

Presque toujours on observe déjà de bonne heure des symptômes de sténose rectale. Le malade est constipé, parfois il reste un grand nombre de jours sans aller à la selle, et finalement on ne peut obtenir d'évacuation alvine que par les médicaments les plus énergiques.

A cette période, on peut déjà observer un écoulement de pus, de sanie et de sang par l'anus; en tout cas, le plus souvent, ces liquides s'écoulent au dehors au moment des selles. Le malade peut succomber aux conséquences du rétrécissement si l'ulcération du néoplasme ne vient pas, comme nous l'avons vu plus haut, rendre au rectum sa perméabilité. Souvent l'état général du malade reste bon pendant un temps remarquablement long en dépit de l'ulcération, de la fonte putride du néoplasme et de la rétention des matières fécales, tandis que dans d'autres cas on observe bientôt des phénomènes de collapsus avec altération rapide des traits. Ces symptômes se montrent surtout lorsque l'ulcération cancéreuse a envahi le vagin et la vessie, et a donné lieu à des troubles notables de la miction, etc.

C'est précisément dans le diagnostic du carcinome du rectum qu'il importe de se rappeler la règle que nous avons formulée dans plus d'une occasion, à propos de l'exploration digitale. Au début de la maladie, alors que les symptômes consistent dans l'écoulement de mucus et de sang, dans la constipation ou des diarrhées sanguinolentes alternant avec la constipation, dans des douleurs au niveau du sacrum et de l'anus, il n'arrive que trop souvent que le médecin se contente du diagnostic d'affection hémorroïdale; même l'issue par l'anus d'un pus fétide ne suffit souvent pas à écarter cette supposition, surtout que, nous l'avons vu, l'état général du malade, dans nombre de cas, reste longtemps sans altération malgré l'existence d'un cancer du rectum. Si l'on a soin de ne pas négliger l'exploration digitale, on arrivera facilement à reconnaître la plupart des carcinomes qui ne siègent pas sur un point trop élevé de cette partie du tube intestinal. Parmi les autres ulcérations et néoplasies ulcéратives du rectum, celles auxquelles donne lieu la syphilis, peuvent seules être confondues avec le carcinome, et, de fait, en l'absence d'anamnétiques, le diagnostic peut offrir de sérieuses difficultés. Les lésions syphilitiques du rectum s'observent presque exclusivement chez la femme; il est rare qu'elles n'affectent pas la forme ulcéreuse. L'ulcération syphilitique n'a, sans doute, jamais la dureté du carcinome ulcéré et ne débute jamais aussi nettement que ce dernier par une grosse nodosité de la muqueuse. En outre, dans la première affection, la tendance de l'ulcération à se cicatriser est beaucoup plus marquée, et souvent cette tendance se manifeste bien nettement par l'existence d'une **stricture cicatricielle** au niveau de la partie la plus inférieure du rectum.

Mentionnons, d'autre part, la marche très différente des deux maladies

dans nombre de cas, c'est-à-dire la marche rapide du cancer et l'évolution lente, s'étendant à plusieurs années, de l'affection syphilitique. Enfin, parfois, l'excision d'un petit fragment du néoplasme permettra de poser un diagnostic anatomique sûr. Il arrive bien plus rarement qu'une tuberculose de la muqueuse de la partie la plus inférieure du rectum donne lieu à une confusion avec le carcinome. Les ulcérations tuberculeuses sont plates, molles et décollées. En règle générale on ne les observe que chez les phthisiques.

Il est encore plus difficile de poser un diagnostic sûr lorsque le carcinome occupe une partie élevée du rectum. Parfois, cependant, on y parvient, soit au moyen d'un spéculum cylindrique, soit en introduisant la moitié de la main ou toute la main dans le rectum. Si ces moyens d'exploration ne conduisent pas au but, on se contentera d'admettre un rétrécissement profond de l'intestin, que l'on mettra avec plus ou moins de probabilité sur le compte d'un carcinome en se basant sur l'anamnèse, sur l'âge des malades, sur la marche rapide de l'affection et la cachexie dont elle s'accompagne, sur l'intumescence des ganglions iliaques, etc.

Dans les carcinomes profondément situés, il est d'une grande importance pratique de déterminer exactement à quelle hauteur le néoplasme s'étend dans le rectum, car c'est sur cette donnée que se base essentiellement le pronostic de l'opération. Autrefois, on considérait les cas dans lesquels le cul-de-sac péritonéal est envahi par le carcinome, comme étant au-dessus des ressources de l'art; il n'en est plus de même aujourd'hui, bien qu'au point de vue du pronostic, l'ouverture de la cavité du péritoine ne soit pas une complication indifférente de l'extirpation du rectum. C'est pourquoi, aujourd'hui encore, il y a tout intérêt à déterminer approximativement les limites inférieures du péritoine. Comme c'est à la face antérieure du rectum que le repli de Douglas s'étend le plus bas, c'est aussi le long de cette face que l'on cherchera surtout à fixer les limites du néoplasme. Malheureusement, la hauteur à laquelle se trouve le cul-de-sac du péritoine chez l'adulte, dépend de diverses circonstances, de l'état de réplétion de la vessie, de la position plus ou moins basse du vagin et de l'utérus, des tumeurs de ce dernier, etc. A l'état normal, chez le garçon, le repli de Douglas s'étend jusqu'au bord supérieur de la prostate. Peu à peu il s'élève à mesure que se développent les vésicules séminales; il en est de même à un âge avancé grâce à l'augmentation de volume de la prostate. Chez la femme, c'est l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin qui correspond d'habitude au cul-de-sac péritonéal. Si l'on songe aux variations physiologiques et pathologiques de l'espace occupé par ces divers organes et des relations qu'ils affectent entre eux, on comprend qu'il soit presque impossible de fixer d'une façon absolue la limite du péritoine, comme le prouvent, du reste, les indications fournies à ce sujet par les différents auteurs (d'après MALGAIGNE, 6 à 8 ctm. chez l'homme, 4 à 6 ctm. chez la femme, d'après LUSCHKA 5, 8 à 8 ctm., d'après RICHET 10, 8 ctm. chez l'homme, 16, 2 chez la femme, etc).

En général, on peut affirmer que les carcinomes dont la limite supérieure



peut être facilement atteinte avec le doigt, sont accessibles au bistouri sans lésion du péritoine; pour la paroi postérieure du rectum cette limite peut être reportée encore plus haut. Lorsqu'il est possible de déterminer par le toucher la position de la prostate chez l'homme, de l'extrémité supérieure du vagin chez la femme, on a là de bons points de repère pour arriver à reconnaître la limite du cul-de-sac de Douglas.

Du reste, comme nous le verrons encore dans la description de l'opération, cette question n'a pas l'importance qu'on lui attribue ordinairement. En effet, on parvient généralement à détacher l'intestin du péritoire sur une grande étendue sans blesser ce dernier.

§ 193. — Il n'existe certainement aucun motif pour traiter ces néoplasmes du rectum autrement que ceux des autres parties du corps; bien au contraire, ce sont précisément les carcinomes de cette région qui, souvent, tourmentent si affreusement le malheureux qui en est affecté, qu'une intervention opératoire s'impose absolument au chirurgien. Nous devons insister particulièrement sur cette question parce que, encore de nos jours, l'opération est condamnée par des chirurgiens de renom, surtout en Angleterre. Lorsqu'on opère tout à fait dans les tissus sains, on réussit assez souvent à délivrer assez complètement, et pour des années, les pauvres malades des souffrances auxquelles ils étaient voués sans cette intervention, et bien que, en raison des conditions anatomiques si peu favorables à une opération, la récurrence ne tarde pas à se produire dans la plupart des cas, on procure tout au moins au malade, pendant un certain temps, un soulagement notable. A ce point de vue, on ne peut même qu'approuver le moyen palliatif surtout conseillé et mis en pratique par SIMON, et qui consiste à débarrasser le rectum, autant que possible, au moyen de curettes tranchantes, des masses carcinomateuses qui l'obstruent plus ou moins. Souvent on obtient ainsi une amélioration temporaire, une diminution de la suppuration, une facilité plus grande des évacuations alvines. En ce qui concerne le **pronostic** de l'opération du carcinome du rectum, nous savons tout au moins que dans quelques cas l'extirpation de la tumeur a été suivie d'une guérison définitive, tandis que d'autres opérés n'ont été atteints qu'au bout de plusieurs années de récurrences ou de métastases.

D'après une communication de HEUCK, sur 25 opérés à la clinique de Heidelberg, un seul a succombé à l'opération (mortalité = 4 0/0). Au moment de cette communication, parmi les opérés, 9 étaient exempts de récurrence; 3 de ces derniers avaient été opérés plus de 4 ans auparavant, ce qui donne une proportion de guérison de 42 0/0. La cause de la fréquence si grande des récurrences doit être cherchée, non pas dans la malignité de la maladie, mais dans la longue durée du carcinome, le malade ne se décidant que tardivement à l'opération, ainsi que dans l'accès difficile des parties qu'il s'agit d'extirper. On peut dire que la grande majorité des cas observés dans les cliniques chirurgicales ne sont point favora-

bles à une opération, et cependant, même après des extirpations totales étendues, les récurrences ne sont souvent survenues qu'après des années; parfois même il n'y a pas eu de récurrence, et les malades ont succombé à des métastases, lesquelles se produisent surtout dans le foie. Lorsque le carcinome s'étend trop haut pour que l'on puisse en tenter l'extirpation, et que, d'autre part, on ne veut pas avoir recours à la colotomie, on est bien obligé alors de se contenter de l'introduction, jusqu'au delà de la partie malade, d'un tube servant à faire des injections d'eau dans le but de ramollir et d'évacuer les masses fécales accumulées au-dessus du point rétréci par le néoplasme. Par contre, on devrait toujours extirper, autant que possible avec une zone de tissus sains, les carcinomes dont on peut atteindre avec le doigt la limite supérieure. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, le cul-de-sac péritonéal ne saurait être considéré comme une limite que le chirurgien doit respecter. En effet, il est possible de détacher le péritoine de l'intestin sur une grande étendue, et, d'autre part, une perforation de la séreuse, si elle n'est pas trop grande, peut être fermée avec les précautions antiseptiques. Les déchirures étendues du péritoine qui ne peuvent être réunies complètement par des points de suture, sont laissées ouvertes, du moins en partie, et l'on introduit de longs tubes à drainage à côté du rectum jusque dans la cavité péritonéale (BARDENHEUER). Lorsque le carcinome s'est étendu plus ou moins en bas et en avant, les indications opératoires varient suivant la manière de voir des différents chirurgiens. Il est certain que l'on peut enlever sans danger des parties du périnée et du vagin, bien que, le plus souvent, une rétention imparfaite des matières fécales en soit la conséquence. Par contre il est fort douteux que l'extirpation de la prostate et de parties malades de la vessie (NUSSBAUM, SIMON) puisse avoir souvent de bons résultats, bien que dans quelques cas on ait obtenu ainsi une amélioration passagère.

Une opération des plus simples est celle qui consiste à extirper des parties malades de l'anus. Suivant les circonstances, on excise un côté seulement de l'anus par une incision semi-lunaire ou cunéiforme, ou bien l'anus tout entier au moyen de deux incisions semi-lunaires pratiquées de façon à permettre l'extirpation de toutes les parties envahies par le néoplasme. Lorsque l'excision a dû être pratiquée profondément, on suture, une fois l'opération terminée, la muqueuse aux bords de la plaie cutanée. L'extirpation du périnée ne complique pas non plus l'opération d'une façon notable. La position à adopter pour toutes ces opérations, est le décubitus dorsal avec siège élevé. Les jours précédents on n'accordera au malade qu'une nourriture liquide, et on lui administrera des laxatifs. Le matin de l'opération, le rectum doit être encore une fois lavé avec de l'eau chaude, puis avec une solution d'acide salicylique.

La plaie est drainée de façon que les bouts des drains sortent par l'ori-