

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<sup>e</sup> 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.

reste, on a bien rarement l'occasion d'observer la dégénérescence à sa naissance, et, le plus souvent, le chirurgien n'est consulté que lorsque la production morbide a envahi la totalité de la circonférence de l'intestin.

Le cancer, à son début, peut se montrer sous deux formes différentes : *circonscrite* ou *diffuse*. Le cancer circonscrit se présente le plus souvent sous forme de noyaux ou plaques isolées, à consistance cartilagineuse ; de tubercules arrondis ou irréguliers plus ou moins durs, simulant parfois, en raison de leur forme allongée, des polypes du rectum. D'autres fois, le cancer constitue une véritable tumeur, à consistance variable suivant les points, et généralement ulcérée à son sommet.

Lorsqu'il se présente à l'état d'infiltration diffuse dans les parois du rectum, il est beaucoup plus difficile de préciser les limites de la

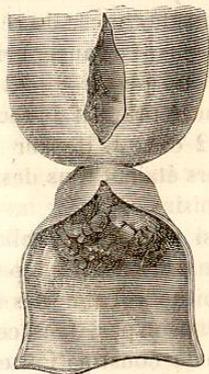


FIG. 94. — Rétrécissement cancéreux du rectum.

lésion. On trouve le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi et traversé par des bandes bleuâtres, irrégulières, et analogues à celles qu'on rencontre dans les cancers de l'œsophage et de l'estomac.

Quel que soit son mode de début, le cancer a une tendance à l'envahissement progressif des parois de l'intestin dans toute sa circonférence. La conséquence naturelle de cette propagation est le rétrécissement du canal, rétrécissement qui peut être poussé assez loin pour en amener l'oblitération presque complète (1). C'est ce qui se voit dans la variété de cancer que Vidal (de Cassis) a décrite sous le nom de cancer atrophique. Cepen-

dant on observe quelquefois des cancers très épais qui ne diminuent pas notablement le calibre de l'intestin. Suivant Hecker, le rétrécissement du rectum s'observerait rarement dans les cas de cancer secondaire, parce que, sans doute, la mort du malade survient avant que la lésion cancéreuse ait eu le temps de se propager à toute la circonférence de l'intestin.

Un autre résultat du cancer signalé par Nélaton est le changement de direction du rectum. Ce résultat est dû à l'inégalité d'envahissement de la production morbide sur les différents points du rectum. La possibilité de cette disposition doit engager le chirurgien à pratiquer le toucher rectal avec les plus grands ménagements, s'il ne veut pas s'exposer, en méconnaissant la véritable situation du canal rétréci, à enfoncer le doigt dans une masse cancéreuse ramollie et à produire une perforation de l'intestin.

De même qu'il s'étend circulairement, le cancer envahit peu à peu les

(1) RUYCH, *Obs. anat. et Obs. génér.* BAYLE, *Traité des maladies cancéreuses*, t. II, p. 116.

parois du rectum sur une hauteur de plus en plus grande ; mais toutes les tuniques intestinales ne sont pas prises avec la même rapidité. Née dans le tissu sous-muqueux, la tumeur soulève d'abord simplement la muqueuse, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que celle-ci est attaquée à son tour. Quant à la tunique musculaire, on la trouve souvent hypertrophiée, épaissie ; d'autres fois, les fibres musculaires paraissent écartées par la production morbide et comme englobées par elle. Le péritoine est de toutes les tuniques du rectum celle qui résiste le plus longtemps à l'envahissement.

Lorsque la production néoplasique rétrécit d'une manière notable le calibre du rectum, on trouve celui-ci dilaté au-dessus de l'obstacle, en même temps qu'il est fréquemment le siège, en ce point, d'érosions de la muqueuse et même d'ulcérations plus ou moins étendues.

Au bout d'un temps variable, il se produit à la surface de la tumeur une ulcération. Celle-ci détruit en partie la masse morbide et tend à rendre à l'intestin sa perméabilité ; mais c'est aussi à cette période que l'on peut voir survenir des perforations.

Cette ulcération présente des bords durs, irréguliers ; son fond est sanieux, grisâtre, inégal, et présente souvent un aspect gangreneux.

Le cancer du rectum, chez la femme, envahit très-fréquemment la cloison recto-vaginale, plus rarement le corps de l'utérus. On l'a vu quelquefois se propager au périnée et de là aux grandes et aux petites lèvres, de manière à transformer les cavités rectale et vaginale en un vaste cloaque. Il est plus rare d'observer chez l'homme l'envahissement de la prostate, de la vessie, de l'urèthre. La propagation au cul-de-sac péritonéal, signalée dans quelques cas, doit être considérée comme excessivement rare. H. Smith a vu une fistule qui, prenant son origine au-dessus d'un squirrhe du rectum, allait s'ouvrir dans un abcès de l'articulation coxo-fémorale.

Quand la lésion cancéreuse siège au niveau de l'anus, on peut trouver les ganglions de l'aîne engorgés et affectés de dégénérescence cancéreuse. Lorsque l'affection occupe les parois du rectum, les ganglions du mésorectum et ceux qui suivent la direction des vaisseaux hémorrhoidaux supérieurs sont atteints de l'induration caractéristique. Cette dégénérescence survient à une époque variable de la maladie. Quant aux ganglions de l'excavation pelvienne, ils ne sont atteints que lorsque la lésion cancéreuse a dépassé les parois du rectum.

Outre les indurations ganglionnaires, il est assez commun de constater des noyaux secondaires dans différents viscères de l'économie. L'organe le plus souvent affecté est le foie ; puis viennent les poumons, le mésentère, l'épiploon et les ovaires.

Toutes les formes du cancer ont été observées au rectum : l'épithélioma, le squirrhe, le cancer colloïde, l'encéphaloïde. Mais les auteurs divergent d'opinion quand il s'agit de déterminer quelle est la variété la plus fréquente. Pour Cruveilhier, c'est le cancer gélatiniforme ou

colloïde; pour Nélaton, c'est l'épithélioma; d'autres, et parmi eux H. Smith, prétendent que c'est le squirrhe.

Ces divergences s'expliquent aisément : d'abord il est rare qu'on puisse étudier la lésion à son début; puis, à une période avancée de la maladie, lorsque le ramollissement et l'ulcération se sont établies, on trouve à la fois la plupart des variétés confondues dans une même tumeur. Cependant nous croyons que l'épithélioma est de beaucoup la variété la plus fréquente. Cette opinion concorde avec les statistiques de Hecker, qui sur 34 cancers du rectum a trouvé 21 épithéliomas. Le cancer colloïde, considéré comme le plus fréquent par Cruveilhier, n'a cependant été observé qu'une fois, ce qui tient sans doute à ce que cet auteur n'a pas contrôlé ses observations par le microscope, et a pris, en raison de leur mollesse, des épithéliomas cylindriques pour des cancers colloïdes. Gross a observé un cas de cancer mélanique chez un homme de cinquante-huit ans, qui présentait du reste des tumeurs mélaniques dans presque tous les organes, et Nepveu (1) a également signalé l'existence de cette variété de cancer du rectum.

A. L'épithélioma se rencontre au rectum, sous la forme d'épithéliome lobulé et d'épithéliome cylindrique.

L'épithéliome lobulé, le moins fréquent des deux variétés, siège ordinairement au niveau de l'orifice anal et y présente de grandes analogies avec les cancroïdes de la lèvre. Il affecte, au début, l'apparence d'un petit bouton dur, indolent, qui, augmentant peu à peu de volume, devient lobulé et ne s'ulcère à sa surface qu'à une époque tardive. Là, comme ailleurs, ce cancer est constitué par des amas de cellules pavimenteuses au milieu desquelles on peut trouver les globes épidermiques caractéristiques. L'épithélioma lobulé s'étend peu du côté de la muqueuse rectale pourvue d'épithélium cylindrique, mais a une tendance marquée à envahir le périnée et la fourchette du vagin. Sa marche est beaucoup plus lente que celle des autres variétés de cancer.

L'épithéliome cylindrique est la variété la plus fréquente de tous les cancers du rectum. Souvent confondu avec l'encéphaloïde, il s'y présente sous forme de tumeurs molles, friables, irrégulièrement lobulées et à base souvent indurée par inflammation chronique de voisinage. Il débute le plus souvent au-dessus du sphincter, par une hypertrophie des glandes en tube. Plus rarement il siège à l'extrémité supérieure du rectum. La lésion détruit la muqueuse d'abord, et envoie plus tard, dans le tissu sous-muqueux, des culs-de-sac tapissés de cellules cylindriques et d'où partent des traînées qui pénètrent jusque dans la tunique musculuse de l'intestin. L'épithéliome cylindrique subit fréquemment la dégénérescence colloïde dans des points plus ou moins considérables de son étendue, et c'est pour cela qu'il est souvent difficile de le différencier du carcinome.

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, nouvelle série, t. VI, p. 22, et Mém. de chirurgie, 1880.

B. Le carcinome peut se rencontrer au rectum sous la forme d'encéphaloïde et sous la forme de squirrhe. On a aussi vu des exemples de cancer colloïde primitif.

L'encéphaloïde est très-rare au rectum; comme dans les autres organes sa marche est rapide.

Le squirrhe est au contraire assez fréquent. Il se développe, soit au niveau du sphincter, soit à 8 ou 10 centimètres au-dessus; d'après Allingham, il prend le plus souvent naissance sur la paroi antérieure du rectum. Il débute dans le tissu conjonctif sous-muqueux, sous forme de plaques irrégulières, dures ou molles, plus rarement sous la forme d'une infiltration envahissant rapidement une grande étendue des parois du rectum. Le squirrhe s'étend fréquemment en anneau à toute la circonférence de l'intestin et amène, par sa rétractilité, le rétrécissement du conduit. Il est constitué par des éléments fibreux que limitent des alvéoles renfermant les grandes cellules irrégulières caractéristiques du carcinome. Sa marche est beaucoup plus lente que celle de l'encéphaloïde; mais comme lui il s'étend aux couches profondes, se propage aux ganglions lymphatiques et finit par s'ulcérer.

Le carcinome colloïde ou muqueux primitif du rectum est très-rare. Développé aux dépens de la muqueuse, il se montre sous forme d'une tumeur lobulée, molle, friable, qui rétrécit plus ou moins le calibre de l'intestin. Il présente souvent des foyers de ramollissement dans sa masse et ne tarde pas à s'ulcérer. S'il existe des tumeurs secondaires dans les viscères, elles présentent le même aspect gélatiniforme, ce qui indique bien qu'il s'agit d'une variété particulière, et non pas d'une simple transformation régressive, comme cela s'observe fréquemment dans les épithéliomes à cellules cylindriques.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes du cancer du rectum au début sont le plus souvent fort obscurs; il peut ne donner lieu d'abord à aucun phénomène général ou local, qui soit de nature à faire soupçonner l'existence d'une affection aussi grave. Allingham raconte le cas d'un malade qui vint le consulter pour une assurance sur la vie, et chez lequel, malgré les apparences de la meilleure santé, il découvrit, à son grand étonnement, une tumeur cancéreuse du rectum des mieux caractérisées.

Les phénomènes les plus ordinaires du début consistent dans des sensations de pesanteur dans le petit bassin ou de gêne au fondement, quelques troubles digestifs, de la diarrhée ou des alternatives de constipation et de diarrhée.

Les symptômes diffèrent un peu suivant que le malade est atteint d'une des formes dures et non ulcérées du cancer, ou, au contraire, d'une tumeur molle, friable et fongueuse.

Lorsque le cancer est dur, non ulcéré, et qu'il siège au niveau de l'anus, comme dans certains cas d'épithéliome lobulé, il peut ne déterminer d'autre phénomène qu'une légère douleur au moment de l'expul-

sion des matières fécales, en raison des crevasses qui se produisent sous l'influence des alternatives de dilatation et de resserrement du sphincter. Un écoulement sanguin assez abondant peut être la conséquence de ces déchirures. Cette forme de cancer anal s'accompagne souvent d'un engorgement ganglionnaire du côté de l'aîne correspondante.

Quant aux cancers durs développés dans le rectum à une certaine distance de l'an us, leur début est généralement très-insidieux; c'est à peine souvent si les fonctions de défécation sont altérées et si le malade souffre d'un peu de constipation. Ce n'est même parfois que par des symptômes éloignés, tels que douleurs vagues dans l'abdomen, la vessie, les organes génitaux ou les membres inférieurs, qu'ils peuvent faire soupçonner leur présence.

Mais à une période plus avancée, alors que la tumeur cancéreuse a déjà acquis un volume considérable, les symptômes locaux se prononcent davantage et permettent au chirurgien d'établir facilement le diagnostic. Cependant les squirrhes sont souvent confondus à cette période avec des rétrécissements fibreux, dont ils produisent, en effet, presque tous les phénomènes. C'est la même constipation opiniâtre, malgré l'usage quotidien de lavements; ce sont les mêmes phénomènes de débâcle, se produisant par le même mécanisme que dans les rétrécissements fibreux. Les matières accumulées au-dessus du point rétréci, soit qu'elles réveillent la contractilité de l'intestin, ou qu'elles soient liquéfiées par les sécrétions intestinales, sont expulsées en grande abondance, mélangées à du sang et à du pus. Puis la constipation reparait, pour être de nouveau, après un temps variable, suivie d'une nouvelle débâcle semblable à la première. Nélaton fait remarquer que ces phénomènes peuvent se produire alors même que le calibre du rectum n'est pas rétréci d'une manière notable, et par le seul fait de son changement de direction. Dans quelques cas cependant, le rétrécissement est tel qu'on peut observer tous les accidents qui caractérisent une véritable obstruction intestinale: horborygmes, coliques, ballonnement du ventre, gêne de la respiration, nausées, vomissements, hoquets, altération des traits, petitesse du pouls, anxiété générale vive. Quelquefois même on a pu voir la péritonite survenir brusquement par rupture de l'intestin au-dessus de l'obstacle.

Bien différents sont les symptômes auxquels donnent lieu les formes molles du cancer rectal. Celles-ci sont représentées par l'épithélioma cylindrique, les cancers encéphaloïde et colloïde, et par les formes du cancer dur qui ont subi un travail de ramollissement ou se sont ulcérées à leur surface.

Après une période de début plus ou moins longue, généralement caractérisée par des symptômes obscurs, tels que pesanteur dans le petit bassin ou gêne au fondement, la lésion, surtout lorsqu'elle est peu élevée au-dessus de l'an us, signale généralement sa présence par des phénomènes douloureux, plus ou moins aigus, et par des écoule-

ments à caractères particuliers. Les douleurs ont généralement le caractère lancinant et augmentent d'intensité au moment où les matières fécales traversent les parties ulcérées.

Beaucoup de malades ne peuvent même pas s'asseoir complètement sans réveiller leurs souffrances, et sont obligés de ne reposer que sur une fesse ou de prendre même parfois les postures les plus singulières pour obtenir quelque soulagement. Gross cite le cas d'une dame de quarante-trois ans, atteinte d'un épithélioma du rectum, qui, pour calmer les douleurs vives dont elle souffrait, était obligée de se tenir presque continuellement accroupie, la tête fléchie entre les genoux. Ces douleurs vives ne se montrent guère qu'à une période avancée de la maladie. Cependant les symptômes douloureux peuvent faire complètement défaut; cela se remarque surtout lorsque le cancer siège à une grande hauteur au-dessus de l'an us.

Les cancers mous sont, plus souvent que les durs, accompagnés de diarrhée; les selles sont alors fétides et souvent mélangées à des caillots fibrineux anciens; à des matières glaireuses, sanieuses, sanguinolentes et purulentes. Dans ces cas, les selles présentent l'odeur particulière du cancer et contiennent même parfois des débris ou des portions sphacelées de la tumeur. Ces écoulements sanieux et sanguinolents peuvent aussi s'observer en dehors des garderôbes. Les hémorrhagies, quoique assez fréquentes, sont généralement peu abondantes, et le sang, en séjournant plus ou moins longtemps dans l'ampoule rectale, s'altère et présente souvent la coloration noire du méléna. Les écoulements sanieux, lorsqu'ils sont continus, entretiennent une irritation au voisinage de l'an us et peuvent déterminer l'apparition d'éruptions érythémateuses sur les fesses et sur les cuisses. Souvent enfin, on voit survenir, à une période avancée de la maladie, une véritable incontinence des matières fécales, due soit à la destruction ou au ramollissement étendu de la tumeur, soit à ce que le sphincter, envahi lui-même par la dégénérescence, devient rigide et perd sa contractilité, soit enfin à ce que la tumeur vient faire saillie à travers l'an us.

Dans quelques circonstances, une fois que la matière cancéreuse a été éliminée par sphacèle, on voit une cicatrice se former au niveau de la plaie étendue qui en résulte et un nouveau rétrécissement se produire par rétraction du tissu inodulaire. On pourrait croire alors à une guérison spontanée; mais bientôt survient un nouveau ramollissement et la reproduction des écoulements sanieux.

Enfin, on peut observer, dans les cas de tumeurs volumineuses, de la rétention ou de l'incontinence d'urine. Ajoutons que le cancer du rectum, chez les femmes enceintes, peut être cause d'avortement ou gêner considérablement le travail au moment de l'accouchement.

Tantôt la tumeur bourgeoine du côté du rectum et peut l'obturer presque complètement, tantôt elle envahit peu à peu les organes voisins. Le cul-de-sac péritonéal peut être ouvert; toutefois cette compli-

cation est très-rare, quoique souvent à l'autopsie on constate qu'il ne reste plus que le feuillet séreux pour fermer la cavité péritonéale. On s'explique ainsi avec quelle facilité le toucher rectal, pratiqué sans précautions, pourrait provoquer la rupture du péritoine.

La *vessie* est plus souvent envahie; sa paroi postérieure peut être détruite et l'urine s'écouler par l'anus en déterminant dans le petit bassin des phénomènes inflammatoires et gangréneux des plus graves. On constate beaucoup plus rarement l'écoulement de matières cancéreuses et de gaz intestinaux par l'urèthre. La prostate et les vésicules séminales sont, encore plus fréquemment que la vessie, envahies par le cancer.

Chez la femme, la destruction de la cloison recto-vaginale est fréquemment observée; le cancer débute même fréquemment à son niveau. Il en résulte l'écoulement de matières stercorales par la vulve.

En arrière, le cancer peut se propager aux os du bassin, mais cette complication est très-rare. Mollière a observé une jeune fille de vingt ans chez laquelle un cancer du rectum s'était propagé en remontant le long de l'intestin aux parties molles et aux téguments de la région lombaire.

L'envahissement secondaire des ganglions lymphatiques est rarement observé, la mort survenant d'ordinaire avant cette généralisation de l'affection. Les lymphatiques du rectum se rendant aux ganglions prévertébraux, c'est le long de la colonne vertébrale qu'il faut chercher ces engorgements secondaires, et non dans les ganglions iliaques, comme quelques auteurs l'ont avancé. Un œdème persistant, localisé à un des membres inférieurs, doit faire soupçonner l'envahissement des ganglions prévertébraux par la dégénérescence secondaire.

Les phénomènes généraux se montrent à une époque variable. Au rectum, comme dans les autres régions, le cancer amène peu à peu l'amaigrissement et la perte des forces, qui s'augmentent encore par suite de la diète volontaire que beaucoup de malades s'imposent pour éviter les douleurs produites par les garderôbes. Plus tard, surviennent la pâleur de la face due à l'anémie, la teinte jaune paille caractéristique du cancer, des œdèmes, et la fièvre; en un mot, tous les symptômes d'une cachexie profonde.

La mort est presque toujours la conséquence de l'extension des désordres locaux, et survient en général bien avant qu'il y ait à proprement parler cachexie cancéreuse. C'est une péritonite ou plus souvent le simple épuisement causé par des hémorragies répétées, l'abondance de l'écoulement sanieux, ou encore l'insuffisance de l'alimentation, qui est la cause de cette terminaison fatale.

La durée du cancer du rectum ne saurait être précisée; elle est des plus variables. L'épithélioma est généralement moins rapidement mortel que les cancers encéphaloïde et colloïde; au point de vue du siège, Gross a avancé que l'épithélioma du rectum entraîne plus rapidement la

mort des malades que celui de l'anus. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la durée moyenne du cancer du rectum oscille entre six mois et deux ans, et ne dépasse jamais quatre ans.

DIAGNOSTIC. — Quelque caractéristique que puisse être, au point de vue du diagnostic, l'ensemble des symptômes que nous avons passés en revue, et en particulier la consistance de la tumeur et l'odeur spéciale des écoulements, il est nécessaire de s'assurer par un examen minutieux de la région malade, non-seulement de la nature cancéreuse de la lésion; mais aussi de son siège, de son étendue et, si possible, de la variété de dégénérescence à laquelle on a affaire.

La palpation abdominale ne peut être utile que comme auxiliaire du diagnostic, en permettant de sentir des matières fécales accumulées dans l'S iliaque, au-dessus du point du rectum rétréci par la production morbide. On pourra aussi, dans quelques circonstances rares, sentir, au niveau de l'angle sacro-vertébral et des vertèbres lombaires, des tumeurs dues à l'induration des ganglions auxquels se rendent les lymphatiques du rectum.

Lorsque le cancer occupe la marge de l'anus ou vient y faire saillie, on peut apprécier sa disposition à la fois par l'inspection et le toucher. Nous ne reviendrons pas sur les signes fournis par cette inspection; ils ont été suffisamment indiqués à propos de l'anatomie pathologique.

Lorsque le cancer siège dans le rectum et à une hauteur telle que le doigt peut facilement l'atteindre, ce qui est le cas habituel, il faut recourir au toucher rectal, mais en se rappelant que celui-ci doit être pratiqué avec prudence et ménagements. Le doigt apprécie la forme, l'étendue, l'épaisseur de la production morbide; il reconnaît l'existence de plaques indurées; d'un anneau complet, plus ou moins résistant, à surface lisse, calleuse, ou au contraire d'une tumeur inégale, couverte de granulations ou de saillies fongueuses et saignant au moindre contact.

Il est quelquefois fort difficile de trouver l'orifice rétréci du rectum; soit qu'il occupe les parties latérales ou même le centre de la tumeur; soit que le rectum, déformé par la production morbide, se dévie brusquement de sa direction normale. Cette difficulté est encore augmentée par l'extrême friabilité de certaines productions cancéreuses, friabilité telle que le doigt les pénètre sans que le chirurgien cesse de croire qu'il se trouve encore dans l'intérieur de l'intestin. Parfois enfin, la tumeur est invaginée dans le rectum, de telle sorte que le doigt explorateur se trouve entouré d'un sillon circulaire.

Dans les cas où la tumeur est trop élevée pour qu'on puisse l'atteindre avec le doigt, on peut chercher à l'abaisser en pressant avec l'autre main sur les parois abdominales au-dessus du pubis. Amussat conseillait de pousser le coude qui correspond à la main exploratrice, avec la main libre, et même de se faire pousser par un aide. Cette manœuvre est dangereuse, et il en est de même, à plus forte raison, de celle qui