

trame lâche de tissu conjonctif, et sur les lobules on voyait de nombreuses papilles recouvertes d'un épithélium cylindrique.

Nous rapprocherons encore des polypes fibreux certaines tumeurs rares, qui longtemps furent regardées comme de nature maligne, mais dont on a aujourd'hui reconnu la bénignité : nous voulons parler des polypes à prolongements vilieux, que les auteurs anglais, qui les ont surtout décrits, ont désignés sous le nom de *tumeurs vilieuses* (*villous tumors*). Ces productions s'observent particulièrement chez les adultes et les vieillards. Comme les autres variétés de polypes du rectum, elles sont généralement pédiculées, et signalent leur présence par des écoulements glaireux et des hémorrhagies. Dans un cas, l'artère principale du pédicule était assez volumineuse pour qu'on pût en sentir les battements par le toucher rectal.

Les tumeurs vilieuses se montrent sous forme de masses lobulées, rouges, qui saignent facilement. Elles sont supportées par un pédicule large, aplati, qui peut acquérir jusqu'à 2 ou 3 pouces de longueur et qui s'insère le plus souvent sur la paroi antérieure du rectum. Dans ce cas, dit Allingham, il n'est pas rare de trouver dans son épaisseur un prolongement du péritoine, dû à l'entraînement et à l'invagination de la portion de muqueuse sur laquelle la tumeur est implantée.

Les tumeurs vilieuses prennent naissance dans le corps papillaire de la muqueuse. D'après Curling, elles sont constituées surtout par du tissu fibreux et des vaisseaux, et sont recouvertes d'une couche de cellules épithéliales cylindriques. Elles présentent à leur surface des sortes de villosités ou prolongements rubanés, aplatis, enroulés sur eux-mêmes, qu'on peut comparer aux prolongements qu'on rencontre sur certains fungus de la vessie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les polypes du rectum ne se signalent généralement par aucun symptôme qui puisse les faire reconnaître au début. Comme leur développement est ordinairement très-lent, cet état, pour ainsi dire latent, peut durer de longues années, jusqu'au moment où par leur volume ou toute autre raison ils donnent lieu à des phénomènes appréciables. C'est ainsi que quelques malades ne se doutent de l'affection qu'ils portent qu'au moment où la tumeur vient faire saillie au dehors de l'anus, à la suite d'un effort de défécation.

Le plus souvent cependant l'apparition de la tumeur à l'extérieur est précédée d'un certain nombre de phénomènes qui, observés par un chirurgien attentif, seraient de nature à lui faire soupçonner sa présence. Tels sont, fréquemment, une gêne pour aller à la garde-robe, un sentiment de pesanteur habituelle dans le petit bassin, du ténesme, des envies plus fréquentes d'aller à la selle, des douleurs vives au moment de la défécation. Souvent le premier symptôme appréciable est un écoulement sanguin plus ou moins abondant par l'anus. Ce signe a une grande valeur diagnostique, et son apparition chez un enfant est de nature à faire immédiatement supposer l'existence d'un polype. Chez l'adulte, il

n'en est plus de même, car la perte sanguine, à moins que le chirurgien ne pratique le toucher rectal, est le plus souvent attribuée à l'existence probable d'hémorroïdes internes.

À côté de ces écoulements sanguins qui peuvent, soit par leur répétition, soit par leur abondance, être une cause puissante d'affaiblissement, nous devons mentionner, comme symptôme fréquent, des écoulements de mucus ou de glaires par l'orifice anal. Cette *perte glaireuse*, qui se montre d'une manière intermittente ou continue, est quelquefois assez abondante pour être confondue avec une diarrhée simple. Elle se montre quelquefois exclusivement au moment de la défécation. Parfois elle est mêlée à une certaine quantité de sang qui lui donne l'apparence de la gelée de groseille (Gross).

Guersant a insisté sur la forme des matières fécales, qui présenteraient une rainure correspondant à la saillie que forment les polypes du côté du rectum. Cependant ce caractère a été rarement signalé dans les observations, et, du reste, on comprend qu'il ne peut exister que lorsque le polype est très-peu élevé au-dessus de l'anus et que les matières ne sont ni trop dures ni trop molles.

Pendant l'acte de la défécation, les malades éprouvent quelquefois au niveau de l'anus, des douleurs très-vives se montrant sous forme de brûlures ou d'élançements douloureux, irradiant du côté de la vessie, du bassin, et quelquefois même jusque dans la région hypogastrique. Il est à remarquer que l'intensité des douleurs est souvent en rapport avec le siège de la tumeur. En effet, les malades qui portent un polype très-élevé et qui ne se montre jamais au-dessous du sphincter, souffrent généralement peu ; tandis que les polypes procidents, au contraire, déterminent fréquemment des douleurs intenses, en même temps qu'ils sont l'origine de la plupart des accidents qui compliquent l'existence des polypes. C'est généralement au moment des efforts de la défécation, plus rarement pendant la marche, que le polype franchit le sphincter anal et y signale sa présence par un ténesme insupportable. La réduction de la tumeur pratiquée par le malade lui-même est en général facile, mais ne met pas toujours immédiatement un terme aux douleurs ; aussi, en raison de ces phénomènes douloureux, certains malades se présentent-ils le plus rarement possible à la garde-robe.

La santé générale reste habituellement bonne. Elle ne s'altère guère que lorsque les hémorrhagies sont abondantes ou se produisent très-fréquemment. Ces pertes de sang peuvent faire rapidement tomber le malade dans un degré prononcé d'anémie caractérisée par une perte considérable des forces, des vertiges, des lipothymies. L'affaiblissement est parfois tel que les enfants ne peuvent plus se tenir debout.

La *marche* de l'affection est en général fort lente, et l'on ne peut assigner aucune durée déterminée à son évolution, puisque, dans la plupart des cas, l'époque du début reste inconnue.

Il n'est pas rare de voir, surtout chez les enfants, les polypes disparaître

d'une manière spontanée par modification de la tumeur, et plus souvent par simple rupture de son pédicule. Cette rupture se fait habituellement pendant un effort de défécation. Ce phénomène se montre plus rarement chez l'adulte. Cependant, on trouve partout cité le fait rapporté par Énaux (1), d'un malade qui, à la suite d'un purgatif, rendit d'abord une tumeur de forme globuleuse, puis quelque temps après une seconde du volume d'un œuf de poule. En examinant le malade, on découvrit une troisième tumeur dont on fit la ligature à l'aide d'une canule de Levret; mais le malade fut pris d'accidents fébriles et succomba. On trouva à l'autopsie, à la surface interne du rectum, quelques mamelons superficiels qui, par leur dureté, furent considérés comme des cicatrices formées au niveau des points de séparation de chaque tumeur.

Au nombre des complications les moins importantes des polypes du rectum, nous devons noter la tendance qu'ont certains polypes fibreux à s'ulcérer lorsqu'ils séjournent au dehors de l'anus, en contact avec l'air extérieur. Ils donnent alors lieu à un écoulement de pus ichoreux d'une odeur repoussante.

On a signalé aussi l'étranglement du polype, la mortification de la muqueuse qui le recouvre, et comme conséquence une hémorragie. On a parlé aussi de la dilatation de l'anus par le fait du passage réitéré du polype à travers le sphincter. Mais les complications les plus ordinaires des polypes sont le prolapsus de la muqueuse du rectum et la fissure à l'anus. Cette dernière guérit rapidement par l'ablation du polype (Allingham).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est en général facile, surtout lorsqu'on a pu constater *de visu* la tumeur procidente en dehors de l'anus. Cependant, en dehors de ces cas, il est assez rare que les douleurs au moment de la défécation, les hémorragies, les pertes glaireuses, soient rapportées d'emblée par le médecin à leur véritable cause, s'il n'a pas eu l'idée d'explorer attentivement la région anale et le rectum.

Le diagnostic doit consister, non-seulement à reconnaître l'existence d'une tumeur pédiculée; mais aussi sa nature, son point d'implantation, la présence ou l'absence de vaisseaux volumineux dans le pédicule.

L'inspection directe, suffisante dans les cas où la tumeur fait saillie hors de l'anus, ne l'est plus lorsque celle-ci est retenue au-dessus du sphincter. Il n'y a guère que le *toucher* qui puisse alors permettre d'établir le diagnostic avec rigueur et de différencier les polypes d'avec les différentes autres espèces de tumeurs rectales.

Selon les conseils de Giraldès, lorsqu'on pratique le toucher rectal, il faut introduire le doigt d'emblée aussi haut que possible, en suivant de préférence la paroi antérieure du rectum, et explorer les parois rectales en ramenant l'indicateur de haut en bas. En procédant ainsi, on ne s'expose pas à refouler la tumeur vers la partie supérieure du rectum et

(1) *Loc. cit.*

à en méconnaître la présence. Chez les enfants, en effet, les polypes, étant fréquemment peu volumineux et mous, fuient facilement au-devant du doigt. Les dimensions, la forme, la consistance de la tumeur, étant reconnues, on devra chercher à se rendre compte le plus exactement possible du volume, de la longueur et du point d'implantation du pédicule.

L'emploi des *sondes* est inutile et dangereux. Quant à l'inspection directe de la tumeur au moyen du *speculum ani*, outre qu'elle n'est pas toujours praticable, elle ne présente aucun avantage sur le simple toucher rectal. Il n'en est pas de même du moyen proposé par Chassaignac, et qui consiste à amener le polype au dehors de l'anus au moyen d'un petit ballon à air en caoutchouc, analogue au pessaire de Gariel, qu'on introduit vide dans le rectum, puis qu'on insuffle et retire brusquement, de manière à entraîner au dehors de l'anus la muqueuse rectale et le polype. Ce moyen, lorsqu'il est applicable, pourra rendre des services dans quelques circonstances, et en particulier pour faciliter certaines manœuvres opératoires.

Quant au diagnostic différentiel, il ne peut donner lieu à de grandes difficultés. Les polypes ont été surtout confondus, chez l'adulte, avec des hémorroïdes. On comprend assez facilement une pareille méprise; car les hémorroïdes ont quelquefois la couleur des polypes, donnent lieu comme eux à des écoulements sanguins et peuvent être pédiculés. Mais les hémorroïdes, ordinairement multiples, beaucoup moins volumineuses que les polypes, sont disposées autour de l'anus et s'insèrent, lorsqu'elles sont pédiculées, en un point de la muqueuse très peu éloigné de l'orifice anal. La confusion serait plus facile s'il s'agissait de ces tumeurs hémorroïdaires qui ont subi la transformation fibreuse. Allingham pense qu'un grand nombre de ces hémorroïdes transformées ont été prises pour des polypes.

Le prolapsus de la muqueuse rectale peut aussi donner le change au chirurgien, en raison des hémorragies qui l'accompagnent quelquefois. La méprise ne sera pas de longue durée, si l'on considère la forme annulaire de ce genre de tumeur, la présence d'un orifice central pouvant facilement admettre le doigt, et l'impossibilité de circonscrire un pédicule par le toucher rectal. Nous avons vu que les deux affections se compliquent quelquefois l'une de l'autre.

L'invagination du côlon dans le rectum serait, d'après Boyer, plus sujette à donner le change. La hernie d'une anse d'intestin grêle dans le rectum à travers une déchirure du cul-de-sac péritonéal, outre qu'elle est excessivement rare, entraîne rapidement l'apparition de symptômes généraux bien différents des symptômes qui accompagnent la présence d'un polype. Les végétations, les hernies périnéales, ne peuvent donner lieu à une méprise, pour peu qu'on pratique un examen consciencieux de la région anale.

Enfin, les tumeurs de nature maligne ne sont presque jamais pédicu-

lisées; leur implantation se fait par une base à peu près aussi large que leur surface libre.

PRONOSTIC. — Les polypes du rectum sont des tumeurs bénignes. Le seul danger de leur présence est l'hémorragie, qui peut prendre parfois des proportions inquiétantes.

Les tumeurs villoses, que Rokitansky, au début, avait considérées comme de nature maligne, doivent être, pour la plupart des auteurs modernes, rapprochées des polypes, en raison de leur forme généralement pédiculisée et de leur bénignité. On peut cependant admettre que ces tumeurs villoses, et aussi les polypes à forme papillaire, ont une tendance à la récurrence plus marquée que les polypes fibreux ordinaires. Holmes dit même avoir vu un cas de tumeur villosa dont l'ablation fut pratiquée 33 fois dans l'espace de quatre ans. Allingham pense, au contraire, que ce genre de production n'a aucune tendance à la récurrence après extraction.

TRAITEMENT. — Le seul traitement rationnel des polypes du rectum consiste dans leur extirpation; aucune autre méthode n'est capable d'amener leur cure radicale. L'emploi des moyens palliatifs, dans le but d'attendre la chute spontanée de la tumeur, est inutile et dangereux; des hémorragies successives ou d'autres complications plus sérieuses encore pouvant venir aggraver la situation du malade.

Un grand nombre de procédés d'ablation ont été proposés, et presque tous ont donné des succès. Les principaux d'entre eux sont : l'*arrachement* et la *torsion*, la *ligature*, l'*excision*, l'*écrasement linéaire*, la *cautérisation*, l'*emploi du clamp*.

Quel que soit le procédé auquel on donne la préférence, il sera utile d'administrer un lavement au malade immédiatement avant l'opération, dans le but de débarrasser le rectum des matières fécales qu'il peut contenir et de favoriser l'issue du polype au dehors de l'anus. Il est avantageux aussi de prescrire un peu d'opium, pour constiper le malade pendant les jours qui suivent l'opération.

A. Arrachement et torsion. — Ces moyens ne sont applicables que chez les enfants, en raison du peu de résistance qu'offre généralement le pédicule des polypes qu'on observe à cet âge.

L'*arrachement simple* consiste à amener le polype au dehors, à le saisir entre les doigts et à exercer sur lui quelques tractions douces, combinées avec un léger mouvement de torsion. Le polype se détache généralement avec facilité, si son pédicule est grêle. Si la tumeur résiste, il faudrait renoncer à ce procédé plutôt que de tirer avec force, car on s'exposerait, comme l'a fait remarquer Alphonse Guérin, à produire une déchirure ou un prolapsus de la muqueuse.

Il vaut généralement mieux employer la *torsion* en saisissant le pédicule de la tumeur avec des pinces à arrêt, que l'on tourne entre ses doigts jusqu'à ce que le polype se détache. En procédant ainsi, on évite plus sûrement l'hémorragie. Si cet accident survenait, on pour-

rait, à l'exemple de Richet, cautériser la partie saignante au fer rouge.

B. Ligature. — Elle a pour effet d'amener la mortification de la tumeur, ou tout au moins l'ulcération du pédicule, et convient plus particulièrement aux polypes de l'adulte, à ceux qui sont munis d'un pédicule relativement épais et résistant. Elle consiste à porter au niveau du point d'implantation de la tumeur un lien constricteur qu'on serre fortement. Elle est peu usitée aujourd'hui, sauf les cas où on la combine avec l'excision.

La *ligature simple* se fait au moyen de fils de natures diverses. Le procédé opératoire varie un peu, selon que le polype est procident ou non procident.

Si le polype a pu être attiré en dehors de l'anus, il suffit de jeter un fil autour du pédicule et de le serrer fortement, sans toutefois en amener la section immédiate. Dans le cas de pédicule volumineux, comme on pourrait être exposé à des hémorragies secondaires lors de la chute de la tumeur, il est bon, à l'exemple de Roux et de Huguier, de poser des ligatures multiples en traversant le pédicule en différents sens avec des aiguilles munies d'un fil double, et en se servant de chaque fil pour lier le pédicule en plusieurs segments.

Une fois la ligature appliquée, il ne reste plus qu'à faire rentrer le polype dans le rectum et à attendre sa chute spontanée.

Si le polype n'est pas procident et ne peut être attiré au dehors, on dilatera l'anus à l'aide d'un spéculum bivalve ou univalve, puis avec le doigt on portera au niveau du pédicule un fil dont les deux chefs seront serrés progressivement au moyen d'un serre-nœud.

La *ligature élastique* paraît, à priori, devoir constituer un moyen excellent pour la cure des polypes; elle a, du reste, été employée avec succès dans quelques cas; mais elle est d'une invention trop récente pour que nous puissions donner une appréciation bien fondée à son égard.

C. Excision. — Lorsque le pédicule est très-grêle, elle peut se pratiquer avec les ongles. Plus souvent on est obligé d'avoir recours au bistouri, ou mieux à l'emploi de ciseaux mousses courbés sur le plat, qu'on conduit sur la pulpe de l'index préalablement introduit dans le rectum jusque sur le pédicule. On peut, dans quelques cas, faciliter l'opération au moyen du *speculum ani*.

Ce procédé expose, chez les enfants, à l'hémorragie, en raison de la grande vascularité des tumeurs; cet accident se montre plus rarement chez l'adulte. Si toutefois il survenait, il faudrait employer les injections d'eau glacée ou introduire dans le rectum un morceau de glace arrondi. L'hémorragie résiste-t-elle à ces moyens, il faut pratiquer le tamponnement du rectum après dilatation préalable de l'anus. On se trouvera bien d'imprégner les boulettes de charpie d'une solution étendue de perchlorure de fer, et de les réunir par un fil pour faciliter leur extraction.

En raison des pertes de sang auxquelles expose toujours l'excision simple, mieux vaut faire toujours précéder cette méthode de l'application d'une ligature. Il suffit de couper le pédicule immédiatement au-dessous du point où il a été lié. De cette manière on évite les accidents, et il devient toujours possible d'enlever des tumeurs à pédicule épais. La ligature préalable sera nécessaire toutes les fois qu'on voudra pratiquer l'excision d'un pédicule dans lequel on a reconnu l'existence d'une artère volumineuse.

D. *Écrasement linéaire*. — Proposée par Chassaignac, cette méthode est inutile dans le cas où le pédicule est grêle. Employée au contraire dans les cas de pédicule épais et résistant, elle constitue la méthode qui met le mieux à l'abri de l'hémorrhagie. Aussi est-elle fréquemment employée pour l'extirpation des polypes de l'adulte. L'application de la chaîne de l'écraseur est facile quand le polype est procident; mais lorsqu'il siège à une certaine hauteur et qu'il est très-vasculaire, il devient nécessaire de commencer par le pédiculiser au moyen d'une ligature simple. Le fil servira en même temps à attirer le polype dans le voisinage de l'anus.

E. *Cautérisation*. — C'est une méthode irrationnelle, qui a, du reste, été abandonnée. On pourrait peut-être essayer dans certains cas la ligature caustique du pédicule; mais, d'une manière générale, la cautérisation doit être réservée comme complément des autres procédés d'extraction, dans les cas où la surface de section du pédicule donne lieu à un écoulement sanguin.

On a proposé la section du pédicule au moyen de la *galvanocaustie* thermique ou chimique. Ce moyen peut rendre des services.

F. Le *clamp* a été employé par Allingham; il consiste à saisir le pédicule au moyen d'un clamp et à laisser l'instrument en place jusqu'au lendemain. On peut combiner ce procédé avec la torsion du pédicule et avec l'excision suivie de cautérisation.

En résumé, nous recommandons la torsion pour les polypes à pédicule long, grêle et peu vasculaire, et l'écrasement linéaire ou la ligature suivie d'excision pour ceux qui présentent un pédicule épais et résistant.

§ VI. — Cancer du rectum.

Longtemps confondu avec les différentes espèces de rétrécissements, le cancer du rectum n'est véritablement connu que depuis Lisfranc. Aussi ne retirerait-on pas grand profit de la lecture des écrits anciens sur ce sujet, et faut-il s'en tenir aux travaux modernes. Parmi les plus importants, nous signalerons les suivants :

P. DESAULT, *Mémoire sur les squirrhosités du rectum* (Oeuvres chirurgic., 2^e partie, 1798). — PINAULT, *Dissertation sur le cancer du rectum*, thèse de Paris,

1829. — TERRASSE, *Du cancer du rectum*, thèse de Paris, 1839. — DEMARQUAY, *Cancer du rectum* (L'Expérience, mai 1842). — VIDAL (A.), *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer*, thèse de concours, Paris, 1842. — SIMON, *Ueber Mastdarmkrebs* (Mittheil aus der Chirg. Klinik. zu Rostock, p. 160; 1865). — GRUSON, *Du cancer du rectum*, thèse de Paris, 1868.

ÉTIOLOGIE. — Le cancer du rectum n'est pas très fréquent. Allingham n'a, en effet, pu en relever que 105 cas sur 4000 malades atteints de lésions diverses de cet organe.

C'est généralement après quarante ans que se montre la dégénérescence cancéreuse du rectum. Cependant on l'a observée chez des individus beaucoup plus jeunes. Allingham, Gross, Vidal, disent avoir vu des cancers chez des sujets de douze, quinze, dix-huit et vingt ans.

On a avancé que les femmes étaient plus sujettes au cancer du rectum que les hommes. C'est une erreur, à moins qu'on ne fasse rentrer dans les statistiques les nombreux cas dans lesquels le cancer du rectum est secondaire à la dégénérescence du col de l'utérus. Le cancer primitif de l'extrémité inférieure de l'intestin est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme : sur 67 cas de cancer primitif du rectum, Curling en a observé 44 chez l'homme; sur 32 cas, J. Hecker (1) a trouvé 17 hommes et 15 femmes; mais ces derniers étaient tous des cancers consécutifs à la dégénérescence d'organes voisins.

Les causes du cancer du rectum sont aussi vagues que celles du cancer des autres organes. On a cité l'hérédité, mais rien n'a été prouvé à son égard. On a dit aussi que la constipation habituelle, l'abus des drastiques, favorisent son développement. Mais ne prend-on pas, dans ce cas, l'effet pour la cause, et n'est-il pas probable que la constipation est le simple résultat de la lésion organique du rectum, au début, et l'abus des purgatifs, une médication rendue nécessaire par l'existence d'une tumeur dont le malade ignore encore la présence? On a accusé aussi l'irritation produite par des hémorroïdes, par une affection dartreuse ou la syphilis, par des rapports contre nature, toutes causes qui ne sont rien moins que démontrées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le siège le plus habituel du cancer primitif, d'après les observations de Hecker, est l'extrémité inférieure du rectum. Cet auteur l'a rencontré 9 fois à la partie inférieure, 3 fois à la partie moyenne, 3 fois à la partie supérieure. Quant au cancer secondaire, il serait généralement situé en un point plus élevé, et correspondrait le plus souvent au col de l'utérus et au cul-de-sac vaginal postérieur. On voit ainsi que, dans presque tous les cas, on peut atteindre le siège du mal par le toucher rectal.

La tumeur siège, au début, en un point circonscrit du rectum, sans qu'on puisse dire d'une manière précise si les parois postérieure, antérieure ou latérale, sont plus souvent atteintes l'une que l'autre. Du

(1) *Ueber 32 u. s. w. Falle, v. Krankh. des Mastdarms. Inaug. Dissert.* Berlin, 1867.