

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-

sarcomes à point de départ sous-muqueux (observation de TÉDENAT¹).

Le plus souvent c'est le sarcome mélanique qui a été observé. QUÉNU a pu en réunir une vingtaine d'observations. Il n'en existe que quatre de sarcomes non mélaniques.

Ces néoplasmes ont une marche envahissante, infectent les ganglions prévertébraux (MEUNIER) ou inguinaux (TUFFIER) et se généralisent à distance : foie, pancréas, poumons, plèvre, reins.

Symptômes. — *Cliniquement*, rien de bien caractéristique ; les symptômes fonctionnels sont ceux du cancer : hémorragies, ténesme, sensation de corps étranger, fausses envies de défécation.

Au toucher, on trouve un polype et la confusion avec le polype adénomateux est de règle. Pourtant l'âge du malade éveillera les soupçons, le polype étant une affection de l'enfance, le sarcome apparaissant à l'âge mûr.

TUFFIER insiste sur l'adénopathie inguinale, qui lorsqu'elle existe est un signe de haute valeur. Si l'on pense au sarcome, on ne manquera évidemment pas non plus d'examiner toute la surface tégumentaire, les gencives, etc. Si l'on peut amener les tumeurs végétantes hors de l'anus, leur aspect frangé, dit QUÉNU, est caractéristique.

Quand on a affaire à des sarcomes multiples, l'embarras peut être très grand. On se trouve en présence d'un rectum rempli par une masse fongueuse dont le doigt arrive à peine à reconnaître les connexions anatomiques. Cette masse est molle, oedémateuse, saigne au contact, se laisse parfois entamer par l'ongle et fait songer à un épithélioma, bien que d'allures un peu anormales. Le jeune âge du malade ne suffit pas pour faire rejeter *a priori* l'idée de cancer, puisque ce dernier a été observé à treize, quinze et dix-huit ans. On pense parfois à une rectite proliférante, à une tuberculose végétante ; bref seul l'examen microscopique semble pouvoir trancher le diagnostic. Encore n'est-il

¹ TÉDENAT. *Montpellier médical*, 1885.

pas toujours facile de distinguer histologiquement le sarcome des bourgeons charnus inflammatoires simples.

Le *pronostic* de ces tumeurs est très grave, surtout pour ce qui est des sarcomes mélaniques.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'extirpation large ; il ne faut pas considérer la tumeur comme un polype dont on sectionne le pédicule, mais comme un cancer pour lequel il sera souvent indiqué de réséquer un segment du rectum sinon de l'extirper complètement.

Les succès d'ESMARCH et de BALL montrent l'importance du traitement chirurgical.

ÉPITHÉLIOMES

Le *cancer ano-rectal* a été l'objet de nombreuses recherches ; nous ne retiendrons que le nom de LISFRANC qui a eu le grand mérite de limiter et de préciser cette question, et celui de QUÉNU qui s'est attaché à en étudier l'anatomie pathologique. Dans le courant de cet article nous citerons les travaux importants parus sur cette question spécialement au point de vue du traitement.

Etiologie. — Nous ne savons rien sur les causes réelles du cancer du rectum. ALLINGHAM, comparant sa fréquence à celle des autres affections de la région, en compte 105 cas sur 4 000 malades, soit une moyenne de 2,6 p. 100.

Il est beaucoup plus instructif, comme on le fait dans les statistiques les plus récentes, de comparer sa fréquence à celle des autres localisations cancéreuses. D'ailleurs, toutes ces statistiques sont remarquablement concordantes. D'après les chiffres de LEICHTENSTERN¹, il existe sur 100 cancers en général, 3 cancers du rectum et sur 100 cancers de l'intestin 80 cancers du rectum.

Les chiffres donnés par WILLIAMS², par BALL³, sont à peu près

¹ LEICHTENSTERN. *Ziemssen Cyclopædia of the practica of medicine*, édit. anglaise, 1877, vol. VII, p. 635.

² WILLIAMS. *The Lancet*. London, 1884, t. I, p. 234.

³ BALL. *The Rectum and anus*. London, 1894.

les mêmes. STIERLIN¹ donne la proportion de 8 p. 100, KRÖNLEIN² celle de 7,4 p. 100.

C'est de cinquante à soixante-dix ans qu'on l'observe avec la plus grande fréquence, un peu plus tard chez l'homme que chez la femme. Mais on le rencontre chez des sujets beaucoup plus jeunes; je citerai les observations de Czerny, de Lobstein (13 ans), de Schœning (17 ans), de Czesch (18 ans), de Heuck (19 ans), de Quénu (21-28 et 30 ans). Certaines de ces observations sont complètes, avec autopsie et examen histologique. Le diagnostic d'épithélioma était par conséquent indiscutable³. On ne signale pas de cancer du rectum avant l'âge de treize ans; de vingt à trente ans sa fréquence serait d'environ 8 p. 100 (Christen).

Il y a une prédominance très nette pour le *sexe masculin*, sans qu'on puisse donner de ce fait des raisons acceptables. Hildebrand⁴, Quénu⁵ donnent comme moyenne 66 p. 100 environ. C'est à peu près le chiffre que donnent les statistiques réunies de Krönlein $\frac{1,26}{1}$, Kraske $\frac{1,4}{1}$, Stierlin $\frac{2}{1}$, Heuck $\frac{1,8}{1}$.

On n'est pas d'accord sur l'influence de l'hérédité. Il semble pourtant qu'on doive l'admettre puisqu'on la trouve notée dans 4,6 p. 100 des cas par Heuck, par Czesch, — dans 11 à 12 p. 100 même pour Stierlin, Löwinsohn et Krönlein.

Le rôle des *influences locales* semble beaucoup mieux établi: toutes les causes d'irritation prolongée prédisposent au cancer, et Volkmann insiste surtout sur les hémorroïdes et la constipation chronique.

On rencontre les hémorroïdes dans 15 à 20 p. 100 des cas (Krönlein 17,6 p. 100, Czesch 7,3 p. 100, Heuck 13,9 p. 100, Stier-

¹ STIERLIN. Ueber die operation Behandlung des rectum carcinoms und deren Erfolg. *Beitr. z. Klin. chir.*, Tübingen, 1889.

² W. CHRISTEN. Beitr. zur statistik und operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. *Beitr. z. Klin. chir.*, 1900, v. XXVII, p. 411.

³ Il faut insister sur l'importance de l'examen histologique nécessaire pour éviter la confusion avec le sarcome qui, lui, s'observe surtout chez les sujets jeunes.

⁴ HILDEBRAND. Zur Statistik des Rect. Carcinom. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1888, t. XXVII.

⁵ QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, t. II, 1899, p. 117.

lin 15 p. 100, Löwinsohn 23,9 p. 100). Certains chirurgiens (Stierlin, Quénu) ont pu même voir le cancer se développer au niveau d'anciennes hémorroïdes.

La *constipation chronique* est un antécédent que l'on relève assez fréquemment chez les malades et dont on comprend facilement le rôle irritatif. Krönlein la trouve dans 8,8 p. 100 des cas, Stierlin dans 10 p. 100.

Je n'insiste pas sur les faits exceptionnels où l'on voit le cancer se greffer sur une vieille ulcération rectale ou se développer à la surface d'un prolapsus (Volkmann), mais je veux faire remarquer avec Christen¹ la fréquence de la *tuberculose* dans les antécédents des cancéreux. La proportion que donne Christen (26,5 p. 100 des cas) est certainement beaucoup trop élevée comme proportion moyenne, mais cette coexistence est assez fréquente pour mériter d'être signalée. Quelle est l'action de la tuberculose dans ces cas? Affaiblit-elle simplement l'état général ou prédispose-t-elle aux affections irritatives locales? Ce serait une question à étudier de plus près.

Le *traumatisme* est bien rarement incriminé pour les néoplasmes de cette région. Il semble pourtant avoir joué un certain rôle dans les observations de Löwenthal (2 cas), de Göckel (3 cas), d'Arnelt (1 cas). J'ai parlé ailleurs des relations qui existent entre la *polypose* et le cancer. C'est ordinairement dans le segment inférieur de l'intestin malade que commence la dégénérescence cancéreuse, au voisinage du rectum par conséquent. Prutz² rapporte deux cas de cancers du rectum développés sur une polypose, et au point de vue de la fréquence de cette dégénérescence cancéreuse je rappelle que d'après Rotter³, sur dix-huit cas de polypose bien observés jusqu'ici, on note six malades morts de cancer.

Sans entrer dans l'étude de la pathogénie du cancer, je veux

¹ CHRISTEN. Beitr. zur statistik und operativen Behandlung des Mastdarmkrebses, *Beitr. z. Kl. chir.*, 1900, XXVII, p. 411.

² W. PRUTZ. Beitr. zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. *Arch. f. Kl. chir.*, 1901, LXIII, p. 891.

³ ROTTER. *Handb. der pract. chirurgie.*

cependant, en terminant cet exposé étiologique, faire remarquer l'influence manifeste de toutes les causes d'irritation sur la localisation du cancer dans toute l'étendue du tube intestinal. On ne peut ne pas être frappé de la fréquence du cancer du rectum (8 p. 100) comparée à la rareté du cancer de tout le reste de l'intestin (2,8 p. 100). La structure est pourtant restée la même et la muqueuse a partout les mêmes caractères.

Il faut donc chercher d'autres causes.

C'est la stase, le séjour plus ou moins prolongé des matières, c'est leur consistance de plus en plus solide, qui me paraissent expliquer la plus grande fréquence du cancer en certains points du tube digestif et particulièrement au niveau du rectum.

Où se localise de préférence le cancer ?

Au niveau du cæcum, de la valvule de Bauhin, des coudes du colon, de l'ampoule vitale, partout en un mot où il y a stase.

La théorie de l'irritation de Volkmann, admise pour les cancers de la langue, pour les cancers de l'estomac, me semble devoir conserver sa valeur pour les autres localisations cancéreuses du tube digestif.

Anatomie pathologique. — Quand le cancer est encore limité on peut, au point de vue du siège, établir une division qui a une grande importance et distinguer trois variétés.

1° Une variété basse, cancer anal, développé dans la région sphinctérienne.

2° Une variété moyenne, cancer ampullaire, développé entre le sphincter qu'elle laisse libre et le péritoine qu'elle n'atteint pas.

3° Une variété haute, siégeant sur la partie péritonéale du rectum et envahissant plus ou moins la partie inférieure du colon pelvien ou anse sigmoïde. C'est le cancer sus-ampullaire ou recto-sigmoïde.

Plus tard, la marche extensive du néoplasme fait qu'il envahit le rectum tout entier. C'est alors le cancer total.

La variété la plus commune est de beaucoup le cancer de l'ampoule (45 à 50 p. 100); elle est à elle seule à peu près

aussi fréquemment observée que toutes les autres réunies¹.

Comme étendue, on note de grandes différences suivant que le cancer est plus ou moins avancé dans son évolution. La hauteur varie de 3 à 12, 15 centimètres et plus (cancer total). Dans le sens de la largeur le cancer primitivement limité à une des parois postérieure, antérieure (2/3 des cas), rarement latérales, ne tarde pas à se développer dans le sens horizontal, prenant la forme d'un croissant, puis d'un anneau. Le cancer serait annulaire dans 70 p. 100 des cas d'après la statistique de STIERLIN, moins souvent pour QUÉNU; la chose a peu d'importance et dépend de l'âge de la lésion.

FORME ET ASPECT MACROSCOPIQUE

Le néoplasme peut dans son évolution affecter deux tendances bien différentes. Tantôt il bourgeonne, prolifère à l'extérieur : c'est la forme végétante. Tantôt la prolifération est interstitielle, diffuse, avec tendance parfois à la rétraction et à l'atrophie : c'est la forme infiltrée.

1° FORME VÉGÉTANTE. — Au début, à la période pré-ulcéreuse le néoplasme est constitué par une tumeur du volume d'une noix ou d'une châtaigne. C'est une masse de consistance ferme, mal limitée à la périphérie et faisant saillie au-dessous de la muqueuse. Bientôt d'ailleurs cette muqueuse primitivement saine ne tarde pas à être envahie et l'ulcération se produit.

L'ulcération existe tout d'abord au centre de la tumeur qui se présente sous forme d'un cratère irrégulier, anfractueux, à fond noirâtre, à bords indurés. Elle s'étend horizontalement suivant la direction des lymphatiques et tend à devenir annulaire. Elle s'étend aussi en hauteur. Sa limite supérieure est tantôt nette, tantôt irrégulière; sa limite inférieure est en général moins bien marquée.

Les végétations ne tardent pas à couvrir le fond de l'ulcéra-

¹ Le cancer du colon pelvien, qui ne s'étend pas au rectum, est un cancer du gros intestin; nous n'avons pas à nous en occuper ici.

tion. Ce sont d'abord de petits bourgeons, qui peu à peu s'accroissent jusqu'à former de grosses masses en chou-fleur rem-

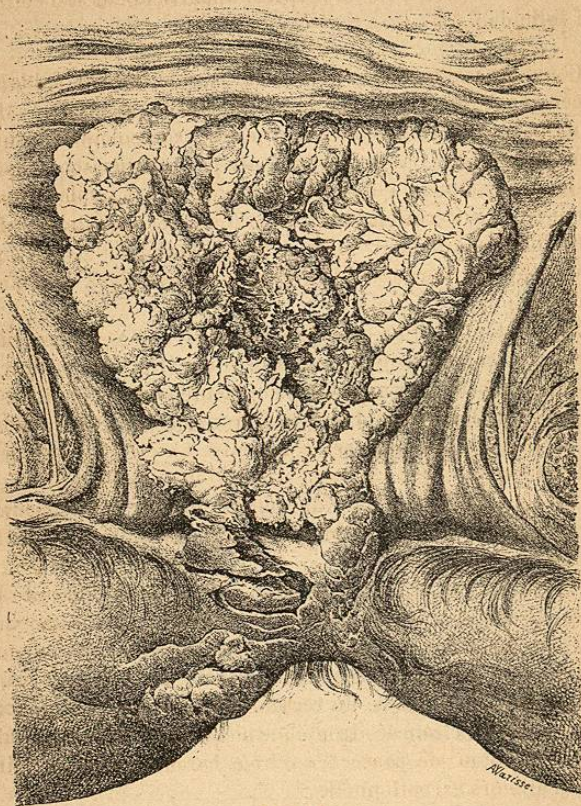


Fig. 38.

Cancer du rectum à forme bourgeonnante (QUÉNU et HARTMANN).

plissant plus ou moins le calibre de l'intestin. Molles, se laissant pénétrer par l'ongle, elles saignent au moindre contact; il se produit à leur surface une sorte de suintement qui les recouvre

d'un enduit fétide; certaines même se sphacèlent, prennent une teinte noirâtre et tombent en putrilage. Les végétations pâles, œdémateuses, peu vasculaires, appartiennent à l'épithéliome colloïde.

2° FORME INFILTRÉE. — Ici il n'existe pas de tumeur saillante préulcéreuse; c'est plutôt une induration en nappe, qui envahit les tuniques du rectum, sans qu'on puisse exactement en sentir les limites précises. La surface présente parfois un aspect lisse, mais le plus souvent elle est creusée de fissures, de sillons anfractueux. L'ulcération débute au fond de ces sillons; des granulations apparaissent, mais il est exceptionnel de les voir se développer en véritables bourgeons, comme dans la forme précédente.

Ce travail d'infiltration progressive envahit toutes les tuniques du rectum et même le tissu cellulaire voisin. Il s'y joint un travail d'inflammation chronique qui augmente encore l'épaississement des parois. Le rectum se trouve transformé en un cylindre rigide et fixe, présentant à peine au centre un étroit canal perméable. C'est le *cancer massif*. Quand il envahit la région sphinctérienne, l'anus ne pouvant plus se dilater ni se fermer, il en résulte qu'il existe à la fois de l'incontinence et de la rétention.

Dans certains cas, à la prolifération interstitielle fait suite la sclérose, amenant la rétraction, la diminution de volume des tissus; c'est la *forme atrophique* de VIDAL de Cassis, analogue au squirrhe du sein; elle est parfois difficile à distinguer d'un rétrécissement syphilitique du rectum. La confusion est encore plus aisée quand ce cancer atrophique n'existe que sur une faible hauteur. Le nom de *cancer en virole* caractérise bien cette variété d'ailleurs exceptionnelle.

ÉVOLUTION

L'extension peut être locale, se faisant de proche en proche; elle peut être discontinue, le cancer se propageant à distance et se généralisant.

A. EXTENSION LOCALE. — Elle se fait à la fois en surface et en profondeur.

En *surface*, nous avons montré comment s'étend l'ulcération, sa tendance à devenir circulaire ; nous avons insisté également sur l'infiltration de la sous-muqueuse.

Un mode d'extension un peu particulier se voit parfois : à distance de la tumeur ou de l'ulcération principale, se développent un ou plusieurs noyaux de petites dimensions siégeant sous la muqueuse ; ces noyaux deviendront des ulcérations qui plus tard, se réunissant à l'ulcération primitive, en augmenteront les dimensions. Sont-ce des greffes par contact des végétations avec la muqueuse de la paroi opposée ? se produisent-ils par propagation lymphatique ? Les deux hypothèses peuvent être soutenues suivant les cas.

En *profondeur* le cancer se propage progressivement à toutes les tuniques du rectum. De la sous-muqueuse il envahit la musculaire, qui hypertrophiée en certains points, se trouve détruite en d'autres, laissant ainsi des brèches par lesquelles se fait la propagation au tissu péri-rectal. Nous devons étudier cette extension dans les trois variétés anatomiques précédemment décrites :

1° LE CANCER DE LA RÉGION ANALE se propage soit du côté de la peau, soit du côté des fosses ischio-rectales.

Du *côté de la peau*, on peut voir les bords de l'orifice anal se prendre par extension progressive de la tumeur bourgeonnante qui remplit le rectum. Mais on observe aussi un autre processus : la propagation se fait par les lymphatiques. Elle se manifeste ou par des trainées, par de petits cordons indurés qu'on suit par la palpation quand la lymphangite est continue, ou seulement par des noyaux distincts disséminés, enchâssés dans la peau quand l'infection est discontinue.

C'est aussi par la voie lymphatique que peut se faire l'*envahissement du creux ischio-rectal* ; mais, dans d'autres cas, la propagation est directe. Il n'est pas rare de voir le cancer du rectum se compliquer de phlegmons ischio-rectaux, de suppurations péri-anales dont la pathogénie s'explique facilement par la présence des ulcérations. Ces abcès se vident et les parois

de la cavité, les trajets fistuleux sont alors envahis par le néoplasme ; ils se cancérisent, pourrait-on dire, secondairement.

2° LE CANCER DE L'AMPOULE peut envahir de nombreux organes voisins :

En *arrière*, c'est le squelette constitué par le sacrum, auquel il se propage, soit directement, s'étendant de proche en proche, soit indirectement par l'intermédiaire des ganglions sacrés.

En *avant*, chez la *femme*, c'est la *cloison recto-vaginale* qui s'infiltré, puis se perfore ; c'est beaucoup plus rarement l'utérus lui-même qui est envahi.

Chez l'*homme*, l'aponévrose prostatopéritonéale défend un certain temps la *prostate* contre l'extension du néoplasme ; la glande se prend ensuite ainsi que les *vésicules séminales*. L'infiltration peut s'étendre à la vessie, à l'urètre, aux uretères, amenant des lésions secondaires de cystite et de pyélo-néphrite ascendante.

Latéralement, la dégénérescence gagne le tissu cellulaire de l'échancrure sciatique, le plexus sacré et même les parois latérales du bassin. On cite une observation de coxalgie suppurée par perforation du cotyle (H. SMITH).

3° LE CANCER RECTO-SIGMOÏDE envahit le *péritoine*. Rarement une perforation brusque amène l'irruption de matières septiques dans un péritoine sain. D'ordinaire, des adhérences protectrices se forment ; elles effacent le cul-de-sac de Douglas ou tout au moins en diminuent la profondeur ; mais elles peuvent aussi amener la fusion du rectum avec une autre anse intestinale, disposition singulièrement fâcheuse au point de vue de l'intervention.

B. EXTENSION DISCONTINUE. — L'*infection ganglionnaire* est fréquente ; elle existerait dans la moitié des cas pour HILDEBRAND, bien qu'elle soit beaucoup plus rarement appréciable en clinique.

Rappelons en quelques mots la *disposition des lymphatiques du rectum*. Ils nous sont aujourd'hui bien connus, grâce aux recherches de QUÉNU¹ et à celles de GEROTA².

¹ QUÉNU. Vaisseaux lymphatiques de l'anus. *Bull. de la Soc. Anat.* Paris 1893, p. 399.

² GEROTA. Der ano-rectale Lymphapparat. *Berlin, Ak. Wissensch.*, 1895, XII, p. 236.

Cette disposition est à peu près calquée sur celle des vaisseaux sanguins : de même qu'il existe pour le rectum trois artères hémorrhoidales, il y a trois courants lymphatiques bien nets aboutissant à trois groupes de ganglions distincts.

Nous ne parlons que des lymphatiques de la muqueuse, les seuls qu'on ait pu injecter chez l'homme. Les lymphatiques qui naissent de la musculaire sont, dit GÉROTA, très faciles à injecter complètement chez le chien. Ils suivent le même parcours et aboutissent aux mêmes ganglions que les troncs lymphatiques d'origine muqueuse; il n'est donc pas nécessaire d'en faire une étude spéciale.

1° *Les lymphatiques de la région ano-cutanée* communiquent d'une part avec ceux des téguments voisins et d'autre part avec ceux de la muqueuse anale. Ils vont, suivant le pli génito-crural, aboutir aux ganglions inguinaux internes et au groupe des ganglions cruraux. Ce sont *les lymphatiques hémorrhoidaux inférieurs*.

2° *Les lymphatiques de la muqueuse anale* forment des troncs qui suivent les vaisseaux hémorrhoidaux moyens et vont aux ganglions situés à la bifurcation de l'artère hypogastrique. Ce sont *les lymphatiques hémorrhoidaux moyens*. QUÉNU signale quelques lymphatiques allant aux ganglions pelviens latéraux au niveau de l'échancrure sciatique.

3° *Les lymphatiques de la muqueuse rectale* ou *lymphatiques hémorrhoidaux supérieurs* forment des troncs qui suivent les branches terminales des vaisseaux hémorrhoidaux supérieurs; ils aboutissent à des ganglions échelonnés le long des vaisseaux, en particulier des veines du méso-rectum. GÉROTA les a très soigneusement étudiés et nous pouvons affirmer l'exactitude de sa description. Il existe sur les parties latérales du rectum, dans la partie non recouverte du péritoine, un certain nombre de ganglions; on en compte deux, six, huit depuis la hauteur de la pointe du coccyx jusqu'au point de réflexion du péritoine. Ils sont échelonnés le long des branches des vaisseaux hémorrhoidaux supérieurs et compris entre la gaine fibreuse du rectum et les fibres musculaires de cet organe auxquelles ils adhèrent. Ce ne sont pas des ganglions sacrés puisqu'ils sont à distance du sacrum.

GÉROTA n'a jamais trouvé sur la face antérieure du sacrum de ganglions recevant des lymphatiques des parois rectales; il est vrai de dire que les ganglions hémorrhoidaux supérieurs les plus élevés arrivent au contact du sacrum et peuvent être appelés ganglions sacrés; mais il n'en est pas de même en bas au niveau du coccyx, et là il n'existe aucun ganglion d'origine rectale appliqué dans la concavité sacro-coccygienne qui mérite le nom de ganglion sacré.

Mon ami le Dr Herbet a fait, cet été, à l'amphithéâtre des hôpitaux, des recherches nombreuses qui lui ont permis de contrôler la parfaite exactitude des descriptions de QUÉNU et de GÉROTA. Il insiste sur la richesse du réseau lymphatique qui au niveau des colonnes de Morgagni fait communiquer le réseau du territoire ano-cutané avec celui du territoire rectal. La communication est si facile qu'une seule piqûre faite au niveau de la marge de l'anus permet d'injecter non seulement les lymphatiques hémorrhoidaux inférieurs, mais aussi ceux de l'ampoule avec les ganglions correspondants. Ces ganglions sont d'une part quelques ganglions hypogastriques, inconstants, mais surtout les ganglions latéraux, ceux qui suivent les terminaisons des vaisseaux hémorrhoidaux supérieurs et que GÉROTA propose d'appeler *ganglions ano-rectaux*. Si l'infection cancéreuse suit la même marche, ces ganglions doivent être les premiers et les principaux atteints dans le cancer de l'ampoule.

Il est facile de comprendre maintenant comment se fait l'infection ganglionnaire dans le cancer du rectum.

Les ganglions inguinaux ne sont guère pris qu'en cas d'envahissement de la région anale, surtout dans les épithéliomes pavimenteux par conséquent¹. Ils sont tantôt petits, d'une dureté spéciale, tantôt au contraire volumineux, ramollis, quand une infection secondaire vient leur donner l'aspect ancéro-inflammatoire.

Dans le cancer de l'ampoule on trouve fréquemment des ganglions fixés entre le rectum et la face antérieure du sacrum. Ce

¹ CH. VIANNAY. De l'adénopathie inguinale dans le cancer du rectum. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1901, p. 481.

sont les ganglions qui suivent les branches hémorrhoidales supérieures, et sous la réserve que nous avons faite précédemment on peut les appeler ganglions sacrés. C'est que cliniquement la barrière anatomique représentée par l'aponévrose sacro-recto-génitale n'existe guère. Bientôt cette aponévrose est envahie et par son intermédiaire les ganglions adhèrent à la concavité sacrée. La masse ganglionnaire peut être énorme, soudant pour ainsi dire la face postérieure du rectum au sacrum ; elle peut remonter jusqu'au niveau du promontoire ; on rencontre même parfois des ganglions dans la région lombaire.

Les *ganglions latéraux* ou hémorrhoidaux moyens se prennent tardivement ; on ne les rencontre qu'exceptionnellement.

On a constaté des *adénopathies éloignées* dans le creux sus-claviculaire (ROUSSEAU, HARTMANN), dans l'aisselle (BALL), mais elles relèvent déjà d'une généralisation.

La *généralisation* est assez rare dans le cancer du rectum. On l'observe surtout au niveau du *foie*, qui tantôt est petit, avec des noyaux secondaires nombreux, plus rarement gros, infiltré dans sa totalité — au niveau du *péritoine* où les lésions peuvent être localisées ou généralisées. On l'a vue se produire encore dans le pancréas, la rate, les poumons, les reins, les capsules surrénales, les ovaires, dans le système osseux (FRITZMANN, HOCHENEGG). QUÉNU a constaté la généralisation cutanée.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

Au point de vue histologique, on distingue deux grandes variétés d'épithéliomes du rectum : les *épithéliomes pavimenteux*, et les *épithéliomes cylindriques*. QUÉNU et LANDEL¹ ont décrit récemment une troisième variété, plus rare, qui comprend les *épithéliomes à cellules muqueuses*.

I. ÉPITHÉLIOMES PAVIMENTEUX. — L'épithélium pavimenteux de la région anale en est le point de départ ordinaire, bien qu'ils puissent se développer aux dépens de l'épithélium rectal devenu anormalement pavimenteux par suite d'un travail d'inflammation chronique.

Ils peuvent être *lobulés* (à globes épidermiques) ou *tubulés* (sans globes épidermiques). Ils ont tendance à s'étendre en surface, sur les limites de la tumeur, tandis que de l'épithélium pavimenteux on passe très progressivement au tissu néoplasique, sans qu'on puisse déterminer facilement à quel point exact débute l'altération. « Jamais, disent QUÉNU et LANDEL¹, nous n'avons observé l'évolution cancéreuse de l'épithélium cylindrique au contact de l'épithélium pavimenteux. »

Les ganglions lymphatiques infectés reproduisent la structure de la tumeur initiale.

PILLIET et PASTEAU² ont présenté à la Société anatomique un cas d'*épithéliome de la muqueuse anale*.

II. ÉPITHÉLIOMES CYLINDRIQUES. — Ce sont les plus fréquents ; on en distingue deux variétés :

1° Les *épithéliomes typiques glandulaires* où la prolifération se fait à l'intérieur des glandes en tubes du rectum, d'où le nom de *cancers adénomateux* que leur a donné HAUSER. Les tubes sont

¹ QUÉNU et LANDEL. Étude d'un cancer du rectum à cellules muqueuses. *Annales de micrographie*, avril 1897, p. 145, et *Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1898.

² « Il s'agissait d'un épithélioma à globes épidermiques spéciaux, mous, s'étant propagé aux ganglions, et s'étant même généralisé dans le foie. Ce n'est pas le cancroïde à globes épidermiques cornés de la marge de l'anus ; c'est encore moins l'épithélioma des glandes en tube de la dernière portion du rectum. C'est une variété spéciale de tumeur qui a pour analogue l'épithélioma à cellules du type malpighien de la dermo-muqueuse de la portion vaginale du col utérin. Là se retrouvent les globes épidermiques mous par défaut de kératinisation, dans une tumeur qui n'est pas développée sur de la peau mais sur une muqueuse dermo-papillaire.

Le point de départ de cet épithéliome doit être placé dans la portion de tégument intermédiaire à la peau et au rectum, dans la *muqueuse anale*, qui présente précisément les caractères des dermo-muqueuses, avec un épithélium du type malpighien sans tendance à la kératinisation, ce qui explique la présence des globes épidermiques mous, avec des cryptes latérales qui expliquent la diffusion latérale dans le sphincter musculaire strié, des cellules épithéliomateuses dont elles sont l'origine. » (PILLIET et PASTEAU. *Épithélioma de la muqueuse anale*. *Bull. de la Soc. Anat.*, nov. 1897, p. 768.)