

sécutives, et aux rétrécissements de l'anūs consécutifs à la formation de cicatrices rétractiles étendues. Et cependant la gangrène de la tumeur est préférable à sa suppuration, les accidents de phlébite et de transport du pus ou des caillots vers le foie sont moins à redouter.

Tout comme les hémorroïdes externes et beaucoup plus qu'elles encore, les hémorroïdes internes peuvent donner naissance à des suppurations du tissu connectif ambiant, à des abcès périrectaux, à des fistules indurées qui peuvent, comme j'en ai vu des cas, s'ouvrir jusque sur la fesse en nombre plus ou moins considérable.

Après tout ce que nous venons de dire, on comprend qu'il n'est pas difficile de reconnaître les hémorroïdes, et cependant dans certains cas, quand elles sont internes, le toucher anal ne suffit pas et il faut se servir du spéculum dilatateur ou d'un moyen quelconque capable de permettre l'examen visuel de la muqueuse rectale. Quoi qu'il en soit, l'existence d'accès qui disparaissent complètement pour reparaitre après un temps fort long quelquefois, l'écoulement sanguin, sont des éléments précis de diagnostic; ce n'est que dans le cas d'une première crise hémorroïdaire que le chirurgien pourrait être quelquefois embarrassé.

Traitement. — Faut-il songer à détruire les hémorroïdes chaque fois qu'elles existent ou faut-il se borner à des soins palliatifs? Toutes les fois que les hémorroïdes externes ou internes sont compatibles avec la santé et ne la compromettent pas par des pertes de sang trop abondantes et trop répétées, toutes les fois qu'elles ne s'opposent pas d'une manière trop fréquente aux travaux du malade, elles ne sont qu'une gêne douloureuse, souvent, une infirmité, et mieux vaut s'abstenir. Se basant sur l'innocuité relative des opérations faites avec les méthodes antiseptiques, les chirurgiens ont cru devoir opérer dans la plupart des cas d'hémorroïdes, mais les accidents graves et mortels de phlébite survenus nous engageant à conseiller l'abstention toutes les fois que l'opération n'est pas nettement indiquée. C'est surtout aux hémorroïdes internes que je fais allusion en ce moment, car il est rare que le malade vienne consulter un chirurgien pour des hémorroïdes externes non suppurées ou non ulcérées. S'il s'est formé un abcès, on ouvrira la tumeur suppurée et on cautérise légèrement l'ulcération; avec des soins de propreté, des applications froides et du repos tout rentre dans l'ordre. Il peut se faire cependant que la tumeur, très douloureuse, très congestionnée, détermine par sa réaction sur les centres nerveux des accidents auxquels il importe de porter un remède immédiat; en ce cas on incisera la tumeur en la débarrassant du sang ou du caillot qu'elle contient, mieux encore on en comprendra la base dans une ligature élastique, ou bien on l'excisera.

Avant de passer au traitement des hémorroïdes internes, il me paraît bon de dire quelques mots sur les moyens qui peuvent éviter

l'apparition des attaques ou en diminuer l'intensité. Sans nier l'influence d'un régime doux, d'un exercice journalier, il suffit de songer que la distension de l'ampoule rectale par les matières fécales en amène la congestion et la gêne circulatoire, pour comprendre que le meilleur préventif consiste dans le maintien de sa vacuité. Il faut donc que l'hémorroïdaire évite toute constipation et qu'il se procure plusieurs garde-robes par jour, par des purgatifs doux le matin et par des lavements froids deux ou trois fois dans la journée; je n'ignore pas que c'est là un ennui auquel beaucoup de malades se refusent, mais mieux vaut un ennui permanent que des attaques de douleurs vives. Une fois la crise arrivée, les opiacés et les préparations belladonnées peuvent rendre quelques bons services en calmant les douleurs et en empêchant les contractures du sphincter, le ténesme, si douloureux parfois; les applications glacées, la compression de la région anale avec les doigts, la position dans le décubitus dorsal, la tête basse avec les genoux relevés et les cuisses écartées font souvent disparaître rapidement les douleurs. Les pertes de sang seront combattues par les moyens appropriés, le froid, les tampons imbibés dans un liquide astringent s'il est nécessaire.

Les hémorroïdes procidentes seront réduites; d'ordinaire elles le sont facilement, d'autres fois au contraire, quand la tumeur est volumineuse, qu'elle est étranglée à sa base par le sphincter contracturé, il faudra un taxis méthodique et prolongé pour les faire rentrer. Bien que la perte de sang les décongestionne et en facilite la réduction, je ne crois pas qu'il faille la provoquer par des piqûres ou des mouchetures; l'on ne sait pas, en effet, quelle sera la quantité de sang qui va s'écouler, quantité qui peut avoir une action fâcheuse sur l'état général du malade.

Le sphincter contracturé s'opposant à la réduction et déterminant par son spasme des douleurs vives, l'on devait songer à lever l'obstacle, à faire l'incision ou mieux la dilatation forcée de cette bande musculaire. La dilatation qui aujourd'hui est surtout employée se fait soit avec les pouces, comme nous l'avons indiqué pour la fissure, soit avec le spéculum dilatateur de Nicaise. Il peut s'ensuivre de la procidence de la muqueuse rectale et par voie réflexe de la dysurie; les crises hémorroïdales peuvent reparaitre plus tard, car les tumeurs veineuses existent toujours, mais les douleurs qu'elles occasionnent sont bien amoindries et le plus souvent abolies, la crise se borne alors à une simple perte de sang.

Je ne ferai qu'indiquer l'excision des tumeurs hémorroïdales internes, qu'elle soit faite avec le bistouri ou avec l'écraseur: les hémorrhagies qu'elle occasionne y ont fait renoncer,

On s'est proposé également de détruire la tumeur par les cautères actuels ou tout au moins de faire coaguler le sang dans la tumeur par

chaleur rayonnante; ces procédés sont très douloureux tout comme la cautérisation galvanique, et à la chute de l'eschare on a vu des hémorragies secondaires se produire. Les rétrécissements cicatriciels consécutifs sont toujours à redouter.

La méthode du clamp rougi appliqué sur le pédicule de la tumeur que l'on a au préalable attirée au dehors est préférable et a donné d'excellents résultats, à condition que des garnitures isolantes empêchent la chaleur rayonnante de cautériser les tissus périphériques au pédicule, sans quoi comme précédemment les rétrécissements cicatriciels seraient à redouter.

Signalons seulement les méthodes de destruction de la tumeur par les caustiques potentiels; tous ces procédés, potasse caustique, acide nitrique, chlorure de zinc, nitrate acide de mercure, sont extrêmement douloureux et ne mettent nullement à l'abri des hémorragies consécutives et des rétrécissements cicatriciels.

Arrivons-en enfin à la méthode à laquelle je donne la préférence, c'est la ligature et la ligature élastique surtout, sans doute elle est souvent assez douloureuse, mais elle l'est beaucoup moins que les cautérisations, et toujours avec la glace, avec des lavements froids on peut la faire disparaître ou l'atténuer largement; la ligature met de plus à l'abri des hémorragies consécutives et des rétrécissements cicatriciels. Comme dans l'opération de la fistule on peut activer la chute du fil en appliquant les balles de plomb autour des deux bouts du fil élastique qui embrasse exactement la base de la tumeur et qui l'étreint.

G. — Chute du rectum. Prolapsus rectal.

Les efforts considérables et prolongés nécessités par des constipations opiniâtres, par des irritations répétées ou incessantes de la muqueuse (ascarides, polypes, ulcérations), par des rétrécissements d'origine cicatricielle ou consécutifs à l'existence de tumeurs intra ou périrectales peuvent entraîner un prolapsus du rectum à travers l'ouverture anale. Toujours pour que cet accident se produise, il faut que, momentanément au moins, la tonicité du sphincter soit amoindrie et que par sa contraction il ne puisse fermer l'orifice anal et empêcher la sortie de l'intestin.

Tantôt c'est la muqueuse seule qui est entraînée au dehors; c'est le cas le plus fréquent chez l'enfant en bas âge, chez lequel la mollesse des éléments connectifs sous-muqueux explique le glissement de la muqueuse sur les couches musculaires.

Assez rare dans l'âge adulte, la chute du rectum est chez l'homme fait tantôt simplement un prolapsus de la muqueuse, tantôt, au contraire, une véritable invagination du rectum; toute la partie qui fait saillie au dehors est donc revêtue par la muqueuse qui double les couches muscu-

lares invaginées. La portion sortie par l'ouverture anale peut quelquefois atteindre 8 à 10 centimètres et davantage de largeur. On a signalé chez l'adulte des prolapsus rectaux survenus à la suite d'équitation prolongée; l'issue de bourrelets hémorroïdaux internes peut entraîner la muqueuse. Les affections chroniques des organes du petit bassin, vessie, prostate, vésicules séminales, peuvent, elles aussi, en comprimant le rectum d'avant en arrière et de haut en bas, favoriser son issue à travers l'anus. Chez la femme, les tumeurs de l'utérus, quelle qu'en soit la nature, peuvent agir de la même manière.

Chez le vieillard, la chute du rectum se présente plus fréquemment, elle est à cet âge due à toutes les causes de débilitation et de régression des éléments musculaires du plancher périnéal. C'est une maladie de faiblesse que favorisent encore chez lui les tumeurs avoisinantes, s'il en existe, ou les constipations que la paresse de l'intestin entraîne si souvent chez l'homme arrivé à son déclin. Chez lui encore, c'est la muqueuse seule qui souvent fait hernie à travers l'anus, bien que fréquemment aussi l'invagination des couches musculaires de l'intestin vienne compliquer l'affection.

Quand la chute rectale est constituée par la totalité des parois et quand elle atteint une certaine longueur, on comprend que le cul-de-sac péritonéal puisse lui-même être attiré au dehors et que la séreuse s'étende jusque sur une partie de la face antérieure de la tumeur dont elle tapisse les parties invaginées. On peut admettre que des anses intestinales puissent quelquefois s'engager dans le cul-de-sac péritonéal anormalement prolongé au dehors.

Le point qui dans le rectum correspond à l'invagination, le point où les tuniques de l'intestin ont commencé à se replier en doigt de gant, constitue un sillon circulaire autour de l'intestin, sillon qui existe plus ou moins haut, suivant que l'intestin s'est replié sur lui-même à une distance plus ou moins grande au-dessus de l'anus.

La tumeur constituée par le rectum prolapsé est arrondie quand c'est la muqueuse seule qui est herniée, ou quand une petite portion des parois intestinales est invaginée; quand, au contraire, la chute rectale est plus considérable, la tumeur devient allongée, cylindrique. Toujours la muqueuse est rouge, veloutée, garnie de plis parallèles, transversaux, recouverts de mucosités glaireuses mélangées à des débris de matières fécales liquides. L'ouverture de l'anus se trouve au centre de l'extrémité inférieure de la partie herniée, à moins que des causes telles que l'issue du cul-de-sac péritonéal antérieur ne repoussent cette ouverture en arrière; elle est d'ordinaire arrondie, mais l'existence des replis membraneux qui l'entourent peut modifier cette forme.

La tumeur se réduit d'ordinaire d'elle-même quand elle est simplement formée par la muqueuse; si cependant elle se reproduit un grand nombre de fois, si les adhérences normales de la muqueuse avec les tissus

sous-muqueux ne se refont pas, la tumeur peut ne pas se réduire et il faut qu'à l'aide des doigts, les parents de l'enfant ou sa nourrice fassent rentrer la partie herniée. Chez l'adulte, quand il s'agit d'une invagination, la réduction devient quelquefois bien plus difficile, il en est de même chez le vieillard, chez qui la contention de la tumeur réduite est toujours fort problématique en raison de la paresse du sphincter que la tumeur herniée dilate de plus en plus. Aussi, chez le vieillard, tout effort, la toux, l'éternuement, la marche elle-même, font-ils ressortir le rectum à chaque instant.

La muqueuse qui recouvre la portion prolabée peut s'enflammer sous l'influence des causes irritantes de toute nature auxquelles elle est exposée, elle peut s'ulcérer et suppurer. Chez les enfants on voit quelquefois de petites tumeurs développées au niveau des points ulcérés, ces tumeurs sont de vrais bourgeons charnus qui saignent facilement (fungus bénins). La circulation dans les plexus veineux sous-muqueux et sous-musculaires, gênée déjà par le repliement des couches intestinales, s'engorge de plus en plus sous l'influence de la congestion des tissus; la transsudation du plasma dans le tissu connectif sous-muqueux en détermine le gonflement, et sous l'influence de cet accroissement de volume de la portion herniée un étranglement peut se produire. Cet étranglement favorisera encore la contracture réflexe du sphincter, si ce muscle n'a pas perdu toute son élasticité. Outre les accidents généraux de l'étranglement, on voit alors des plaques gangréneuses se développer sur la tumeur prolabée; quand ces plaques sont superficielles, il se produit des hémorragies au moment où elles se détachent; quand elles sont plus profondes, le repli péritonéal peut lui-même être compris dans la plaque mortifiée et une péritonite mortelle en devient la conséquence. Lorsque la tumeur ulcérée est réduite, la surface de l'ulcération, toujours irritée par les liquides et les matières fécales, continue à suppurer, à saigner; les selles deviennent très douloureuses, et l'irritation des fibres nerveuses se transmet jusqu'aux reins en haut, jusqu'à la vessie et aux organes génitaux en bas. Les pertes de sang peuvent affaiblir le malade, les accidents gastriques surviennent et la nutrition se fait de plus en plus mal. Quand les ulcérations sont profondes et surtout quand des eschares se détachent des parois intestinales, elles donnent fatalement, après leur guérison, naissance à un rétrécissement cicatriciel du rectum. S'il n'est pas difficile, après ce que nous venons de dire, de distinguer la chute du rectum d'avec un bourrelet hémorroïdaire, il est fort difficile de savoir si le cul-de-sac péritonéal antérieur a suivi l'invagination des parois intestinales, et cependant, comme nous le verrons, il peut être important de le savoir, le chirurgien devra donc toujours, en cas d'invagination considérable, se conduire comme s'il était sûr que le péritoine a suivi l'intestin. Lorsque des anses intestinales se sont engagées dans le cul-de-sac péritonéal

entraîné avec le rectum, elles peuvent se réduire facilement avec le glou-glou classique, on a signalé quelques rares cas où ces anses intestinales s'étaient engouées et étranglées; en pareil cas, il ne faudrait pas hésiter et lever l'obstacle.

Traitement. — Chez l'enfant le prolapsus de la muqueuse rectale n'est souvent qu'un accident sans gravité et susceptible d'une guérison spontanée par l'évolution normale et naturelle du tissu connectif sous-muqueux qui devient de plus en plus dense et retient de mieux en mieux la muqueuse sur les couches musculaires. Il ne faut, cependant, pas perdre de vue que cet accident est dû toujours à un état de faiblesse générale auquel on remédiera par les toniques et les reconstituants. Chez les vieillards, cette médication est de règle absolue.

Pour réduire la tumeur, suivant qu'elle est plus ou moins volumineuse, on tentera la réduction en masse par un taxis prolongé, et si l'on ne réussit pas on introduira le doigt ou une canule renflée à son extrémité dans l'ouverture anale et sur ce conducteur on fera rentrer circulairement et successivement les replis muqueux. L'usage préalable du froid, qui diminue le gonflement dû à la gêne circulatoire, est un excellent adjuvant pour la réduction. On peut être obligé d'en arriver à débrider le sphincter.

La réduction une fois opérée, il faut maintenir la tumeur réduite. Pendant quelques jours on mettra le malade au repos dans le décubitus dorsal, en appliquant un bandage compressif soutenant des linges imbibés de solutions astringentes ou simplement d'eau froide, la glace pourrait entraîner des gangrènes superficielles. Pour maintenir la tumeur réduite le tamponnement suffit. On a inventé des pelotes en gomme, en ivoire, maintenues par un bandage rattaché à une ceinture soutenue elle-même par des bretelles; on a appliqué encore des poches de formes diverses capables d'être dilatées par insufflation, que l'on introduit et que l'on gonfle dans la cavité rectale, elles s'opposent à la récurrence du prolapsus.

On a songé à rendre de la tonicité au sphincter pour le mettre ainsi à même de s'opposer à la sortie du rectum; on s'est adressé pour cela à l'électricité et surtout aux préparations de strychnine ou d'ergotine par injection hypodermique. Dans le but de rétrécir l'orifice anal, on s'est servi de suppositoires astringents, de cautérisations au fer rouge, au thermo-cautère, aux caustiques potentiels dont l'action porte sur toute la périphérie de l'anus ou sur un ou plusieurs points seulement de l'orifice. Tous ces derniers procédés ont un inconvénient quand il s'agit d'un prolapsus invaginé un peu développé, on ne sait pas alors, en effet, si le cul-de-sac péritonéal qui peut avoir été entraîné ne court pas le risque d'être atteint. Après toutes ces opérations le repos, les pansements antiseptiques, l'usage des opiacés pour éviter le passage des matières fécales, sont de rigueur absolue. On se sert des mêmes procédés

quand il s'agit d'un prolapsus de la muqueuse, c'est alors dans le but d'établir des adhérences actives entre la muqueuse et les couches musculaires en créant un véritable tissu inodulaire entre ces lames, mais toujours en pareil cas on peut redouter un rétrécissement consécutif.

La chute spontanée par sphacèle de la tumeur prolapsée donna l'idée d'obtenir le même résultat par son excision totale ou limitée aux replis muqueux; des hémorrhagies, des abcès, des phlébites sont survenues. Peut-être aujourd'hui les méthodes antiseptiques mettraient-elles à l'abri de ces accidents.

J'en dirai autant du procédé qui consiste à exciser la partie ano-coccygienne du sphincter dans le but de rétrécir l'orifice dilaté.

§ 3. — Lésions formatives ano-rectales.

On rencontre autour de l'anus des *condylomes*, productions dermiques plates, arrondies, faisant saillie au-dessous de l'épiderme qui les recouvre. Quand elles ne sont pas ulcérées, elles causent un chatouillement incessant et quelquefois très fatigant lorsque, l'épiderme étant tombé, elles s'ulcèrent et laissent écouler un liquide fétide; elles sont tout à fait indolentes. On a voulu, bien à tort, rattacher les condylomes à la syphilis, car beaucoup de femmes indemnes de toute vérole en sont atteintes.

Le derme et ses papilles peuvent après une irritation de la région anale produire des *papillomes* de forme variable. Arrondis quelquefois, ils sont d'autres fois, en raison de leur compression réciproque ou de celle qu'exerce sur eux le pli interfessier, disposés en forme de crêtes de coq, de choux-fleurs. Toujours ces papillomes sont en grand nombre et envahissent les deux côtés du pli fessier. Ces papillomes sont très vasculaires; les syphiliographes ont voulu les rattacher à la vérole, il est démontré aujourd'hui que leur apparition peut être en rapport avec des affections générales tout autres, avec le diabète, avec la scrofule, on sait en outre que pendant la grossesse on en voit quelquefois survenir qui après l'accouchement, disparaissent sans le moindre traitement spécifique; leur grand nombre et leur groupement autour de l'anus peut être dû à une sorte d'auto-ensemencement. Le frottement dans la marche fait tomber rapidement l'épiderme mince qui les recouvre au début, elles s'ulcèrent alors et donnent naissance à un liquide infect qui salit le linge et qui peut être une cause productrice d'érythèmes péri-anaux. Au contraire, les papillomes qui se développent sur la partie cutanée du revêtement recto-anal, sur la partie inférieure de ce que l'on appelle la muqueuse rectale, n'étant pas soumis aux mêmes causes de frottements, ne se dépouillent pas de leur épiderme et sont de véritables verrues. Ces papillomes causent un prurit désagréable et quelques douleurs irradiées quand ils sont ulcérés. Leur forme, leur indolence relative,

leur aspect les font aisément reconnaître et différencier d'avec des épithéliomas au début.

Traitement. — Il faut les détruire et arriver à détruire leur point d'implantation sur les papilles dermiques, sans quoi la récurrence sur place est certaine. Pour cette destruction l'excision simple ne suffit pas, il faut la combiner avec la cautérisation; c'est aux caustiques liquides et surtout au sous-nitrate acide de mercure que l'on donne la préférence, soit qu'on l'emploie d'emblée, soit qu'on l'applique après l'excision. Quand ces tumeurs gagnent la partie inférieure du rectum, leur excision pouvant donner naissance à une perte de sang quelquefois gênante, on les enlèvera avec l'écraseur ou avec des fils élastiques. Toujours ces petites opérations devront être suivies de pansements antiseptiques.

A. — *Polypes du rectum.*

Au-dessus de l'anus, dans la partie inférieure du rectum, on rencontre quelquefois, principalement chez les enfants, des tumeurs pédiculées dures ou molles, du volume habituel d'une noix, mais qui peuvent atteindre celui d'une petite orange. Ces tumeurs quand elles sont dures sont développées dans les éléments connectifs sous-muqueux et sont alors de véritables fibromes; quand elles sont molles ce sont des adénomes dont l'origine se trouve dans les glandes. Ces polypes mous sont toujours très vasculaires et peuvent donc donner naissance à des pertes de sang assez considérables. D'habitude elles contiennent dans leur intérieur des cavités kystiques remplies d'un liquide clair, gélatineux; qui peut être brun rougeâtre quand il s'y trouve des éléments sanguins.

La présence des polypes dans la partie inférieure du rectum agit comme le ferait celle d'un bol fécal toujours présent; ils déterminent des envies permanentes d'aller à la garde-robe, du ténesme consécutif, un malaise général par la pesanteur incessante qu'ils occasionnent. Cette cause irritative détermine en outre une hypersécrétion des glandes recto-anales, d'où un écoulement glaireux, fétide. Quand le polype est mou et vasculaire il donne naissance à des écoulements de sang qui se manifestent surtout lors de la défécation; chez les enfants les pertes de sang peuvent compromettre la santé générale et même la vie. Les polypes de toute nature, mais surtout les polypes fibreux, rétrécissent par leur volume le calibre du rectum, occasionnent des constipations opiniâtres et jouent le rôle de corps étrangers.

Souvent après la défécation on voit une partie plus ou moins grande de la tumeur engagée entre les bords de l'anus, l'excitation anormale qui se produit alors réagit sur le sphincter et un ténesme douloureux en est la conséquence, il ne disparaît que lorsque le polype est réduit soit naturellement soit par le taxis.

Lorsque les efforts de défécation ont été assez puissants pour faire sortir la tumeur tout entière, son pédicule étiré peut se rompre spontanément, ou sous l'influence de très faibles tractions.

Lorsque la tumeur ne sort pas à l'extérieur soit en raison de la brièveté de son pédicule, soit en raison de son volume, elle peut s'ulcérer et donner, en ce cas, lieu à un écoulement de sanie purulente de très mauvaise odeur; sous l'influence de cette ulcération, le tissu connectif sous-muqueux gorgé de liquides peut glisser sur les couches musculaires et une éversion de la muqueuse, un prolapsus peut se produire.

Aussitôt que chez un enfant on constatera l'issue par l'anus de glaires, plus ou moins sanguinolentes, dès que les envies incessantes d'aller à la garde-robe, les efforts presque continus indiqueront qu'il existe quelque chose d'anormal dans le rectum, il ne faudra pas hésiter et s'assurer par les spéculums et par le toucher, s'il est possible, de la nature de l'obstacle. Quand c'est un polype l'on pourra constater la présence d'une tumeur arrondie, pédiculée, plus ou moins dure. Chez l'adulte, alors qu'on sait qu'il n'est pas hémorrhédaire, on agira de même et l'on se souviendra toujours que bien que compatibles avec la vie, les polypes du rectum, par les pertes de sang que souvent ils déterminent, peuvent altérer la santé et nécessitent l'extirpation.

On a dit que les polypes mous ou fibreux du rectum pouvaient récidiver sur place, on a signalé des polypes de forme villosité, ce sont alors des épithéliomas dont nous nous occuperons plus loin.

Traitement. — L'excision, la torsion du pédicule, et mieux encore la ligature élastique sont la meilleure méthode à employer. Lorsque le pédicule est court et épais, on s'adresserait de préférence à l'écraseur linéaire ou au clamp.

B. — *Cancer du rectum.*

Les *carcinomes* primitifs de l'anus et du rectum sont relativement assez fréquents, surtout chez l'homme, chez la femme ils sont plus habituellement secondaires et consécutifs à un cancer de l'utérus qui envahit le rectum. En raison de la position relative des organes, l'altération secondaire de l'intestin siège sur un niveau plus élevé que lorsqu'elle est primitive, cas où d'ordinaire elle se développe dans la moitié inférieure du rectum. C'est entre quarante et soixante ans qu'on rencontre le plus fréquemment le cancer du rectum.

Toutes les variétés du carcinome peuvent se rencontrer autour de l'anus et dans le rectum, le plus habituellement ce sont des épithéliomas développés dans la muqueuse ou dans les glandes.

Autour de l'anus ils affectent surtout la forme lobulée, sont circonscrits et se présentent sous l'aspect de noyaux, de plaques qui s'enfoncent par traînées dans les tissus voisins et dans tout le périnée.

C'est le plus souvent comme à l'entour de tous les orifices naturels, au point où la muqueuse se continue avec la peau que ces tumeurs se développent dans le rectum, ils appartiennent alors à l'épithéliome cylindrique et sont diffus et infiltrés en larges plaques continues dans le tissu sous-muqueux; plus tard toutes les tuniques de l'intestin sont envahies par un anneau cancéreux circulaire qui en même temps gagne vers le haut et envahit de proche en proche les organes voisins, vessie, prostate, cloison recto-vaginale. Les ganglions se prennent plus ou moins tardivement, les lymphatiques du pourtour de l'anus se rendent aux ganglions inguinaux, ce sont donc ceux-ci qui sont pris, quand le cancer a son siège autour de cet orifice; ceux du rectum vont aux ganglions du petit bassin, qui sont envahis dans le cas d'altération de l'intestin.

L'anneau cancéreux qui entoure le rectum en épaisit les parois, et devient ainsi un obstacle au libre passage des matières fécales, il peut même advenir que le rétrécissement devienne une oblitération presque complète. La gêne de la défécation devient de la constipation opiniâtre, qui alterne avec des débâcles, débâcles qui dans les cas où le rétrécissement est considérable peuvent elles-mêmes faire défaut. Les matières qui ne trouvent plus d'issue s'accumulent au-dessus de l'anneau cancéreux et dilatent le rectum. Les accidents de l'obstruction intestinale, le ballonnement du ventre, les vomissements, la péritonite sont la conséquence forcée de cette gêne à l'expulsion des matières fécales.

Quand l'épithélioma en arrive à l'ulcération, il donne naissance à un liquide purulent, sanieux, d'odeur repoussante; la défécation devient douloureuse, elle s'accompagne de pertes de sang, les envies illusoires d'aller à la garde-robe deviennent de plus en plus nombreuses, la sensation de pesanteur sur l'anus gêne de plus en plus le malade. Le contact incessant des matières fécales avec la surface ulcérée provoque des poussées inflammatoires ou cancéreuses et des fistules stercorales autour du rectum. A ce moment l'envahissement des organes voisins détermine des troubles de la miction, de la rétention d'urine, des douleurs intolérables par irritation du plexus sacré. Les ganglions pelviens ou lombaires envahis, la tumeur elle-même par son développement excentrique peuvent comprimer les veines, d'où l'œdème des membres inférieurs.

Le péritoine peut lui-même être envahi par le néoplasme et les matières fécales peuvent y pénétrer à travers la perforation du rectum. Le cancer peut même s'étendre à la ceinture osseuse, au sacrum, au coccyx.

Les douleurs qui sont devenues très vives, les pertes de sang, la fétilité de la suppuration réagissent sur l'état général et le malade succombe fatalement au bout de longs mois de souffrances, six mois à trois ans, à moins qu'une péritonite ne l'emporte plus rapidement.