

occupera pas ici; il siège habituellement à une hauteur plus grande que l'autre et résulte de la propagation des carcinomes utérins. La plupart des cancers primitifs occupent la moitié inférieure du rectum; on y trouve les principales formes du carcinome et surtout l'épithélioma. Des recherches de CZERNY il résulte que 72 p. 100 des cancers du rectum appartiennent à l'épithélioma cylindrique. Quant à l'épithélioma lobulé, il prend d'ordinaire naissance au pourtour de l'anus et forme des nodosités qui s'enfoncent dans les tissus ambiants, envahissent le périnée. Les autres variétés du carcinome, le squirre, l'encéphaloïde, le cancer gélatineux se présentent ici avec leurs caractères ordinaires. Tous les carcinomes se forment aux dépens de l'épithélium de la muqueuse et de celui des glandes; les cavités kystiques colloïdes y sont assez communes.

DUPLAY admet deux formes de cancer du rectum, l'une circonscrite, l'autre diffuse; dans la première le produit morbide constitue des nodosités, des tubercules arrondis, des plaques, des tumeurs polypeuses à large base, souvent ulcérées à leur sommet; au contraire la forme diffuse tend à s'infiltrer dans l'épaisseur des tuniques et présente des bandes bleuâtres qui s'irradient dans diverses directions.

Qu'ils soient circonscrits ou diffus, les carcinomes offrent la même évolution; tous progressent excentriquement en envoyant çà et là des bourgeons sous-muqueux, en même temps qu'ils deviennent annulaires. Par le fait de leur accroissement en circonférence et en hauteur, ils diminuent le calibre de l'organe et peu à peu déterminent la formation d'un rétrécissement susceptible d'aller jusqu'à l'oblitération. Comme conséquences de cette affection, notons d'abord la dilatation mécanique de l'intestin au-dessus de la sténose, plus tard l'accumulation des matières et l'ulcération de la paroi. NÉLATON a en outre attiré l'attention sur un changement de direction du rectum déterminé par la présence de la tumeur.

A une période plus avancée le carcinome devient le siège d'un vaste ulcère sanieux à bords indurés, facilement saignant et qui sécrète un ichor d'une fétidité extrême. Par suite de son développement excentrique le cancer intéresse tôt ou tard les organes voisins, la prostate, la vessie, la cloison recto-vaginale chez la femme, et même les os. Le contact des matières avec l'ulcère provoque fréquemment des inflammations de voisinage et des fistules multiples. Le péritoine résiste longtemps à l'envahissement du néoplasme, puis il finit par se prendre.

L'adénopathie assez tardive, d'après ESMARCH, offre quelques particularités dignes d'intérêt; si le carcinome siège à l'anus, ce sont les ganglions inguinaux internes qui sont affectés, tandis que les néoplasmes à cellules cylindriques ou rectaux se propagent aux ganglions prévertébraux, lombaires, où ils forment insensiblement des masses volumineuses susceptibles de comprimer les veines et d'amener l'œdème des membres inférieurs. Enfin lorsque la cachexie survient, le néoplasme se généralise et des foyers métastatiques existent dans les principaux viscères.

Symptômes. — Pendant la première période, le carcinome du rectum est compatible avec une assez bonne santé. Quelques troubles fonctionnels légers,

des alternatives de diarrhée et de constipation, la sensation de pesanteur ouvrent la scène. Dans les formes dures, anales, la défécation est légèrement douloureuse. Viennent ensuite des souffrances vagues dans l'abdomen et le bassin, l'écoulement d'une certaine quantité de sang dans les selles. A mesure que la coarctation se prononce, les symptômes insidieux du début font place à des signes mieux caractérisés. La constipation devient opiniâtre, la douleur plus vive; le malade a presque constamment de faux besoins de défécation, des épreintes; les débâcles sont plus rares et précédées de ballonnement du ventre, de vomissements. La muqueuse s'ulcère au-dessus du rétrécissement, d'où la présence du sang et du pus dans les selles. A ce degré le carcinome commence à exercer une influence fâcheuse sur l'économie et les complications telles que l'obstruction intestinale, la péritonite par rupture de l'intestin, deviennent imminentes. Qu'on ajoute à cela l'épuisement, les violentes douleurs, la rétention d'urine, la propagation possible du néoplasme au plexus sacré, à la vessie, à la prostate, au péritoine, au périnée, l'éventualité des fistules stercorales, les œdèmes des membres inférieurs par compression des veines, et l'on se fera une idée encore bien incomplète de la triste situation des malades. Le repos devient impossible, les malheureux ne trouvent un peu de soulagement qu'en prenant les positions les plus bizarres. On conçoit que les carcinomes un peu volumineux puissent gêner l'accouchement, comme KALTENBACH en a rapporté un exemple; la femme mourut à la suite de l'opération césarienne.

Beaucoup de cancéreux succombent d'inanition ou victimes de quelque complication et la terminaison fatale arrive à une époque qui varie entre six mois et deux ans; exceptionnellement le malade survit quatre ans.

Diagnostic. — Il y a lieu d'établir une distinction entre l'épithélioma anal et le véritable cancer du rectum. Lorsque le cancroïde siège à l'anus, il est nécessaire pour le reconnaître d'explorer avec soin la région. Il se présente alors avec l'aspect d'une tumeur végétante, ulcérée, à base indurée, çà et là recouverte de bourgeons saignants, de croûtes adhérentes. Parmi les affections qui prêteraient à la confusion, signalons les ulcérations tuberculeuses, les végétations et les condylomes ulcérés qui se distinguent par l'absence d'induration à leur base, par leur apparition à un âge moins avancé, enfin par l'efficacité des traitements les plus simples. Les hémorroïdes qui forment un gonflement irrégulier ont une coloration bleuâtre spéciale, une turgescence intermittente, une mollesse que n'offre pas le cancroïde.

Il est rare que le carcinome du rectum soit reconnu à ses débuts, tout au plus peut-on en soupçonner l'existence; en effet ce sont les symptômes du rétrécissement qui attirent les premiers l'attention, et cette affection peut tenir à des causes multiples. Pour arriver à quelque précision, après s'être enquis des commémoratifs, après avoir appris que les selles sont irrégulières, difficiles, douloureuses, qu'il y a des alternatives de constipation et de débâcles, des pertes sanguines, le chirurgien explorera le rectum avec le doigt. C'est de cette façon qu'il arrivera à reconnaître l'étendue, l'épaisseur, la hauteur, la dureté, l'ulcération du néoplasme et qu'il acquerra des renseignements précieux sur ses connexions avec les organes voisins. Si le cancer inaccessible

au doigt siège très haut, on a conseillé de pratiquer le toucher et de se faire pousser le coude; d'autres préfèrent déprimer les intestins à travers la paroi abdominale. Enfin quelques praticiens ont eu recours au toucher manuel, procédé d'exploration dangereux parce qu'il expose à la rupture du péritoine; le simple examen digital exige une égale prudence pour la même raison. Le toucher ne donne pas toujours des renseignements très précis lorsque la tumeur forme une masse circulaire bourgeonnante, fongueuse, friable. L'exploration jointe à l'odeur fétide, *sui generis*, peut bien mettre sur la voie; de plus le doigt perçoit parfois une sensation spéciale analogue à celle du col utérin. Il faut être sobre des explorations rectales avec les sondes et les spéculums.

Dans l'état actuel de la science il est bien difficile de poser le diagnostic de la forme du carcinome; nous rappellerons seulement que les deux tiers des cancers profonds sont des épithéliomes cylindriques.

Pronostic. — La cure radicale du cancer du rectum paraissant jusqu'ici excessivement rare, le pronostic de l'affection est très fâcheux; la mort en est la terminaison fatale au bout d'un temps variable entre un et trois ans. Relativement à la variété du néoplasme, CZERNY admet que l'épithéliome à cellules cylindriques offre moins de gravité que les autres.

Traitement. — **Indications.** — Deux méthodes de traitement bien différentes se partagent la faveur des chirurgiens, l'une curative, l'autre palliative; la première a pour but d'extirper ou de détruire complètement la tumeur; la seconde, suivant l'expression de TRÉLAT, se propose « de prolonger l'existence en la rendant supportable ». Le traitement curatif semblait si rationnel que c'est à lui que les chirurgiens ont tout d'abord donné la préférence; telle est l'origine des procédés multiples d'exérèse qui encombrant les traités de pathologie. Peu à peu on s'aperçut que malgré les perfectionnements, beaucoup d'opérés mouraient et que les cancers récidivaient avec une ténacité désespérante. En Angleterre d'abord, en France ensuite on a insensiblement abandonné le traitement curatif pour faire une plus large place aux opérations palliatives, et en dehors de circonstances bien déterminées, c'est à ces dernières que VERNEUIL, TRÉLAT donnent la préférence. Ajoutons que les chirurgiens allemands continuent à extirper les tumeurs du rectum et semblent, grâce à la méthode antiseptique, obtenir des résultats qui méritent de fixer l'attention.

1° Traitement palliatif. — Il a pour but d'empêcher les troubles fonctionnels, de soutenir les forces du malade, d'assurer le libre écoulement des matières fécales, enfin de calmer les douleurs. Parmi les moyens les plus simples qui ne conviennent qu'au début, citons : les lavements huileux, les suppositoires, les préparations opiacées, les injections rectales, antiseptiques, hémostatiques, les bains de siège, le repos au lit. Les laxatifs doivent être prescrits avec précaution parce qu'ils sont douloureux et irritent la tumeur.

A côté de ces traitements se placent un certain nombre d'opérations qui n'ont pas une égale valeur. Rappelons pour mémoire la cautérisation et le raclage des cancers imaginé par RÉCAMIER. La dilatation lente avec des bougies ou des canules graduées est encore recommandée; mais outre qu'elle ne

produit ses effets qu'après un temps assez long, elle expose aux ruptures; à plus forte raison la dilatation brusque doit-elle être sévèrement proscrite. Les deux opérations palliatives par excellence sont : la rectotomie linéaire de VERNEUIL et la colotomie.

Rectotomie linéaire postérieure de VERNEUIL. — Cette opération consiste à sectionner le rectum et le sphincter dans toute la hauteur du néoplasme afin de lever l'étranglement, les phénomènes d'obstruction, et de soulager le malade. Pour cela il faut que le doigt puisse atteindre la limite supérieure du cancer. La section s'obtient à l'aide de l'écraseur ou du thermo-cautère si le néoplasme est très élevé; d'autres préfèrent enlever une bandelette en arrière au moyen de deux sections parallèles postérieures, réunies par une troisième transversale. Pratiquée dans les conditions que nous venons d'indiquer, la rectotomie fait cesser les accidents et procure au malade un bénéfice très sérieux. Elle n'accélère pas la marche du néoplasme, mais suivant TRÉLAT, la survie serait moins longue que par la colotomie. Ce n'est pas seulement une opération palliative, car elle agit en même temps comme traitement préventif des complications.

Colotomie. Anus artificiel. — En pratiquant cette ouverture artificielle le chirurgien peut se proposer deux buts différents : 1° prévenir l'obstruction intestinale, l'étranglement, les ruptures, la péritonite, les hémorragies, calmer les souffrances; 2° traiter l'une ou l'autre de ces complications et surtout l'obstruction. A cet effet le colon est ouvert au-dessus du néoplasme, soit dans la région inguinale gauche (*méthode de Littre*), soit au niveau du carré des lombes du même côté (*méthode de Callisen*). L'intervention est donc tout à la fois préventive, curative et palliative suivant le point de vue auquel on se place.

Au début, lorsque AMUSSAT (1839) préconisa la colotomie lombaire, l'opération était considérée comme une ressource ultime, et même à ce titre, malgré le succès, elle ne trouva pas grâce devant l'Académie de médecine; aussi fut-elle fort peu tentée en France, tandis qu'en Angleterre, en Amérique on lui fit meilleur accueil. DIARD, dans sa thèse, a pu réunir plus de cent (100) colotomies, dont quatre-vingt-dix (90) en Angleterre. Une réaction favorable s'est produite en France, principalement due à l'initiative de VERNEUIL et de TRÉLAT.

En 1884, au congrès de Copenhague, BRYANT a apporté les résultats de sa grande pratique. Sur soixante (60) colotomies lombaires pour cancers du rectum, vingt-six (26) cancéreux (43 p. 100) sont morts dans le premier mois, neuf ont vécu de deux à six mois, sept de six à douze mois; neuf de un à cinq ans, un de cinq ans et demi à quatorze ans. Cet habile opérateur conseille la colotomie dans les cas où l'extirpation est impossible et il pense qu'il ne faut pas attendre l'obstruction pour intervenir. De son côté STUDSGAARD a publié une statistique très favorable à la colotomie inguinale.

Les chirurgiens sont encore partagés sur le choix du procédé; les uns avec LITRE, RICHEL, VERNEUIL, TERRILLON, GAMGEE, STUDSGAARD, donnent la préférence à la colotomie inguinale, tandis que TRÉLAT, TILLAUX, LABBÉ, BRYANT et beaucoup d'autres s'adressent à la colotomie lombaire de Callisen. Elle n'offre point de très grandes difficultés si l'intestin n'a pas été vidé et donne un ré-

gime de selles plus régulier; de plus la mortalité opératoire n'est pas élevée.

Quand faut-il intervenir? La colotomie convient pour tous les cancers du rectum dont le doigt ne peut dépasser les limites et qui, par suite, ne sont pas opérables par les divers moyens d'exérèse, ni justiciables de la rectotomie postérieure. Dans ces conditions il faut la faire le plus tôt possible. Grâce à elle, les cancéreux sont susceptibles de reprendre une partie de leur santé et l'on a vu la survie dépasser deux ans (ARNOTT, TRÉLAT).

Traitement curatif. — L'extirpation est indiquée pour les épithéliomes de l'anus avant la période ganglionnaire, et s'ils sont mobiles, bien circonscrits; dès que le rectum est intéressé, les chances opératoires deviennent plus problématiques.

FAGET enleva une partie du rectum (1739). LISFRANC et beaucoup de chirurgiens étrangers ont conseillé et pratiqué l'extirpation de cet organe à une assez grande hauteur. L'opération est contre-indiquée toutes les fois que le néoplasme remonte au-dessus de 0^m,06 ou 0^m,07, ou encore lorsque les ganglions et les organes voisins sont envahis; seule exception doit être faite pour la cloison recto-vaginale chez la femme. Parmi les principaux procédés d'exérèse nous signalerons: 1° l'extirpation par l'instrument tranchant; 2° la ligature; 3° l'écraseur linéaire; 4° la ligature extemporanée; 5° l'anse galvanique. Nous renvoyons le lecteur aux traités de médecine opératoire pour l'exposé de leur mode d'emploi.

L'extirpation au bistouri comprend la dissection circulaire du rectum aidée par une incision verticale postérieure (LISFRANC, DENONVILLIERS); l'opération est terminée par une incision horizontale au-dessus du néoplasme, et la muqueuse est ensuite suturée à la peau. Bien que l'anse galvanique, l'écraseur, le thermo-cautère aient été substitués au bistouri, cette opération n'en expose pas moins à de redoutables accidents, tels que l'hémorragie, la cellulite pelvienne, la péritonite, la phlébite, la blessure des organes voisins. Si la réunion de la muqueuse à la peau échoue, on court le risque de voir se produire un rétrécissement annulaire; la récurrence est fréquente.

En France actuellement les chirurgiens sont peu partisans de l'intervention dans le cas de cancers du rectum. Cependant les résultats obtenus en Allemagne depuis l'emploi de la méthode antiseptique paraissent si avantageux, qu'il ne faut peut-être pas condamner l'intervention aussi radicalement que le veut TRÉLAT. MARCHAND trouvait, en 1873, une mortalité d'un quart; avant 1877, les décès en Allemagne oscillaient entre 40 et 50 p. 100; peu à peu la léthalité est descendue à 20 p. 100 (KOCHER, ESMARCH) et même 4 p. 100 (CZERNY); néanmoins sur vingt-cinq extirpations pratiquées par ce dernier chirurgien, quatorze fois (44 p. 100) le péritoine a été ouvert; six fois on l'a suturé et sur les cinq fois où on le laissa ouvert, une seule malade mourut de péritonite septique. Au congrès de Copenhague (1884), VOLKMANN s'est déclaré hautement partisan de l'extirpation dont les dangers ont beaucoup diminué; il pense que cette opération aura le sort de l'ovariotomie et reprendra un jour le rang qu'on lui dispute encore aujourd'hui.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU RECTUM

Bibliographie. — SABATIER, *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. V, 1774. — DUPUYTREN, *Clin. chir.*, t. IV, p. 149. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1848. — DEMARQUAY, *Revue de thérap. méd. chir.*, 1855, p. 24. — UHDE, *Arch. de Langenbeck*, 1867, t. IX. — GUERSANT, *Chirurgie des enfants*. — BÖCKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, n° 89. — VIDAL, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2^e série, t. IX, n° 5. Thèses de Paris. — 1835, LEPELLETIER. — 1872, BOUTIÉ. — 1880, DÉTOURBE. — 1882, JETTE.

Le prolapsus ou chute du rectum est un accident qui présente d'assez nombreuses variétés; dans les cas les plus simples, la muqueuse fait seule hernie à travers l'orifice tandis que dans d'autres le rectum avec ses trois tuniques s'échappe à travers l'anus. A la première forme les auteurs donnent le nom de *prolapsus partiel*, par opposition au *prolapsus complet* ou *invaginé* qui sert à désigner la seconde. Quoique ces deux affections soient anatomiquement bien distinctes, nous croyons devoir les confondre dans une même description en raison de la ressemblance de leurs symptômes.

Étiologie. — Assez commun aux deux âges extrêmes de la vie, le prolapsus rectal se rencontre plus rarement chez l'adulte; sur quatre mille (4000) affections du rectum, ALLINGHAM en relève cinquante-trois (53) observations. Parmi les causes que l'on a invoquées pour expliquer sa production chez l'enfant, les unes tiennent à l'état général, à la débilité, aux diarrhées, à la convalescence des pyrexies graves; localement toutes les circonstances qui ont pour effet d'amener l'atonie du sphincter prédisposent à la chute du rectum; GIRALDÈS faisait intervenir la laxité très marquée à cet âge du tissu cellulaire sous-muqueux et la direction verticale du rectum. D'autres influences ont moins d'importance, telles sont la présence des tumeurs de l'ampoule rectale, des polypes, des ascarides qui produisent le gonflement de la muqueuse et le ténisme: notons en outre le séjour prolongé sur les vases pendant les garde-robes, l'influence d'un phimosis adhérent, etc. Enfin E. BÖCKEL a constaté l'existence d'un rétrécissement congénital à la jonction de l'S iliaque et du rectum; les contractions intestinales et les matières pousseraient au dehors l'anneau constricteur et les parties sous-jacentes du rectum.

A l'âge adulte les mêmes influences agissent encore; mais il faut y ajouter la constipation opiniâtre, la dysenterie chronique, la paresse du sphincter, l'abus des lavements et des drastiques, l'existence d'hémorroïdes procidentes, les affections vésicales et prostatiques, l'influence de l'équitation, de la pédérastie. Signalons encore chez la femme, les affections utérines, les grossesses répétées. Quant à la chute du rectum chez le vieillard, elle résulte souvent de