

Les formes dures à accroissement lent du carcinome se développent, le plus souvent, sous forme de nodosités qui naissent des glandes de Lieberkühn, comme le prouve l'examen histologique. Mais le type glandulaire est tout au plus conservé dans les couches superficielles. Dans la profondeur, la forme des glandes devient atypique, elles se divisent, se dilatent, des bourgeons épithé- liaux pénètrent dans leur intérieur, la membrane propre disparaît, la tunique musculaire est perforée par le tissu néoplasique qui pénètre de toutes parts dans le tissu conjonctif infiltré de petites cellules, et çà et là également dans les vaisseaux lymphatiques (KLEBS). Tel est l'aspect histologique des formes dures du carcinome, tandis que les formes molles, médullaires, s'éloignent de plus en plus du type glandulaire, pour se rapprocher du carcinome alvéolaire; les cellules cylindriques sont alors, en général, plus petites, subissent volontiers la dégénérescence graisseuse, et apparaissent sous forme de petits foyers disséminés dans un tissu infiltré de cellules embryonnaires. Elles ont une tendance particulière à la dégénérescence rapide.

Outre ces deux formes les plus fréquentes de carcinome, on observe encore au rectum le **carcinome alvéolaire** (cancer gélatineux ou colloïde), et, peut-être, tout aussi souvent le **squirre**.

Le **carcinome alvéolaire** naît aussi des glandes de Lieberkühn, par prolifération atypique; le contenu des alvéoles subit un ramollissement muqueux par dégénérescence colloïde du protoplasme cellulaire. A l'intérieur des alvéoles qui, souvent, sont de grandes dimensions, on observe des masses colloïdes ramollies sous forme de petites granulations ressemblant aux grains de sa- gon. Tantôt la tumeur est molle, lorsque le tissu conjonctif qui entoure les alvéoles, présente une abondante infiltration de cellules rondes, et se rapproche ainsi du tissu de granulation, tantôt elle est dure lorsque ce tissu conjonctif est abondant, mais pauvre en cellules. Une particularité de cette dernière forme de néoplasme, c'est qu'elle tend à envahir, d'une façon diffuse, une étendue considérable des parois du rectum; elle se distingue ainsi du squirre qui intéresse rarement une grande étendue de la muqueuse. D'autre part le squirre, grâce à la tendance à la rétraction de son tissu, donne lieu facilement à des rétrécissements notables de forme annulaire, avec plissement de la muqueuse adjacente.

Ce sont surtout les formes molles de carcinome du rectum qui déterminent, en général, rapidement une infiltration des ganglions lymphatiques du bassin; ce sont elles aussi qui tendent à envahir le péritoine. Les métastases dans le foie sont relativement fréquentes et se produisent de bonne heure.

§ 191. — Au point de vue clinique, nous pouvons nous borner à l'étude des **formes polypeuses** de tumeurs du rectum, ainsi qu'à celle des **carcinomes**.

Les **polypes du rectum**, nous l'avons vu, se présentent tantôt sous la forme histologique d'un **papillome revêtu d'épithélium**, d'un **polype vilieux**, tantôt sous celle d'un **adénome**, d'un **fibrome**, ou d'un **myome polypeux**. Le plus souvent, ils sont fixés, par un long et fort pédicule, au tiers inférieur du rectum; tantôt ils sont isolés, tantôt, mais plus rarement, multiples. En général, ils n'atteignent pas de grandes

dimensions, souvent ils sont mous et ressemblent, pour la forme et le volume, à une fraise ou à une framboise. Plus rarement, ils acquièrent le volume d'un œuf de pigeon; dans quelques cas exceptionnels, on les a même vus remplir de leur masse toute la cavité rectale. L'enfance en est affectée avec une fréquence relative, et parfois même des polypes du rectum ont été observés chez plusieurs enfants de la même famille (LANGENBECK). Ce fait semblerait indiquer une certaine prédisposition congénitale au développement de ces tumeurs.

Nombre de polypes du rectum se développent absolument sans symptômes, et sont trouvés par hasard à l'autopsie. D'autres s'accompagnent pendant longtemps d'une certaine irrégularité des fonctions alvines; tantôt le malade accuse un besoin fréquent d'aller à la selle, et n'évacue alors qu'un peu de mucus ou de sang; tantôt il se plaint de constipation. C'est surtout chez les enfants que l'on observe ce dernier symptôme, conséquence des douleurs que produit le polype pendant la défécation, et qui engagent le petit malade à retenir les selles le plus longtemps possible. Les polypes multiples s'accompagnent volontiers de symptômes d'inflammation catarrhale de la muqueuse du rectum. Grâce à son insertion par un pédicule plus ou moins long à la limite entre les sphincters externe et interne, le plus souvent sur la paroi postérieure de l'intestin, la petite tumeur tend à faire saillie au dehors au moment de la défécation. En général, elle rentre ensuite spontanément dans le rectum, et ne reste procidente que lorsqu'elle est volumineuse ou possède un long pédicule. La tumeur saigne alors facilement à la suite d'érosions superficielles, mais il est rare d'observer des hémorragies abondantes. Parfois le pédicule s'amincit graduellement et se déchire, et la tumeur s'élimine ainsi spontanément.

Il ne peut être question, naturellement, d'un diagnostic sûr que dans les cas où la tumeur est accessible à la vue ou à la palpation. Si le polype ne sort pas du rectum, ou ne fait procidence qu'au moment de la défécation, le diagnostic pourra rester longtemps douteux, ce qui est très souvent le cas, particulièrement chez les enfants. Le moyen le plus simple de provoquer son apparition, consiste dans un lavement d'eau chaude. Si l'on ne réussit pas à voir le polype au moment où le liquide est évacué, on nettoiera d'abord la cavité rectale par un nouveau lavement, et l'on pratiquera ensuite le toucher; on peut facilement découvrir ainsi les polypes durs, tandis que les formes molles échappent facilement à l'exploration digitale. Chez l'adulte, l'examen avec le spéculum est facile; on se sert dans ce but d'un spéculum en forme de demi-gouttière; on se rappellera que la tumeur siège souvent sur la paroi postérieure du rectum, et que, par conséquent, l'instrument ne doit pas être introduit en arrière au niveau du raphé postérieur. Chez les enfants à bassin et à anus étroits, on est obligé de se contenter d'un tout petit spéculum à gouttière ou à valves; la tumeur peut ici facilement échapper à l'observation, grâce à sa con-

sistance molle et à sa coloration semblable à celle de la muqueuse.

L'ablation de la petite tumeur est assez simple, lorsqu'elle fait saillie au dehors. On a seulement à prendre en considération que le pédicule contient parfois de gros vaisseaux dont on aura soin de s'assurer, afin qu'une fois le moignon rentré dans le rectum, il ne se produise pas d'hémorragie grave, accident que l'on a, en effet, assez souvent observé dans ces conditions. Le procédé le meilleur consiste dans la ligature du pédicule, suivie ou non de l'excision du polype. Après avoir provoqué le prolapsus de la tumeur, si elle n'était pas déjà procidente, et cela de préférence au moyen d'un lavement, on fait prendre au malade, lorsqu'il s'agit d'un adulte, la position sacro-dorsale. Si l'on a affaire à un enfant, on le place, le ventre en bas, et les jambes pendantes, sur les genoux d'un aide assis; le sacrum doit être un peu plus élevé que le dos; on peut aussi donner au petit malade la même position sur le rebord d'une table. Au moyen d'une pince à larges mors, ou d'une pince à pansements ou à polypes, l'aide saisit le pédicule directement en arrière du corps de la tumeur, en usant de précautions, afin de ne pas le déchirer; puis on place un fil de soie autour du pédicule, en arrière de l'instrument. Le fil ne doit pas être trop mince, et si le pédicule est mou, il faut avoir soin de ne pas le serrer trop fortement, de crainte qu'il ne coupe les tissus. Lorsque le pédicule est très épais, on peut le traverser avec une aiguille munie d'un fil double et le lier ainsi séparément en deux moitiés.

Est-on obligé d'opérer sans assistance, on peut avoir recours à une pince à verrou, construite de façon à ne pas serrer trop fortement le pédicule; l'instrument ne doit pas être trop lourd, afin qu'on puisse l'abandonner à lui-même une fois appliqué. ESMARCH conseille de saisir le polype lui-même au moyen d'une pince à griffes et à arrêt, que l'on laisse pendre librement. Enfin BOKAI a fait construire un instrument analogue aux serres-fines, et destiné à saisir le pédicule.

Après avoir lié le pédicule, on excise la tumeur au devant de la ligature. — Les polypes papillaires à large base d'insertion, doivent être extirpés d'après les mêmes règles que d'autres tumeurs de l'intestin. L'anus ayant été dilaté artificiellement, on se sert pour l'extirpation, soit du bistouri et des ciseaux, soit de l'anse galvanocaustique. C'est à cette dernière que l'on doit accorder la préférence dans la plupart des cas, à condition de ne chauffer le fil que légèrement.

§ 192. — Le **carcinome du rectum** s'observe particulièrement chez des individus d'un certain âge; cependant, il n'est pas du tout exceptionnel de le rencontrer chez des personnes ayant à peine atteint la 20^e année. Il paraît être en somme plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Le siège de prédilection du néoplasme est le tiers inférieur du rectum, au-dessus du sphincter externe. Dans un nombre de cas relativement considérable, il affecte d'emblée la forme annulaire. Il n'est pas rare de le

voir se propager en haut jusqu'à l'S iliaque et envahir d'autres organes du bassin: le vagin, le périnée, la vessie chez la femme, la prostate et la vessie, etc., chez l'homme. Suivant la forme histologique du carcinome, la marche du néoplasme est tantôt lente et s'étend à un grand nombre d'années, tantôt rapide, au point d'entraîner la mort au bout de 6 à 12 mois.

Dans toute l'étendue de ses parois occupée par le carcinome, le rectum se trouve transformé en un tube rigide, dépourvu d'élasticité, qui tend à se rétrécir encore ultérieurement par l'accroissement du néoplasme dans son intérieur. Les phénomènes de rétraction, qui sont particuliers au squirre, aggravent dans nombre de cas le rétrécissement, que l'on a parfois quelque peine à distinguer des strictures dues à d'autres causes (syphilis). Par suite de l'abondante prolifération cellulaire des nodosités du carcinome qui s'accroissent dans l'intérieur du rectum, la nutrition du néoplasme est en souffrance. En outre, grâce à la stagnation des matières fécales, les éléments infectieux existent nombreux dans l'intestin rétréci; aussi n'est-il pas étonnant que l'on observe souvent, et relativement de bonne heure, la fonte et l'ulcération des masses néoplasiques. La suppuration qui en résulte revêt, en général, d'emblée le caractère putride; aussi observe-t-on volontiers des destructions étendues du néoplasme avec perforation dans les cavités voisines, telles que le vagin, la vessie, etc. Parfois se forment autour de l'anus des fistules le long desquelles se propage le carcinome, ou bien il s'établit à côté de la partie malade un trajet fistuleux qui fait communiquer la partie supérieure saine avec l'extrémité inférieure de l'intestin. Il arrive aussi que des masses néoplasiques développées dans l'intérieur du rectum se mortifient, et que, tout à coup, le cours des matières devient plus libre après que le malade a présenté pendant un certain temps des phénomènes très marqués de sténose rectale. On observe aussi volontiers dans ces cas des hémorragies qui épuisent le malade. Au-dessus de la partie rétrécie par le cancer s'accumulent des matières fécales, et cette rétention ne fait que favoriser encore la **cachexie** qui, le plus souvent, s'empare rapidement du malade dans de pareilles conditions. Lorsque le carcinome se développe sur un point élevé du rectum, il se propage volontiers du côté du péritoine, et il peut provoquer alors une péritonite par perforation.

Le tableau anatomo-pathologique que nous venons d'esquisser, facilitera la description des **symptômes**. Souvent le malade n'éprouve que fort peu de douleurs, et il vient consulter le médecin soi-disant pour des hémorroïdes, alors qu'il présente déjà un carcinome ulcéré du rectum de l'étendue de la paume de la main. Les douleurs se font sentir principalement lorsque la néoplasie se propage à la partie comprise entre les sphincters. En même temps le malade est alors, en général, tourmenté par un ténésme douloureux.