

mais aussi en profondeur. Né dans la muqueuse, il infiltre les différentes tuniques. La couche musculaire, hypertrophiée et épaissie dans certains endroits, est envahie et détruite dans d'autres. C'est par ces brèches que va se refaire la propagation aux organes voisins.

Chez la *femme*, le vagin est fréquemment envahi par les cancers de la partie antérieure. La cloison recto-vaginale est infiltrée. Le vagin lui-même devient adhérent. Sa paroi est fusionnée avec la tumeur, elle en fait partie. Puis, par les progrès de l'ulcération, elle est finalement détruite. Ainsi se forment de vastes fistules recto-vaginales, horrible cloaque par où passent les matières fécales ; et il arrive qu'en pratiquant le toucher rectal, on sente le col de l'utérus saillant dans la lumière de l'intestin.

Chez l'*homme*, l'envahissement de la prostate, de la vessie, de l'urètre, est plus rare que l'envahissement du vagin chez la femme : l'aponévrose prostatopéritonéale offre une sérieuse résistance à l'infiltration néoplasique.

Quénu a cité des cas où la prostate était adhérente sans être envahie. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait simplement d'adhérences inflammatoires ; l'aponévrose prostatopéritonéale avait formé barrière et arrêté l'expansion du néoplasme.

Il n'en est pas toujours ainsi : l'aponévrose peut être perforée et la prostate envahie. Dans un cas de Quénu, elle avait le volume d'une orange. Les vésicules séminales peuvent être atteintes aussi et même le bas-fond de la vessie. Si ce dernier est détruit par l'ulcération, les matières fécales et l'urine se mêlent dans le rectum et dans la vessie.

Lésions communes aux deux sexes. — Voyons maintenant les lésions secondaires communes aux deux sexes. Il n'est pas très rare que la tumeur elle-même ou les ganglions compriment l'uretère. Leube a signalé un cas où cette compression avait déterminé de l'hydronephrose. Il est plus rare que l'uretère soit envahi par le néoplasme. Cela cependant peut arriver. Dans le cas de Fayard, il présentait deux petites tumeurs grosses comme des noisettes.

La propagation au cul-de-sac *péritonéal* est excessivement rare ; la résistance qu'oppose la séreuse au néoplasme est considérable, et l'on a pu constater, dans certains cas, que son mince feuillet était la seule barrière qui restait entre la cavité péritonéale et celle du rectum.

Le plus souvent il se forme des adhérences et le cul-de-sac est oblitéré. A mesure que la tumeur progresse, les adhérences se font au-dessus d'elle, de proche en proche, et la cavité péritonéale est ainsi protégée. Parfois une anse intestinale est prise dans ces adhérences. C'est là une complication presque impossible à prévoir et qui est singulièrement gênante au cours d'une opération. L'anse adhérente peut être envahie par le néoplasme, perforée elle-même de

telle sorte qu'il se produit une fistule qui la fait communiquer avec le rectum, une fistule iléo-rectale.

Le cancer peut se propager directement aux os par extension progressive de la tumeur ; mais il est plus fréquent d'observer l'envahissement du *sacrum* et du *coccyx* à la suite de l'adénopathie cancéreuse. Les ganglions, d'abord mobiles, deviennent adhérents aux os, et le néoplasme progressant dans ces adhérences envahit le squelette.

H. Smith a signalé un cas où un trajet fistuleux réunissait le rectum à l'*articulation coxo-fémorale*. Il s'était produit de même dans une observation de Longuet une coxalgie supprimée.

Extension discontinue. — Dans les cancers qui portent sur la région anale, ce sont les ganglions inguinaux qui sont envahis.

Dans les cancers du rectum proprement dit, et surtout dans les cancers bas situés, les cancers ampullaires, ce ne sont pas seulement, comme on le disait, les ganglions sacrés et lombaires qui sont pris, mais aussi les ganglions de la gaine hypogastrique, ceux qui correspondent aux lymphatiques hémorroïdaux supérieurs.

En général, comme dans toute adénopathie cancéreuse, les ganglions sont durs, indolents, mobiles les uns sur les autres. Mais il arrive pour les cancers du rectum, comme pour ceux de la bouche, que des infections secondaires, banales, modifient complètement les caractères de l'adénopathie. Sous l'influence de l'inflammation, les ganglions augmentent énormément de volume, ils se ramollissent, contractent des adhérences les uns avec les autres. Ces *adénopathies cancéro-inflammatoires* forment des tumeurs énormes, perceptibles à la palpation abdominale et qui ont fait faire de grosses erreurs de diagnostic.

Tels sont les caractères de l'adénopathie de voisinage qu'on pourrait appeler l'adénopathie directe. Mais on observe quelquefois des adénopathies *lointaines*, indirectes. Rousseau a signalé un cas d'adénopathie sus-claviculaire. Hartmann a publié un cas du même genre avec vérification histologique. Ball a même vu une adénopathie du creux de l'aisselle. Ce fait est plus singulier et se rapproche des cas de généralisation.

Généralisations. — Il peut y avoir chez les individus qui meurent de cancer du rectum des noyaux secondaires dans divers organes. Mais cela n'est pas constant. Dans bien des cas, la phase de généralisation manque et l'épithélioma rectal tue sans se généraliser.

Le *foie* est le viscère le plus souvent atteint. Tantôt il est très augmenté de volume, mais ne présente pas de noyaux cancéreux bien distincts ; tantôt il est *petit* et dur, mais parsemé de *noyaux secondaires* très nets.

L'extension au *péritoine* n'est pas fréquente. Tantôt l'envahissement est limité à la portion du péritoine voisine du néoplasme, tantôt au contraire toute la surface de la séreuse est semée d'une

multitude de noyaux. C'est ce qu'on appelle la *carcinose péritonéale diffuse*.

On a noté également l'envahissement d'autres organes tels que les *poumons*, les *plèvres* où la tumeur est souvent accompagnée d'un épanchement séreux. L'*ovaire* et le *pancréas* sont plus souvent atteints que la *rate* et le *rein* avec ses capsules surrénales. Les noyaux cutanés sont tout à fait exceptionnels.

Les os, en dehors des propagations directes du sacrum et du coccyx, sont rarement envahis. On peut cependant observer des fractures spontanées. Fritzmann a vu une fracture du fémur et Hoehenegg une fracture du col de cet os.

Histologie. — Les cancers ano-rectaux appartiennent à deux grands types histologiques, les épithéliomes pavimenteux et les épithéliomes cylindriques. A ces deux grands types il faut ajouter une modalité spéciale, les épithéliomes colloïdes.

Les épithéliomes *pavimenteux* se développent dans la région anale, où l'épithélium est normalement pavimenteux. Il ne sont pas cependant spéciaux à cette région. Quénu a fait remarquer que le rectum, lorsque son épithélium normal a été transformé par une inflammation chronique en épithélium pavimenteux, pouvait devenir l'origine d'épithéliomes de cette sorte. Leur structure ne diffère en rien de celle des cancers de la langue ou du col de l'utérus. On trouve les deux variétés : tubulée et lobulée. Je ne les décrirai pas, je me borne à rappeler que cette forme a plus de tendance à s'étendre en surface vers le périnée qu'à envahir le rectum.

L'épithélioma *cylindrique* est la forme habituelle des cancers rectaux. Il se présente sous deux aspects différents qui peuvent d'ailleurs être associés : l'épithélioma à forme glandulaire ou carcinome adénomateux de Hauser, et l'épithélium atypique ou carcinome. Le premier est formé de tubes glandulaires irréguliers, qui s'anastomosent entre eux, poussent des végétations dans tous les sens, formant par places de petits kystes. Certains de ces épithéliomes à évolution maligne ressemblent histologiquement à des adénomes (Voy. p. 529). Quénu et Landel se sont appliqués à chercher dans les cellules épithéliales elles-mêmes des caractères qui permettent de distinguer les adénomes des épithéliomes qui leur ressemblent. Dans l'adénome il y a, d'après eux, des cellules mucipares en grand nombre, tandis que dans l'épithéliome ces éléments tendent à disparaître. La multiplication des noyaux est bien plus rapide et plus abondante dans les épithéliomes. En outre, il y a dans ces derniers une véritable hypertrophie des noyaux et de la substance chromatique. La proportion du protoplasma et des noyaux est modifiée; enfin les cellules sont bien plus irrégulières. Sans doute ces caractères distinctifs sont encore fragiles, mais il n'y en a pas moins là des recherches du plus haut intérêt et d'une orientation très rationnelle. Je ne doute pas qu'en poursuivant

dans ce sens, on arrive à préciser les différences qui ne peuvent manquer d'exister entre les épithéliomes et les adénomes.

Il est un autre point sur lequel je ne puis accepter l'opinion de Quénu et Landel. Pour eux, la membrane basilaire persisterait dans certains épithéliomes. Cette membrane est la barrière entre l'épithélium et le tissu conjonctif. Or, la caractéristique des tumeurs épithéliales, c'est, à mon avis, l'ectopie des cellules épithéliales dans le mésoderme (Voy. t. I, p. 639). Si la membrane basilaire persistait, comment les cellules épithéliales pourraient-elles pénétrer dans le tissu conjonctif, dans les espaces lymphatiques. Je ne mets pas en doute que Quénu et Landel aient observé la persistance de la membrane basilaire dans les coupes qu'ils ont étudiées, mais cette membrane avait été certainement détruite dans d'autres points qui leur ont échappé. C'est une nécessité. Sans quoi l'adénopathie ne pourrait se produire.

L'autre forme d'épithéliome malin est le carcinome, l'épithéliome atypique. Il a la même structure que tous les épithéliomes cylindriques. On y trouve des alvéoles mésodermiques renfermant des cellules épithéliales d'un polymorphisme extrême. Comme partout, la proportion relative du tissu conjonctif et des cellules épithéliales modifie beaucoup les caractères de la tumeur. Si le tissu conjonctif est peu abondant, si les cellules épithéliales prédominent, la tumeur est molle, c'est le cancer médullaire ou encéphaloïde, dont la marche est rapide et la malignité plus grande. Quand, au contraire, le tissu conjonctif est très développé et les cellules épithéliales peu abondantes, la tumeur est dure : c'est la forme squirrheuse, dont la marche est moins rapide, et moindre la tendance à la généralisation.

Les épithéliomes *colloïdes* ou cancers à cellules muqueuses ont longtemps été regardés comme dus à une transformation régressive d'un épithéliome à cellules cylindriques. Il s'agit en réalité d'une variété spéciale. Les cellules muqueuses ne sont nullement des cellules de régression, et on les retrouve avec les mêmes caractères dans les ganglions envahis par le néoplasme.

D'après Quénu et Landel, les cancers colloïdes pourraient se développer aussi bien aux dépens de l'épithélium pavimenteux que de l'épithélium cylindrique. J'ai opéré un cancer colloïde de l'anus, mais je ne saurais affirmer qu'il avait pris naissance dans l'épithélium pavimenteux.

Les cancers colloïdes paraissent avoir moins de tendance que les autres à s'ulcérer. Luys a signalé un cas où la mort par généralisation est survenue sans que la tumeur primitive présentât la moindre ulcération.

Étiologie. — Le cancer rectal est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. On l'observe rarement avant l'âge de quarante à soixante ans; cependant on en a signalé un cas chez un jeune garçon

de douze ans. J'ai vu moi-même un cancer colloïde chez un jeune homme de dix-huit ans.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes du *début* sont malheureusement fort obscurs. Ce sont, comme dans toutes les affections du rectum, quelques vagues sensations anormales, sentiment de gêne ou de pesanteur dans le petit bassin, faux besoins, coliques sèches, légères douleurs pendant la défécation. Quelquefois à ces phénomènes se joint une poussée hémorroïdaire qui, en paraissant expliquer les sensations anormales, vient encore retarder l'heure du diagnostic.

Parfois ce sont les *troubles fonctionnels* qui attirent les premiers l'attention; la *diarrhée* initiale ne serait pas rare, d'après Ball. Mais la constipation est plus habituelle, surtout dans les cancers haut situés. Quant aux modifications de la forme des matières, j'ai déjà eu occasion de dire qu'on l'observe bien rarement.

On a noté quelquefois la perte de la sensibilité rectale. Les malades se plaignent de rendre des matières, alors qu'ils croient n'émettre que des gaz.

Dans d'autres cas, ce sont les hémorragies qui constituent le premier symptôme. Tantôt la perte de sang est minime, le bol fécal est taché de quelques gouttes. Tantôt c'est une hémorragie abondante qui survient brusquement et sans cause, en pleine santé.

Enfin, dans une quatrième forme, il n'existe aucun symptôme local, le cancer est latent. Ce sont les altérations de l'état général qui ouvrent la scène. Le malade maigrit, s'affaiblit, prend une teinte cachectique. On soupçonne l'existence d'un cancer viscéral sans que rien vienne révéler son siège.

A la période d'état, la symptomatologie s'accroît, les troubles fonctionnels sont caractérisés par des *alternatives de diarrhée* et de *constipation*. Il faut à ce point de vue distinguer deux types.

Dans certains cas, la *constipation* est le phénomène dominant. Le malade est souvent tourmenté par de faux besoins, mais il s'efforce en vain d'expulser des matières; ses tentatives n'ont d'autre résultat que l'issue d'une sanie infecte. Quelquefois, l'écoulement de pus devient permanent. Mais la constipation reste opiniâtre. L'arrêt des matières peut durer pendant plusieurs jours, quinze ou vingt dans certains cas. Et cependant, le tableau dramatique de l'occlusion intestinale ne se complète pas. Le ventre se ballonne, mais faiblement; il y a de l'inappétence, parfois des nausées, mais pas de vomissements, et surtout pas de vomissements fécaloïdes. Il y a obstruction, mais non occlusion, les gaz filtrent, et la crise se termine par une effroyable débâcle diarrhéique.

Il y a cependant des cas où l'occlusion se complète, sans que pour cela le néoplasme soit par lui-même obturateur. Les matières accumulées et comprimées finissent par fermer tout passage; même

dans ces cas plus menaçants, la débâcle peut encore survenir et terminer la crise. Il est très rare que les malades succombent à l'occlusion.

Dans un autre type, c'est la *diarrhée* qui s'installe et devient permanente, diarrhée qui résiste à toute médication, diarrhée incoercible, qui amène quinze, vingt fois par jour l'expulsion de matières fétides, mêlées de pus ou de débris de tumeur.

Les douleurs sont plus tardives, mais quand elles surviennent elles acquièrent une intensité extrême. Ce sont d'abord des douleurs pelviennes, qui s'accompagnent dans certains cas de ténésme vésical. Puis elles s'irradient dans la région lombaire, dans les fesses, dans les cuisses. Produites d'abord par les selles, elles deviennent ensuite permanentes, redoublant cependant à de certains moments sous forme de crises terribles. Ces douleurs permanentes sont dues à la compression ou même à l'envahissement du plexus sacré. Elles indiquent donc une extension considérable du néoplasme.

Au milieu de tout cela, l'état général est profondément troublé. Les douleurs, les troubles digestifs, l'intoxication cancéreuse, tout contribue à l'altérer. L'émaciation devient extrême, l'anémie profonde, les téguments prennent la teinte jaune paille. C'est le triste cortège de la cachexie cancéreuse.

Des complications viennent encore augmenter la torture des malheureux. Chez les uns, ce sont des poussées hémorroïdaires; chez d'autres des abcès dont la cavité se cancérise et qui laissent des fistules; puis, finalement, des phlébites soit dans le voisinage, soit à distance. On connaît ces phlegmasia des cancéreux.

Chez les femmes, la cloison recto-vaginale est envahie et détruite. Les matières fécales passent par la vulve avec du pus et des débris de néoplasme. Chez l'homme, le bas-fond de la vessie peut être perforé. Les urines et les matières se mêlent. Dans les deux sexes, la compression des uretères peut amener de l'anurie.

Quelquefois il se fait des poussées successives de péritonite circonscrite.

Dans les cancers de l'anus, les douleurs de la défécation sont encore plus vives. Il s'y joint des troubles mécaniques dont j'ai déjà parlé. Les malades ont à la fois les tortures, qui sembleraient ne devoir jamais être associées, du rétrécissement et de l'incontinence: du rétrécissement, car l'anus devenu rigide ne se laisse pas dilater; de l'incontinence, parce que le sphincter infiltré ne peut plus se contracter.

Le toucher vaginal donne des renseignements précieux, et il ne faut jamais manquer de le faire. Il permet d'apprécier l'extension du néoplasme, l'envahissement de la cloison recto-vaginale.

Mais c'est le toucher rectal qui fournit les éléments du diagnostic. Dans les formes végétantes du cancer anal, la tumeur se voit.

C'est un champignon ulcéré, couvert de végétations molles, friables, saignantes, avec une base indurée et mal circonscrite. Les signes sont beaucoup moins nets dans le cancer interstitiel. Souvent il n'y a pas de tumeur apparente, mais l'anus ou du moins un segment de l'anus est devenu rigide. Par le toucher, on le sent dur comme du bois et absolument inextensible. Le palper permet de reconnaître que la tumeur a infiltré le sphincter et s'étend loin au delà. On peut la saisir en combinant le palper et le toucher; on sent qu'elle est dure, mal circonscrite, diffuse. Les ganglions inguinaux sont envahis de bonne heure.

Parfois l'épithéliome anal se développe sur des hémorroïdes. On pourrait croire qu'il s'agit d'une ulcération banale. Mais cette ulcération repose sur une base indurée, et c'est là ce qui doit faire faire le diagnostic.

Dans les cancers du rectum, les signes fournis par le toucher sont très variables. Dans la période préulcéreuse les cancers tubéreux forment des tumeurs saillantes, dures et mal circonscrites. Il est probable qu'au début elles sont mobiles, mais il faudrait des circonstances bien exceptionnelles pour qu'on les observe à cette phase. Quand on est appelé à les examiner, on les trouve pour ainsi dire toujours adhérentes. C'est surtout leur dureté et leur diffusion qui font faire le diagnostic.

Dans la forme infiltrée, il n'y a pas de tumeur à proprement parler. On sent une plaque enchâssée dans la paroi, fusionnée avec la muqueuse, et c'est encore la dureté avec l'absence de circonscription qui fournissent les principaux éléments de diagnostic.

A la période d'ulcération, les différences persistent entre les deux formes. C'est dans la forme tubéreuse ou végétante qu'on observe les végétations exubérantes, molles, friables, qui se déchirent, s'effritent sous le doigt en donnant du sang en abondance. J'ai déjà dit combien ces végétations néoplasiques diffèrent de celles de la rectite proliférante qui sont fermes, à surface cornée, et qui résistent au doigt et même à l'ongle.

Dans les formes interstitielles pures, les grosses végétations manquent. C'est tout au plus si l'ulcération est recouverte de petites saillies, mais celles-là encore sont molles et friables et saignantes. Souvent l'ulcération est excavée. Mais ses bords sont adhérents, infiltrés par le néoplasme.

Que les végétations soient abondantes ou rares, maigres ou exubérantes, elles reposent toujours sur une tumeur dure, infiltrée, à contours mal définis. C'est là l'important.

Parfois, nous l'avons vu, la tumeur modifie la direction du rectum en y produisant des plicatures. Quand on fait le toucher, il semble que le doigt soit dans un cul-de-sac. Il faut des tâtonnements pour s'y reconnaître et trouver la lumière de l'intestin.

Les cancers très élevés sont naturellement inaccessibles. On peut cependant explorer avec le doigt des tumeurs qui sont situées plus haut que le doigt ne peut atteindre. Pour cela, il faut, pendant qu'on pratique le toucher, inviter le malade à pousser. Sous l'influence de ses efforts, la tumeur s'abaisse et vient en quelque sorte s'empaler sur le doigt qui l'attend.

Quand on a reconnu la tumeur, il faut encore explorer toute la partie accessible du rectum pour voir s'il n'existe pas quelque noyau secondaire. Il faut autant que faire se peut apprécier l'extension du néoplasme en surface et en profondeur. L'extension en surface se reconnaît facilement si elle ne dépasse pas les régions où le doigt peut atteindre. Si elle remonte plus haut, on ne peut avoir que des présomptions sur ses limites.

L'extension en profondeur est plus difficile à apprécier. Quand on peut dépasser la limite supérieure de la tumeur, il faut l'accrocher en recourbant le doigt, et chercher à la mobiliser. Si on la trouve mobile, c'est que le néoplasme ne dépasse pas les parois rectales. Quand il est complètement immobile, c'est que les tissus périrectaux sont envahis. Parfois il paraît comme fusionné avec le squelette. Enfin, dans certains cas intermédiaires, la tumeur a encore une certaine mobilité, mais les tractions qu'on exerce sur elle déterminent des besoins d'uriner, des sensations de tiraillements dans les testicules. Je crois qu'il faut se méfier de ces cas-là; il y a bien peu de chances pour que l'exérèse donne une guérison durable.

Dans les cancers rectaux, l'adénopathie, qui porte, non plus sur les ganglions inguinaux comme dans les cancers anaux, mais sur les ganglions pelviens, n'est que bien rarement perceptible, si ce n'est dans les phases ultimes et dans ces adénopathies cancéro-inflammatoires signalées plus haut.

Je n'insiste pas sur le diagnostic différentiel des cancers du rectum; j'en ai parlé à propos de chacune des maladies précédemment étudiées. Je tiens à dire cependant qu'il existe des tumeurs tuberculeuses du rectum qui n'ont point été décrites et qui peuvent en imposer pour des cancers. J'ai vu deux cas de ce genre. J'ai opéré l'une des tumeurs, et c'est seulement l'examen histologique qui a montré qu'il s'agissait de tuberculose. L'autre s'est terminée par un abcès. On sait combien dans certains cas la tuberculose de la langue est difficile à distinguer du cancer. Les difficultés sont les mêmes pour ces tumeurs tuberculeuses du rectum.

La durée moyenne du cancer rectal est de dix-huit mois à deux ans. La survie peut, dans des cas à marche lente, aller jusqu'à trois et même quatre ans, mais jamais au delà.

Quelquefois la fin est précipitée par des hémorragies, par une péritonite, par des accidents d'occlusion. Une pleurésie cancéreuse, l'anurie par compression des uretères, peut aussi brusquer le dénoue-

ment. Mais bien souvent, après avoir résisté à des poussées de péritonite, à des menaces d'occlusion, au milieu d'effroyables douleurs que rien ne peut calmer, les malheureux arrivent au dernier degré de la cachexie, et s'éteignent dans le coma.

Traitement. — Lisfranc le premier a proposé et tenté la cure radicale des cancers du rectum par l'amputation de l'organe malade. L'opération de Lisfranc ne fut accueillie qu'avec bien des réserves. Sauf en Allemagne, où Dieffenbach, Schuh, Nusbaum l'adoptèrent avec enthousiasme, elle ne rencontra guère que des détracteurs. « Une opération, dit Curting, qui expose à l'incontinence et au rétrécissement, qui est forcément suivie de récurrence, doit être fatalement condamnée. » Les chirurgiens anglais tournèrent leurs efforts vers les opérations palliatives, et particulièrement vers l'anus artificiel. Cependant, grâce à l'innocuité procurée par l'antisepsie, l'opération radicale se généralisa. On tendait en même temps à étendre les indications opératoires, c'est-à-dire à enlever des cancers de plus en plus étendus. Nusbaum, en 1864, enlevait 10 centimètres de rectum avec la prostate, une partie de l'urètre et de la vessie. Bardenheuer allait plus loin encore, et réussissait, après résection du coccyx, à enlever un cancer situé à 30 centimètres de l'anus. Mais ces tentatives restaient isolées. Bardenheuer avait eu sans doute affaire à un cas favorable, car on ne peut admettre qu'il soit toujours possible d'enlever une telle étendue de rectum par le périnée. Il restait donc des cancers situés trop haut pour être enlevés par la voie inférieure, trop bas pour être extirpés par la laparotomie. Aussi la communication que fit Kraske en 1885 au quatorzième congrès des chirurgiens allemands, eut-elle un grand retentissement. Par la résection partielle du sacrum, Kraske rendait accessibles les cancers du rectum les plus élevés. Non seulement la voie sacrée étendait considérablement le domaine opératoire; mais en outre, en respectant le sphincter, elle permettait d'obtenir une restauration fonctionnelle complète. A la vérité, la méthode de Kraske n'a pas tenu toutes les promesses qu'elle avait fait naître. L'opération s'est montrée grave, et la restauration fonctionnelle est bien souvent incomplète. Elle n'en a pas moins marqué une étape importante dans le traitement chirurgical des cancers du rectum. Depuis, on a été plus loin encore, et en associant la voie abdominale et la voie périnéale, on a pu faire des extirpations très étendues.

Il existe donc deux groupes d'opérations dont le but est bien différent. Les unes ne remédient qu'aux accidents du cancer sans chercher à le guérir; ce sont des opérations purement palliatives. Les autres ont pour but d'enlever la totalité du mal et de procurer une guérison définitive.

Ces opérations radicales sont-elles légitimes, sont-elles justifiées? Dans le premier volume de ce Traité, j'ai exposé mes convictions sur

la possibilité de la cure opératoire du cancer (voy. tome I, p. 674 et suiv.). Je ne veux pas y revenir longuement. Je me borne à rappeler que le cancer est une maladie locale, et que si à une époque quelconque de son évolution on réussit à enlever la totalité du mal, on guérit le malade d'une manière définitive. L'indication se résume donc très simplement et très complètement en cette formule : « Faire une opération adéquate au mal ». Si l'indication est simple, elle est difficile à réaliser; difficile, mais non impossible. Pour la région qui nous occupe, les faits sont d'accord avec la théorie : il y a des observations qui prouvent d'une manière indiscutable la possibilité de la cure opératoire du cancer ano-rectal.

Volkman a déclaré que lorsqu'un malade opéré de cancer restait pendant trois ans sans récurrence, on pouvait le considérer comme définitivement guéri. Or il y a un très grand nombre de malades opérés pour des cancers du rectum, qui sont restés trois ans sans récurrence. Mais la loi de Volkman n'a pas une valeur absolue. On a vu des récurrences survenir après plus de trois ans. Et ceux-là qui soutiennent que le cancer est incurable pourraient nier la valeur des faits auxquels je viens de faire allusion (1). Mais il en est d'autres capables de satisfaire les plus difficiles. Ce sont ceux de Bœckel, de Czerny, de Kocher, où la persistance de la guérison a été constatée douze, treize et seize ans après l'opération. Quant aux guérisons datant de sept à huit ans, elles sont nombreuses. On les trouvera réunies dans la thèse de Finet (2). La curabilité du cancer du rectum n'est donc pas douteuse. Mais il faut déterminer les cas dans lesquels on peut l'obtenir, où l'on doit la tenter.

Depuis quatorze ans environ, on a progressivement étendu les indications opératoires. Cette extension progressive a marché naturellement de pair avec les progrès de la technique chirurgicale.

J'ai dit à propos du diagnostic, qu'il faut toujours s'efforcer de préciser les limites du néoplasme en surface et en profondeur. C'est de là, en effet, qu'on tire les indications thérapeutiques.

Naguère encore, la règle était de ne pas opérer les cancers dont on ne pouvait dépasser l'extrémité supérieure avec le doigt. Il y avait à cette règle deux raisons : il était difficile, par la voie périnéale, seule employée à cette époque, d'aller plus haut; et surtout on craignait d'ouvrir le péritoine, dont la blessure était alors si dangereuse.

Depuis, la crainte du péritoine s'est évanouie; on a imaginé les opérations par la voie sacrée, on y a associé la voie abdominale; aussi l'extension en hauteur a-t-elle cessé d'être une contre-indication.

L'extension en profondeur a plus d'importance. C'est par l'immobilité de la tumeur qu'on l'apprécie. Si le cancer est immobile, c'est

(1) ARNDT qui a publié la statistique de Kocher arrive à une proportion de 36 p. 100 de guérisons définitives.

(2) FINET, Thèse de Paris, 23 juillet 1896.