

comme dans l'opération de Whitehead. Lorsque la muqueuse est dis-séquée, il en détache, à l'aide de petits ciseaux, toutes les ampoules veineuses; puis lorsqu'elle est bien nettoyée, il la réapplique et la maintient par quelques points de suture. Il n'y a ainsi aucune traction. On pourrait craindre que la muqueuse ainsi dépourvue de couche cellulo-vasculaire se sphacèle, mais Quénu ne parle pas de cet accident. Il va sans dire que ce procédé n'est applicable que dans les cas où la muqueuse n'est pas altérée.

Lorsque les paquets hémorroïdaires sont distincts, peu nombreux, et qu'entre eux la muqueuse est saine, j'excise séparément chaque paquet hémorroïdaire, et je réunis chaque petite plaie par une suture au catgut.

De toutes ces méthodes, la meilleure est la méthode destructive; et parmi les procédés de cette méthode, les meilleurs sont ceux qui permettent de faire la réunion par première intention. C'est donc l'exérèse au bistouri qui mérite la préférence.

Je ne vois qu'une contre-indication, c'est le sphacèle. Lorsque des hémorroïdes étranglées sont gangrénées, l'exérèse au bistouri expose à des accidents infectieux, la réunion par première intention échoue presque fatalement; il vaut mieux faire la destruction au fer rouge. L'attrail dramatique de Richet me paraît pour le moins inutile; le thermo-cautère est bien préférable.

Quand il n'y a que deux ou trois paquets d'hémorroïdes distincts, je fais l'excision de chaque paquet suivie de suture.

Quand les paquets sont nombreux et plus ou moins confondus, cette manière de faire ne trouve plus son application. Si la muqueuse est saine on a le choix entre l'opération de Whitehead et celle de Quénu. Si la muqueuse est altérée, s'il y a tendance au prolapsus, c'est celle de Whitehead, la résection de la muqueuse, qui est nettement indiquée.

III

TUMEURS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Le sujet de beaucoup le plus important de ce chapitre, c'est évidemment le cancer. Mais on observe aussi dans cette région d'autres tumeurs dont il faut connaître au moins succinctement l'histoire. Je décrirai successivement les tumeurs bénignes, puis les tumeurs malignes.

TUMEURS BÉNIGNES DE L'ANUS.

On peut rencontrer dans la région anale des tumeurs de toute espèce, lipomes, angiomes, fibromes, chondromes, sarcomes, etc.

Ces tumeurs ne présentent rien de spécial, et ne méritent pas de description particulière. Il est deux autres variétés qui prennent dans la région des caractères assez particuliers pour qu'il soit nécessaire d'en dire quelques mots: ce sont les condylomes et les végétations.

Condylomes. — On décrivait jadis sous ce nom les productions les plus variées, les condylomes vrais, les marisques, les plaques muqueuses hypertrophiques, et le résultat de cette confusion avait été de faire considérer les condylomes comme une manifestation de la vérole. C'était une erreur complète; les condylomes vrais n'ont rien de syphilitique. Ce sont de petits fibromes, ou, si l'on aime mieux, des molluscum dermiques qui sont engendrés par les irritations chroniques.

Ces petites tumeurs généralement ovoïdes, à grand axe antéro-postérieur, siègent de préférence en avant et surtout en arrière de l'anus. Elles apparaissent d'abord comme une petite saillie dans un des plis radiés, puis grossissent peu à peu jusqu'à acquérir le volume d'une noisette ou même d'une petite noix.

Elles sont complètement indolentes. Leur couleur ne diffère en rien de celle de la peau voisine. Sans être bien nettement pédiculées, elles sont cependant moins largement sessiles que les hémorroïdes ou les marisques. Fermes au toucher, elles ne se laissent nullement réduire par la pression. Développées dans le derme, elles font partie de la peau même, qui ne se laisse pas plisser à leur surface. Ces caractères suffisent à les distinguer des marisques avec lesquelles seules on pourrait les confondre.

Les condylomes n'ont aucune gravité. Une fois développés ils restent stationnaires. Mais parfois ils s'ulcèrent ou s'exulcèrent, suintent avec abondance, et entretiennent une irritation pénible de toute la région, érythème, démangeaisons, etc. Il est alors nettement indiqué de les enlever. Rien n'est plus simple, et ils n'ont aucune tendance à la récurrence.

Végétations. — Les végétations de l'anus sont des papillomes. Je n'ai pas à revenir sur leur anatomie pathologique que j'ai exposée dans le premier volume de ce *Traité* (Voy. t. I, p. 486).

Les opinions les plus singulières ont régné sur leur étiologie. On les appelait jadis mal de Saint-Fiacre, et Dionis nous dit qu'on les considérait « comme une suite du commerce infâme que les malades ont eu avec des hommes ». On les a regardés comme des produits syphilitiques, comme des produits blennorragiques. Melchior Robert s'est introduit des végétations sous le prépuce après en avoir irrité l'épiderme, sans s'inoculer ni la syphilis ni la blennorragie. On sait aujourd'hui qu'elles n'ont rien de blennorragique ni de syphilitique. Comme tous les papillomes ce sont des produits d'irritation banale.

Est-ce à dire que la blennorragie ne joue aucun rôle dans leur développement? En aucune façon. Le pus blennorragique, en irri-

tant la région, peut en déterminer la production; mais ni plus ni moins que n'importe quelle autre cause d'irritation.

Elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et cela s'explique par la facilité avec laquelle les sécrétions vaginales peuvent couler le long du périnée jusqu'à l'anus. La grossesse paraît avoir sur elle une influence considérable. Chez certaines femmes, elles progressent et résistent à tout traitement pendant la période gravidique, puis disparaissent avec facilité, quelquefois même spontanément, après l'expulsion du fœtus, pour se reproduire à une nouvelle grossesse.

Diday a remarqué que presque tous les porteurs de végétations anales avaient des verrues aux mains, ce qui lui a fait penser qu'elles pourraient se greffer. J'ai étudié cette question dans le premier volume de ce *Traité* et signalé un cas de greffe indiscutable. Je renvoie à ce chapitre pour tout ce qui concerne l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement (T. I, p. 486 à 496).

TUMEURS BÉNIGNES DU RECTUM.

Dans certains traités on décrit les végétations du rectum à côté des végétations de l'anus. Ces végétations sont une manifestation de la rectite proliférante, je n'ai pas à y revenir.

Les *adénomes* sont les seules tumeurs bénignes du rectum qui aient un intérêt pratique : les autres sont si exceptionnelles qu'il suffit presque de les énumérer à titre de curiosité.

Les *lipomes* tendent à se pédiculiser et à prendre l'apparence de polypes, ce qui donne à penser qu'ils naissent dans la sous-muqueuse. Ils peuvent s'enflammer, déterminer des accidents de rectite. Chose plus singulière, leur pédicule peut se rompre, et la tumeur devenue libre est expulsée spontanément. Les choses se sont ainsi passées dans les deux cas de Castelain et d'Avezou.

Les *enchodromes* n'existent sans doute pas, du moins à l'état de pureté. Dans les cas publiés, il y avait des culs-de-sac glandulaires au milieu du tissu cartilagineux. C'étaient des sortes de tumeurs mixtes analogues à celles de la parotide et du palais.

L'existence des *lymphadénomes* du rectum est encore plus douteuse.

Les *myomes* tendent à se pédiculiser et forment des polypes durs.

Les *angiomes* sont susceptibles d'entraîner des hémorragies considérables. Un malade de Barker a succombé à la perte de sang. Je ne sache pas que les angiomes du rectum puissent amener des rétrécissements, comme cela arrive sur l'intestin grêle. J'ai publié un cas de rétrécissement très étroit de l'iléon dû à un angiome caverneux.

Les *fibromes* sont excessivement rares et il n'est pas sûr qu'ils aient pour origine le rectum lui-même. Tillaux en a enlevé un qui s'insérait sur la face antérieure du coccyx.

Il en est de même des kystes dermoïdes, qui ne paraissent pas être des tumeurs rectales à proprement parler.

Quant au *fungus bénin*, ce n'est pas une tumeur. On désignait ainsi les bourgeons charnus exubérants qui se développent parfois sur le prolapsus.

Polypes. — Adénomes. — Toutes les tumeurs bénignes du rectum tendent à se pédiculiser, les lipomes, les fibromes, les myomes. Nous avons vu que les hémorroïdes elles-mêmes se pédiculisent au point de devenir procidentes. Il n'est donc point étonnant qu'on ait décrit des polypes de diverse nature, d'autant plus que ce mot polype n'a aucun sens précis et signifie tout simplement que la tumeur est pédiculée.

Mollière a distingué deux grandes espèces, les polypes durs et les polypes mous. Les polypes durs, ce sont des fibromes ou des myomes : ils sont fort rares et ne présentent rien de particulier. Les polypes mous, ce sont des adénomes, les seuls qui présentent un intérêt.

Quant aux polypes granuleux de Gosselin, aux tumeurs vilieuses des Anglais, il est bien difficile de dire à quoi ils correspondent exactement. Il en est de même des polypes papillaires. On a décrit sous ce nom des tumeurs recouvertes de prolongements, de villosités nombreuses et parfois très fines. Je n'ai jamais vu de tumeurs de ce genre, mais certaines coupes qui ont été publiées se rapportent incontestablement à des adénomes. Il est possible que d'autres faits se rapprochent davantage de ces épithéliomes relativement peu malins qu'on observe dans la vessie. De nouvelles études sont nécessaires sur ce point.

Les seuls polypes que je décrirai ici sont donc les adénomes. Les premières observations étaient restées éparses. Stolz les a réunies et leur a consacré en 1841 un mémoire qui a donné à cette affection droit de cité dans les traités de pathologie.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs ont généralement, chez les enfants surtout, un volume peu considérable, celui d'une noix ou d'une framboise. Elles peuvent cependant devenir plus considérables. On en a vu de grosses comme le poing et même comme deux poings.

Tantôt leur surface est absolument lisse comme celle d'une cerise, tantôt elle est mamelonnée comme celle d'une framboise. Leur couleur est d'un rouge intense et souvent on voit par transparence des vaisseaux dilatés.

Le caractère constant qui leur a valu leur nom, c'est d'être pédiculés. Le pédicule est formé par la muqueuse qui se réfléchit pour entourer toute la tumeur. Il est et ne peut être qu'unique. Smith a cependant publié un cas où il était double. La chose ne peut s'expliquer que par la formation d'adhérences secondaires.

La longueur du pédicule est en moyenne de 1 à 2 centimètres. Mais il peut être plus court, il peut être plus long. Son épaisseur est également variable et dans une certaine mesure proportionnelle à la longueur. Les pédicules courts sont habituellement gros, au point de rendre la tumeur presque sessile. Les pédicules longs sont grêles. En somme, la tumeur se pédiculise à mesure qu'elle vieillit, et à mesure que le pédicule s'allonge, il s'amincit au point qu'il peut se rompre spontanément. La tumeur devenue libre est expulsée dans un effort de défécation.

La constitution histologique de ces adénomes est simple et absolument calquée sur celle des polypes dits muqueux de l'utérus. Ils sont formés par des glandes plongées dans un stroma conjonctif. Les tubes glandulaires présentent trois modifications, ils sont allongés, élargis et ramifiés. Il est difficile de savoir si chacun de ces tubes glandulaires s'ouvre à la surface du polype ou s'ils sont clos. Quénu et Landel penchent vers cette dernière opinion.

La dilatation des culs-de-sac glandulaires est dans bien des cas assez considérable pour constituer de véritables kystes. Les cellules épithéliales qui tapissent ces glandes forment tantôt une couche unique, tantôt et plus rarement deux couches concentriques. Ce sont des cellules à plateau et des cellules mucipares. Quénu et Landel ont constaté que ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses que dans les glandes saines. Il n'y a rien là qui doive suspendre. Les cellules à plateau et les cellules mucipares ne sont pas d'espèces différentes. Les dernières ne sont qu'une modification des premières. Leur abondance indique simplement que l'évolution de l'épithélium glandulaire est un peu troublée dans les adénomes. Cependant, et c'est là un fait capital, ces cellules diffèrent peu des cellules normales de l'intestin. Quénu et Landel, qui ont étudié l'histologie fine des adénomes, ont relevé quelques légères différences, un polymorphisme un peu plus accentué, quelquefois une faible diminution du noyau. Mais ce sont là des nuances, et en somme les cellules épithéliales des adénomes se rapprochent bien plus des cellules épithéliales normales que des cellules des épithéliomes. Dans ces derniers, le polymorphisme est bien plus accentué, la proportion du protoplasma est diminuée, les noyaux sont très augmentés de volume; ils sont chargés de nucléoles et de grains chromatiques. Quénu et Landel ont très justement insisté sur ces différences importantes (1).

Au-dessous de l'épithélium se trouve la membrane propre sur laquelle il repose. Quénu et Landel disent ne l'avoir vue que d'une façon très inconstante, et contrairement à Cornil et Ranvier, ils ne lui attachent que peu de valeur. Je me rallie tout à fait sur ce point à

(1) QUÉNU et LANDEL, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1898 p. 481.

l'opinion de Cornil et Ranvier. La conservation de la membrane propre me paraît avoir une importance de premier ordre: j'aurai à y revenir à propos des épithéliomes.

Entre les tubes glandulaires se trouve le stroma conjonctif, en général peu dense, d'aspect réticulé ou fibrillaire. On y trouve souvent des fibres musculaires lisses.

La surface de la tumeur est recouverte de l'épithélium rectal. Normal au début, il subit des modifications quand la tumeur devient volumineuse. Parfois il disparaît et on ne le retrouve plus que dans les anfractuosités protégées contre les frottements. Dans d'autres cas, il se transforme en épithélium pavimenteux.

Étiologie et pathogénie. — Les adénomes polypeux du rectum sont incontestablement plus fréquents chez les enfants que chez les adultes. C'est surtout entre trois et quinze ans qu'on les observe. Certaines statistiques tendent à faire croire qu'ils sont plus fréquents chez les enfants du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin.

On a incriminé sans raison la tuberculose, la syphilis, l'arthritisme.

Stolz pensait que le prolapsus était une cause de polype. C'est le contraire qui est vrai. Les polypes, comme je l'ai précédemment exposé, sont une cause de prolapsus. Mais Stolz faisait aussi jouer un rôle à toutes les affections qui prédisposent à la chute du rectum, la diarrhée, la constipation, et je suis très disposé à accepter cette manière de voir. La diarrhée, la constipation sont des causes d'irritation du rectum, et je crois que toutes les irritations, de quelque nature qu'elles soient, sont capables d'engendrer des adénomes.

Belleli a trouvé dans un polype des œufs et des embryons de *Bilharzia haematobia*.

J'ai exposé mes idées sur l'origine inflammatoire des adénomes, dans le premier volume de ce traité; je ne puis y revenir ici en détail. Je me bornerai à faire remarquer que dans les rectites chroniques, autour des vieux ulcères, on trouve des lésions glandulaires identiques à celles des adénomes. Cette relation entre les inflammations chroniques et les adénomes est constante dans tous les viscères.

Il est vrai qu'on voit de temps en temps, dans le rectum comme ailleurs, des tumeurs dont la structure ressemble à celle des adénomes et qui se comportent comme des cancers; mais faut-il en conclure, comme on l'a fait, que les adénomes sont des tumeurs malignes. En aucune façon: cette conclusion n'est pas légitime. Qu'on donne à un histologiste même très expérimenté un muscle de gardon et un muscle de truite, il ne pourra pas les distinguer l'un de l'autre, mais il ne lui viendra même pas à l'idée de conclure qu'un gardon est une truite, ou une truite un gardon. Ce raisonnement prêterait à rire. C'est cependant le même que l'on fait quand on déclare que les adénomes sont des tumeurs malignes, parce qu'on observe de temps

en temps des tumeurs qui ressemblent aux adénomes et se généralisent. La seule conclusion qu'on puisse tirer de ces faits, d'ailleurs rares, c'est qu'il est difficile, avec nos moyens d'investigation actuelle, de distinguer des adénomes certains épithéliomes qui leur ressemblent. L'intérêt des recherches de Quénu et Landel, dont j'ai précédemment parlé, c'est précisément de nous mettre sur la voie de ces distinctions.

Symptômes. — Le début de l'affection est obscur comme celui de toutes les maladies rectales. Elle ne s'annonce que par une vague pesanteur, un peu de tension, une sensation de besoin qu'on ne peut satisfaire. Tous ces symptômes sont flous et manquent chez l'enfant. Chez l'adulte, ils sont parfois assez localisés pour que les malades rapportent leurs sensations pénibles à la vessie plutôt qu'au rectum.

Les déformations du bol fécal sont très rarement observées. Guersant disait que le polype y marquait une cannelure. Cela est possible, mais bien exceptionnel.

Dans certains cas, la rectite concomitante amène des pertes glaireuses. L'hémorragie peut même être le premier symptôme, et l'on cite la singulière histoire de cette enfant de huit ans que l'on crut prématurément réglée, jusqu'au jour où l'on constata que l'hémorragie se faisait par l'anus, et avait pour origine un polype du rectum.

Les adénomes restent longtemps stationnaires. Lorsqu'ils ont atteint un certain volume, il semble qu'ils n'ont plus que bien peu de tendance à augmenter. Mais ils se pédiculisent de plus en plus : leur pédicule s'allonge, il s'amincit, il peut même se rompre, et la tumeur devenue libre est éliminée avec les matières fécales. Cette guérison spontanée est bien rare. L'allongement du pédicule est souvent suffisant pour que la tumeur sorte par l'anus sans qu'il se rompe. Le polype devient procident. La procidence se produit au moment de la défécation ; chez certains sujets elle se fait à l'occasion du moindre effort et même sous la seule influence de la marche.

Lorsqu'elle se produit souvent, le pédicule peut entraîner la paroi rectale, et le polype engendre indirectement le prolapsus.

Les polypes procidents peuvent s'enflammer, s'ulcérer et devenir la source de suppurations fétides.

Diagnostic. — Aucun des symptômes fonctionnels n'a de valeur, ce n'est que par la vue ou le toucher qu'on peut faire le diagnostic.

Lorsque le polype est procident, on le voit au dehors sans aucun artifice, et il ne ressemble à rien d'autre. Le prolapsus n'est pas pédiculé, et il est muni d'un orifice qui conduit dans le canal intestinal. Les hémorroïdes sont multiples, le pédicule est plus gros par rapport à la tumeur. Il ne saurait donc y avoir de difficulté sérieuse en cas de procidence.

Quand la tumeur n'est pas procidente, elle peut parfaitement échapper au toucher. Comme elle est très mobile, elle fuit devant le doigt qui la refoule sans la sentir. Giraldès conseillait, pour éviter cette mésaventure, d'introduire d'emblée le doigt aussi haut que possible en suivant la paroi antérieure du rectum, puis d'explorer en ramenant le doigt de haut en bas. Chassaignac a proposé d'employer un petit ballon de caoutchouc. On l'introduit vide dans le rectum, on le gonfle en place, et quand on le ramène gonflé, il entraîne avec lui le polype. Cet artifice est généralement inutile. Avec quelques précautions, on peut sentir le polype avec le doigt ; on en fait le tour, on reconnaît son pédicule, et c'en est assez pour faire le diagnostic. Si d'ailleurs on avait des hésitations, le spéculum Ani fournirait des renseignements bien plus précis que le ballon de Chassaignac.

Le diagnostic est donc en somme facile. Quant à reconnaître un adénome d'un fibrome, ou d'un myome pédiculé, cela n'a pas grande importance. Les adénomes étant beaucoup plus fréquents, c'est à eux qu'on doit penser d'abord. Ce n'est que si on trouvait chez un adulte un polype très dur, qu'on pourrait soupçonner l'existence d'un fibrome ou d'un myome.

Mais il est une autre cause d'erreur de diagnostic, singulièrement rare, il est vrai, mais aussi singulièrement fâcheuse. Certaines tumeurs malignes tendent à se pédiculiser. A la vérité, le pédicule n'est jamais aussi mince que celui des adénomes. Cependant, l'hésitation est possible. Un malade de mon maître Trélat avait ainsi une tumeur du volume d'une pomme, pédiculée, mais à gros pédicule. Le diagnostic était incertain. On fit l'extirpation, qui fut facile. L'examen histologique parut très satisfaisant, et fit conclure à un adénome. Néanmoins la tumeur a récidivé sous forme d'un épithéliome très malin auquel le malade a succombé. Chez l'enfant, cette cause d'erreur n'existe pas, et le diagnostic est très facile. Mais chez l'adulte, quand le pédicule n'est pas bien net, il faut être réservé sur le pronostic.

Traitement. — Il n'y a qu'un traitement des polypes du rectum, l'extirpation. Mais il y a plusieurs moyens de la pratiquer.

Dans certains cas, le pédicule est si mince qu'il se rompt pendant l'examen, ou sous l'influence d'une légère traction. L'arrachement est alors une excellente méthode. Mais lorsque le pédicule est résistant, lorsqu'il faut exercer des tractions énergiques, ou faire une torsion prolongée, je crois que la méthode est mauvaise, parce qu'elle décolle la muqueuse et expose aux hémorragies.

L'écrasement linéaire, la cautérisation sont justement abandonnés.

Allingham saisissait le pédicule avec un clamp qu'il laissait vingt-quatre heures en place. Ce clamp doit être singulièrement pénible.

La ligature consiste à étreindre le pédicule dans un fil qui amène le sphacèle de la tumeur. Elle est souvent difficile à placer, elle est

douloureuse, elle agit lentement. On se demande vraiment pourquoi on emploierait aujourd'hui une telle méthode.

Il est bien plus simple, en s'aidant du spéculum Ani, de sectionner le pédicule, soit avec le thermocautère, soit d'un coup de ciseaux. Si la surface de section saigne, on pince les vaisseaux, ou, mieux, on place un ou deux points de suture profonds qui font en même temps l'hémostase et la réunion.

TUMEURS MALIGNES.

Les idées anciennes sur les tumeurs malignes de l'anus et du rectum étaient si confuses, que les travaux des chirurgiens du commencement du siècle sont pour nous presque incompréhensibles. C'est l'anatomie pathologique qui a éclairé ce chaos. Elle a montré que presque toutes les tumeurs malignes du rectum sont des épithéliomes.

Les sarcomes sont de rares exceptions et ils sont très mal connus. Je ne leur consacrerai donc qu'une courte mention.

SARCOMES.

Les sarcomes du rectum sont ou primitifs ou secondaires.

Les sarcomes secondaires n'ont aucun intérêt chirurgical. Tantôt le rectum est envahi directement par une tumeur développée dans son voisinage. Tantôt ce sont des noyaux emboliques dus à la généralisation d'une tumeur lointaine, qui se développent dans son épaisseur. Dans ce dernier cas, les noyaux peuvent être multiples.

Les sarcomes primitifs sont plus intéressants, mais beaucoup des cas publiés se présentent avec un caractère étrange, et il faudrait un sérieux travail de révision, il faudrait surtout des observations nouvelles pour fixer nos connaissances sur ce point.

Grenet décrit une forme diffuse, mais l'observation qu'il donne ressemble singulièrement à une rectite hypertrophique proliférante et sténosante.

Les formes circonscrites sont moins suspectes. Du Castel a décrit un sarcome de l'anus qui avait été pris pour une ulcération syphilitique.

Les observations de sarcomes du rectum peuvent se grouper dans deux catégories différentes. Dans certains cas, il s'agit de tumeurs sessiles, bourgeonnantes, qui sont prises pour des épithéliomes. Cliniquement, l'identité est complète; c'est seulement l'examen histologique qui révèle l'erreur.

Dans d'autres cas, au contraire, il s'agit de tumeurs pédiculées, ou même procidentes, de véritables polypes. Mais ils sont durs et on les prend pour des polypes fibreux. L'histologie montre qu'il s'agit de sarcomes ou plutôt de fibro-sarcomes, c'est-à-dire de tumeurs d'une malignité moindre que les précédentes.

Les *mélano-sarcomes* se présentent aussi avec un caractère d'étrangeté. Il faut bien reconnaître d'ailleurs que nous ne savons rien de précis sur les tumeurs mélaniques en général.

Brener a réuni 7 cas de mélanosarcomes de l'anus et 10 du rectum.

Un premier caractère particulier, c'est qu'en général il s'agit de fibrosarcomes, tandis que d'ordinaire les sarcomes mélaniques sont embryonnaires. En outre, ceux du rectum sont souvent pédiculés et peuvent devenir procidents.

Quelquefois il y a des tumeurs multiples, si bien qu'on pourrait se demander s'il ne s'agit pas de végétations de rectite, envahies secondairement par la mélanine, d'autant plus que ces tumeurs ne se généralisent pas, et qu'on ne trouve pas de pigment dans l'urine.

Dans le cas de Tuffier, où la tumeur primitive était peut-être un adénome, il y avait un ganglion mélanique dans le pli de l'aîne, et cependant le malade a bien guéri.

Encore une fois, tout cela est très obscur. Tout ce qu'on peut en retenir, c'est que le pronostic des mélanosarcomes du rectum est relativement favorable.

Cliniquement ils sont faciles à reconnaître, grâce à leur couleur.

Le seul traitement qui convienne est l'extirpation.

EPITHÉLIOMES.

Les vrais cancers ano-rectaux sont des épithéliomes. Ils ont été l'objet d'innombrables travaux depuis Lisfranc, qui le premier a apporté quelque clarté dans la confusion antérieure. Depuis quelques années, c'est sur le traitement qu'a porté le principal effort des chirurgiens. Toutefois Quénu s'est appliqué à préciser l'anatomie pathologique et nous a fourni de nombreux documents.

Anatomie pathologique. — Certains épithéliomes sont généralisés à toute l'étendue de l'anus et du rectum; c'est l'exception. En général ces tumeurs n'occupent qu'une région limitée et on peut en distinguer plusieurs formes d'après leur topographie. Ce sont :

1° Le cancer anal, cancer sphinctérien de Finet, qui peut bien s'étendre à la partie inférieure de l'ampoule, mais sans remonter à plus de quelques centimètres.

2° Le cancer ampullaire, le plus fréquent de tous, qui respecte le sphincter en bas et ne remonte pas à plus de 7 ou 8 centimètres de l'anus.

3° Le cancer sus-ampullaire, qui porte sur la portion péritonéale du rectum.

4° Quénu décrit une quatrième variété, le cancer recto-sigmoïde, qui siège sur la portion la plus élevée du rectum et sur l'anse sigmoïde. Je m'occuperai peu de cette dernière variété. Ce n'est plus, au point de vue clinique ni au point de vue opératoire, un cancer du

rectum. La tumeur est inaccessible au toucher et ne peut être abordée chirurgicalement que par l'abdomen.

Forme. — Étudions maintenant la forme macroscopique du cancer, indépendamment de son siège. Dans les statistiques d'autopsie, on voit que le cancer rectal est souvent annulaire, et Quénu estime à 70 p. 100 la fréquence de cette forme. Il me semble que la question est ainsi mal posée. Il est possible que chez les individus qui meurent de cancer du rectum, la tumeur soit souvent annulaire, mais elle l'est devenue secondairement, elle ne l'était pas primitivement. Les cancers primitivement annulaires sont l'exception. La tumeur débute soit en avant, soit en arrière, plus rarement sur le côté. Mais dans bien des cas, elle a plus de tendance à se développer horizontalement que verticalement : c'est par suite de ce développement dans le sens horizontal, qu'elle prend d'abord la forme d'un croissant et qu'elle devient circulaire dans les phases ultimes.

Les épithéliomes du rectum, comme ceux des autres régions, se présentent sous deux formes : l'une tubéreuse ou végétante, et l'autre interstitielle ou infiltrée.

Au début, dans la forme *tubéreuse*, il existe une tumeur nettement saillante, mais largement sessile et à bords mal circonscrits. A cette période, que l'on peut qualifier de *préulcéreuse*, la consistance est ferme ; la surface, de forme plus ou moins régulière, est recouverte de muqueuse. Celle-ci devient très rapidement adhérente.

A la période d'*ulcération*, le volume, la consistance et la forme de la tumeur sont profondément modifiés par le bourgeonnement rapide des végétations néoplasiques. Celles-ci, volumineuses, irrégulières, se branchent les unes sur les autres dans toutes les directions et donnent à l'ensemble l'apparence d'une tête de chou-fleur.

Ces végétations molles se laissent effriter sous le doigt et saignent abondamment.

Dans la forme *interstitielle* ou *infiltrée*, il n'y a pas de tumeur saillante, mais des sortes de plaques infiltrées dans la muqueuse, plaques d'étendue et de forme variables, dont les bords sont tout à fait diffus. L'ulcération se fait sous forme de fissures ou de sillons, qui parfois se réunissent pour former des anfractuosités plus vastes. Dans d'autres cas, la surface ulcérée est presque lisse, recouverte seulement de petits mamelons, bien différents des végétations exubérantes de la forme tubéreuse.

Dans la forme *massive*, non seulement l'extension en surface est considérable, mais aussi l'extension en profondeur. Toute l'épaisseur du rectum est prise en masse et la lésion est fréquemment circulaire. Il en résulte des rétrécissements. On a cité des cas (Luys) où la tumeur avait 8 à 10 centimètres de long et où l'orifice laissé perméable atteignait à peine le volume d'une plume d'oie.

A ces trois formes on pourrait ajouter la variété atrophique de

Vidal de Cassis. Dans cette forme il n'y a pas de tumeur à proprement parler. Comme dans le cancer atrophique du sein et de la langue, le néoplasme amène plutôt une diminution de volume des tissus. Dans le rectum, cette diminution de volume a pour conséquence un rétrécissement. Les cancers atrophiques peuvent n'avoir qu'une très faible hauteur ; ils ont alors l'aspect d'une virole qui enserre l'intestin. D'où leur nom de *cancer en virole*.

Évolution. — A l'anus, les épithéliomes *végétants* se présentent sous forme de gros choux-fleurs suintants, saignants, baignés par un liquide ichoreux et fétide. Dans quelques cas, les végétations qui constituent la masse arborescente sont pâles, œdémateuses et peu vasculaires. Cet aspect particulier correspond à une variété histologique spéciale, l'épithéliome colloïde.

Dans la forme infiltrée, le néoplasme envahit les parois du canal anal et les rend rigides. L'anus devient alors incontinent, parce que le sphincter, infiltré et durci, ne peut plus se contracter. Il peut être en même temps trop étroit, parce que l'orifice, rendu rigide, ne peut pas se dilater.

Dans sa marche envahissante, le cancer de l'anus se propage, soit du côté de la *peau*, soit du côté du creux ischio-rectal.

L'extension cutanée se fait par propagation aux lymphatiques ; il se produit une lymphangite cancéreuse avec retentissement rapide sur les ganglions inguinaux. Tantôt la lymphangite cancéreuse est continue et se manifeste sous forme de traînées, de cordons durs, tantôt elle est discontinue. On trouve alors des noyaux multiples et distincts enchâssés dans la peau. C'est le pendant du cancer pustuleux du sein.

La propagation du cancer au creux *ischio-rectal* peut se faire suivant deux modes bien différents. Dans l'un, les choses se passent comme pour la peau, l'envahissement se fait par la voie lymphatique ; dans l'autre, il se produit des abcès qui s'ouvrent soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, et ce sont les parois, la cavité une fois vidée, qui sont envahies par le néoplasme et deviennent cancéreuses.

Nous avons noté l'envahissement *ganglionnaire*, consécutif à la lymphangite cancéreuse. Mais il faut bien savoir que l'adénopathie peut exister, alors même que la lésion paraît localisée. Là comme ailleurs, les cellules cancéreuses peuvent cheminer dans les lymphatiques sans s'y greffer, et coloniser seulement dans les ganglions. Les premiers atteints sont ceux du pli de l'aîne.

Le cancer de l'ampoule rétrécit dans certains cas le calibre intestinal ; dans d'autres, il peut faire croire à un rétrécissement qui n'existe pas. Cela s'observe surtout lorsque la tumeur, en envahissant d'une manière inégale et irrégulière les parois rectales, amène des changements dans la direction du rectum.

L'extension du néoplasme se fait non seulement en surface,