilieuse sont loin d'être élucidées. Y a-t-il des adénomes à structure vilieuse, y a-t-il transformation ou y a-t-il des épithéliomes d'emblée vilieux superficiels ? Nous ne pouvons le dire.

Certains auteurs mentionnent l'existence de petits adénomes à côté de tumeurs vilieuses, avec des formes papillomateuses établissant plus ou moins la transition, mais c'est l'exception. Nombreux sont les cas où la tumeur vilieuse existe seule ; elle se développe à un âge avancé qui n'est pas celui de l'adénome.

Nous inclinons à penser avec QUÉNU et LANDEL qu'il s'agit d'une variété spéciale d'épithéliomes comparables par leur superficialité, la lenteur de leur développement et l'intégrité habituelle du système lymphatique, à certains cancroïdes de la face observés principalement chez les vieillards.

**Étiologie.** — Rares avant quarante ans, c'est d'ordinaire à un âge assez avancé qu'on les observe. Aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme, nous sommes dans l'ignorance la plus complète au point de vue des causes qui les produisent. QUÉNU insiste sur la constipation habituelle qu'il a observée chez ses quatre malades, sans qu'on puisse en tirer d'ailleurs de conclusions. L'existence de polypes dans l'enfance serait très intéressante à rechercher pour les partisans de la transformation.

**Symptômes.** — Le malade porteur d'une de ces tumeurs ne souffre guère ; ce qu'il ressent c'est un peu de pesanteur, une sensation de corps étranger donnant de faux besoins de défécation, comme s'il s'agissait d'un polype. L'écoulement de mucus et de glaires n'a rien de bien particulier, mais les hémorragies sont plus considérables. Rares et abondantes dans certains cas, elles sont le plus souvent fréquentes, se répétant presque à chaque défécation.

Elles sont constituées par un sang rouge, ce que leur origine permet de s'expliquer facilement.

La défécation peut être gênée mécaniquement, et dans des efforts violents le malade expulse sa tumeur.

La réduction en est d'ordinaire facile et le malade l'opère lui-même ; elle exagère l'hémorragie.

Ces hémorragies, la diarrhée, tout cela contribue à affaiblir le malade qui se cachectise et meurt dans le marasme. Le pronostic est donc sérieux (le malade supporte mal une intervention).

**Diagnostic.** — C'est par le toucher rectal qu'on peut faire le diagnostic; on tombe sur une masse molle, dont le doigt repousse les franges mobiles, et qui est rattachée à la paroi par une surface très large ou par un pédicule.

Si elle est bas située on peut l'attirer au dehors pour mieux l'examiner. On pourrait employer la rectoscopie pour une tumeur haut située.

Les *polypes* qui d'ordinaire se voient chez l'enfant, ont bien rarement cet aspect vilieux; ils sont parfois hérissés de petites papilles, mais la dissociation ne va jamais jusqu'à former des franges.

Le *cancer végétant* expose plus à l'erreur, mais le cancer repose sur une base indurée; c'est une véritable tumeur envahissant la muqueuse et les autres tuniques, et bien différente en cela de la tumeur vilieuse qui repose sur une muqueuse molle, souple et saine, à moins que la tumeur vilieuse n'ait subi la dégénérescence épithéliale.

Le *sarcome* lisse et ferme n'a pas du tout la même consistance.

La *polypose* est multiple, disséminée, et n'a pas le même aspect.

**Traitement.** — Le traitement consiste dans l'ablation. On peut se contenter comme pour un polype de lier le pédicule et de le sectionner; mais eu égard à la nature maligne de l'affection, il vaut mieux réséquer la muqueuse au niveau de la base d'implantation et réunir par une suture. On poursuivra les récidives locales qui pourront se présenter.

Si la tumeur s'est étendue au rectum, si sa base d'implantation reste indurée, il faut la traiter comme un cancer du rectum et la réséquer largement.

Ces opérations donnent de bons résultats; il faut savoir pourtant que le malade, parfois très affaibli, est incapable de supporter même une petite intervention, comme cela se produisit pour un malade de QUÉNU.

## ARTICLE II

## TUMEURS MALIGNES

Presque toutes sont des épithéliomes: nous ne dirons que quelques mots des sarcomes, avant de passer à l'étude plus détaillée du cancer ano-rectal.

## SARCOME

**Étiologie.** — C'est une question encore bien peu connue que celle du sarcome du rectum. Nous en possédons à peu près une vingtaine d'observations, encore certaines ne présentent-elles pas une garantie absolue au point de vue histologique.

D'après ces observations (thèse de GRENET) il semble que le sarcome, ici comme dans le reste du tube digestif, puisse être *primitif* ou *secondaire*.

Du *sarcome secondaire* nous ne parlerons guère. GRENET n'en rapporte que deux observations (celles d'HAMMONIC) et nous trouvons avec QUÉNU qu'elles ne sont pas absolument démonstratives.

Le *sarcome primitif* est une affection de l'âge mûr, de quarante à soixante ans. Le sexe semble n'avoir aucune importance.

**Anatomie pathologique.** — Le siège du sarcome est d'ordinaire peu élevé; la tumeur peut être sessile ou pédiculée et dans ce dernier cas on s'explique qu'on ait pu la confondre avec certains polypes du rectum (polypes malins).

D'ordinaire elle est unique; des sarcomes multiples peuvent donner l'impression d'une rectite proliférante envahie par la mélanose. D'un volume variable de celui d'une noix à celui d'une orange, ces tumeurs ont ordinairement une surface irrégulière assez comparable à celle d'une amygdale hypertrophiée.

La muqueuse qui les recouvre a souvent conservé sa coloration normale et ce n'est qu'à la coupe que l'on reconnaît la mélanose.

*Histologiquement* ce sont tantôt des sarcomes, tantôt des fibro-