

D'après le tableau que nous venons d'esquisser, on comprend combien les débuts du cancer rectal sont insidieux, les envies de défécation illusoires, le sentiment de pesanteur sur le périnée, les alternatives de constipation et de diarrhée, les pertes de sang, accidents communs à toutes les tumeurs du rectum éveilleront l'attention du chirurgien qui par un examen direct, par le toucher rectal ou par le spéculum devra se rendre compte de la nature de l'obstacle; quand le doigt introduit dans l'anus (quelquefois il est nécessaire d'aller très profondément) constate l'existence d'un anneau à base indurée, qui envahit une hauteur plus ou moins grande du rectum, on reconnaît facilement l'existence d'un cancer; mais quand ce dernier est ulcéré, c'est un magma putrilagineux dans lequel pénètre le doigt, la base et les bords en sont indurés, mais la partie centrale est ramollie, toujours cependant l'odeur fétide du liquide sanieux, les stries sanguines feront reconnaître l'existence du carcinome. Il faudra encore que le doigt reconnaisse l'envahissement des organes voisins, qui pris dans les plaques indurées forment une masse commune avec les parois rectales. Le toucher rectal devra, surtout lorsque la tumeur est ulcérée, se pratiquer avec de grandes précautions pour ne pas rompre les parois intestinales ou les adhérences voisines.

Quand il s'agit d'un épithélioma anal, c'est toujours sous la forme de nodosités qu'il se présente, noyaux à base indurée qui s'ulcèrent facilement, deviennent fongueux, saignent au moindre contact et n'ont aucune tendance à la cicatrisation. La mollesse, l'apparition intermittente, la coloration bleuâtre des hémorroïdes ne permettent que difficilement de les confondre avec les productions carcinomateuses qui poussent des ramifications dans tous les sens.

Traitement. — La guérison du cancer du rectum, soit spontanée, soit par des injections ou des topiques, étant impossible, il faut opérer; mais peut-on espérer une guérison radicale après l'opération? ou faut-il se borner à des opérations palliatives, capables de prolonger l'existence et de la rendre supportable?

Pour que la guérison soit radicale, il faut qu'elle mette à l'abri de la généralisation du cancer et de sa récurrence sur place; il est donc nécessaire d'extirper toutes les parties malades avant que les ganglions ne soient infiltrés par les éléments carcinomateux. C'est donc dès les premiers temps qu'il faut opérer, alors que le rectum est encore mobile, que les tissus et organes voisins ne sont pas encore envahis, que l'affection ne remonte pas à plus de 6 centimètres au-dessus de l'anus, et que les ganglions sont encore indemnes. Les opérations d'extirpation du rectum cancéreux ont été en honneur au commencement du siècle, puis les accidents de récurrence, les hémorragies, les infections purulentes ou septiques, les suppurations du tissu connectif péri-rectal et sous-péritonéal les firent abandonner et l'on préféra les

opérations palliatives. Depuis que les méthodes antiseptiques sont régulièrement employées, les opérations d'extirpation du rectum cancéreux ont été reprises, et si nous en croyons les statistiques fournies par les chirurgiens étrangers, les résultats ont été fort avantageux alors que bien entendu l'opération ne s'est adressée qu'aux cas que nous venons d'indiquer.

Il s'agit d'enlever toute la partie du rectum malade, d'abaisser ensuite la muqueuse saine jusqu'au pourtour de l'anus et de l'y fixer.

On peut s'adresser au bistouri, à l'anse galvanique, au thermocautère, à l'écraseur, aux différents procédés de ligature; toujours il s'agit de fendre le rectum en arrière dans toute la hauteur infiltrée et de sectionner ensuite latéralement et en avant toutes les parties malades. On abaisse la muqueuse et on la fixe autour de l'anus; les sutures doivent être faites avec le plus grand soin pour éviter qu'elles ne cèdent ou que la cicatrisation ne se fasse isolément entre les deux parties, ce qui dans ce dernier cas occasionnerait un rétrécissement cicatriciel du rectum.

Les opérations palliatives tendent toutes à prévenir les complications dues à la présence de la tumeur; elles font disparaître les phénomènes d'étranglement ainsi que l'obstruction intestinale, et de plus en empêchant le contact incessant des matières fécales avec la tumeur, elles font disparaître les douleurs et ont ainsi une action des plus favorables sur la santé générale.

Les unes portent directement sur le rectum malade, ce sont les méthodes de rectotomie linéaire postérieure (Verneuil). Ces méthodes consistent à sectionner la face postérieure du rectum et l'anus verticalement jusqu'au-dessus de l'anneau cancéreux, ou encore à extirper une languette longitudinale de cette paroi. Pour que cette méthode qui a fourni d'excellents résultats soit applicable et avantageuse, il faut que le cancer ne siège pas trop haut et que son bord supérieur puisse être atteint par le doigt indicateur, afin de ne pas ouvrir les culs-de-sac du péritoine; il est bon d'opérer de bonne heure avant que le cancer ne soit ulcéré. La rectotomie n'empêche pas en effet les matières fécales de se mettre au contact de la surface ulcérée et de déterminer des douleurs, bien moindres sans doute que lorsque ces matières ne peuvent pas être évacuées facilement.

Les autres méthodes vont aussi ouvrir l'intestin plus ou moins loin au-dessus de la partie malade en créant ainsi une voie artificielle à l'issue des matières; elles lèvent tout étranglement et permettent de combattre facilement toutes les complications.

Deux procédés sont en présence, tous les deux donnent de bons résultats, l'un (Littre) consiste à ouvrir le colon dans la région inguinale gauche, l'autre (Callisen) l'ouvre plus haut dans la région lombaire, dans le triangle de J.-L. Petit. La colotomie, quel que soit le procédé

que l'on emploie, est indiquée toutes les fois que les limites supérieures du cancer ne sont pas tangibles par l'index, et toutes les fois qu'il existe des points ulcérés. Toutes les deux, la cœlotomie inguinale comme la cœlotomie lombaire, donnent de bons résultats, elles prolongent la vie des malades; mais il ne faut pas oublier que toutes les opérations palliatives ne sauraient retarder l'évolution de la maladie; elles ne peuvent en empêcher l'extension aux parties voisines, ni la généralisation par la voie ganglionnaire.

Les tumeurs cancéreuses denses, infiltrées au pourtour de l'anus, devront être extirpées de bonne heure et poursuivies jusqu'aux points périphériques qu'atteignent leurs prolongements.

Outre les polypes et les carcinomes, on a trouvé dans le rectum des *sarcomes*, des *tumeurs mélaniques* très malignes, des *kystes dermoïdes*, etc. Toutes ces tumeurs, par leur présence, diminuent le calibre de l'intestin et, tout comme les carcinomes, elles nécessitent la cœlotomie comme opération palliative.

C. — Rétrécissements du rectum.

Tout corps étranger, toute tumeur peut momentanément ou d'une manière permanente diminuer le calibre du rectum et le rétrécir. Nous avons insisté sur ces accidents dans les différents chapitres qui précèdent; nous n'y reviendrons donc pas.

Les cicatrices qui succèdent aux blessures, aux opérations chirurgicales, celles qui suivent la guérison des ulcérations dysentériques évoluent comme tous les tissus inodulaires. Constituées d'abord par des éléments connectifs jeunes, embryonnaires, gorgés de liquides qui se résorbent peu à peu, elles deviennent dures, fibreuses, et se rétractent par le mécanisme que nous connaissons; elles laissent à leur suite, soit des brides, soit des sortes de valvules, des anneaux fibreux dont le siège est variable. Ces parties rigides, rétractées, diminuent le calibre de l'intestin, peuvent l'amener à n'être plus que du diamètre d'un crayon et même à s'oblitérer complètement.

Les syphilomes tertiaires développés dans le tissu connectif sous-muqueux passent eux aussi par la transformation et la rétraction du tissu fibreux; ces accidents tardifs ne sont pas d'ordinaire limités à une seule gomme, mais infiltrent le tissu connectif sous-muqueux en plusieurs points qui par leur réunion plus ou moins complète déterminent une coarctation du rectum.

Les inflammations, les abcès, les gangrènes à la suite du prolapsus donnent également, en se cicatrisant, naissance à du tissu fibreux qui se rétracte et constitue des rétrécissements.

Il est enfin des rétrécissements du rectum qui dépendent d'arrêts ou

de vices de développement, nous nous en occuperons dans le chapitre suivant.

Toutes ces brides, tous ces anneaux coarctés qui amènent les rétrécissements cicatriciels étant tous dus à la transformation fibreuse et à la rétraction du tissu inodulaire, il est évident que l'autopsie ne démontrera jamais, quelle qu'ait été la cause productrice du tissu de cicatrice, que l'existence d'un obstacle semi-fibreux inextensible.

C'est presque toujours dans la partie inférieure du rectum qu'on rencontre ces brides. L'intestin étant plus ou moins fermé vers son extrémité anale, les matières fécales arrivant toujours au-dessus et ne pouvant être évacuées en totalité, dilatent l'ampoule rectale dont la muqueuse s'ulcère par places, suppure et saigne. La constipation alterne alors avec des débâcles de matières mélangées de pus et de sang, mais en dehors de ces débâcles les selles sont pénibles, douloureuses, le bol fécal est rubané, étiré à la filière, strié de sang. Ce signe, tiré de la forme des matières fécales, indique qu'au moment de la défécation le rectum est rétréci, mais il ne prouve pas qu'il le soit d'une manière permanente par des tissus fibreux, j'ai pu en effet l'observer maintes fois chez des sujets atteints d'hémorroïdes internes qui au moment d'une attaque diminuaient le calibre du rectum et qui après l'attaque laissaient un libre cours aux matières fécales.

Les matières accumulées dans l'ampoule rectale, dont la muqueuse est ulcérée, déterminent des abcès sous-muqueux qui détruisent les couches musculaires bien que celles-ci soient épaissies. Ces abcès stercoraux gagnent de plus en plus loin et déterminent des fistules, multiples d'ordinaire, qui viennent s'ouvrir au périnée, aux fesses, au pli de l'aîne, dans la vessie, dans le vagin, dans l'urèthre. Outre ces fistules qui partent de l'ampoule rectale dilatée et donnent par conséquent passage à des matières fécales et à des gaz, on en trouve d'autres qui siègent autour de l'anus, et qui communiquent avec la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement. En effet les fibres musculaires indurées, sclérosées, ne peuvent plus pousser au dehors les débris du bol fécal qui stationnent à ce niveau et qui irritent la muqueuse, l'ulcèrent et donnent naissance à ces fistules péri-anales par lesquelles ne s'échappent ni gaz ni matières, puisqu'elles ne conduisent pas dans l'ampoule dilatée.

La congestion, la gêne circulatoire veineuse qui résulte de la distension de l'ampoule rectale et de l'ulcération de sa muqueuse, entraînent l'apparition de tumeurs hémorroïdaires internes et externes qui viennent, par la douleur qu'elles provoquent, compliquer l'état du malade. Les efforts infructueux qu'il fait pour aller à la garde-robe peuvent amener le prolapsus de la muqueuse.

Toutes ces lésions occasionnent, on le comprend, des douleurs qui s'irradient le long des nerfs du plexus sacré, ces douleurs retentissent

sur les muscles du périnée, sur le sphincter surtout qui se contracture, d'où des épreintes, des ténésmes qui épuisent le malade. L'appétit se perd; comme dans toutes les obstructions intestinales, des vomissements surviennent. Dans le but de diminuer les besoins d'aller à la garde-robe, le malade évite de manger, les pertes de sang peu considérables mais répétées, la suppuration, la perte d'appétit, toutes ces causes jointes aux préoccupations morales, terribles, qui accablent le malade, le mènent peu à peu à un état d'émaciation profonde. Il ne pense qu'à débarrasser son intestin, il ne le peut pas, aussi le suicide n'est-il pas rare en pareil cas. Si le chirurgien n'intervient pas, le malade peut mourir par péritonite, un abcès stercoral s'étant ouvert dans la séreuse; par phlegmon sous-péritonéal quand c'est dans le tissu connectif sous-séreux que l'abcès s'est ouvert. On a vu des cas où des phlébites, des infections putrides venaient terminer la scène.

Lorsque la dysenterie est la cause initiale du rétrécissement, ce dernier s'étend en général plus haut que lorsqu'il a d'autres origines; l'infiltration syphilitique sous-muqueuse du rectum qui peut produire le rétrécissement dit syphilitique a son siège initial plus bas, mais il tend à s'étendre vers le haut, c'est en raison même de cette tendance à progresser qu'il a été quelquefois confondu avec le carcinome induré.

Le toucher rectal et l'examen au spéculum auquel, chez la femme, on joindra le toucher vaginal doivent toujours être pratiqués dès que les accidents d'obstruction peuvent faire supposer l'existence d'un rétrécissement du rectum, mais c'est avec de grands ménagements que l'on pratiquera le toucher, car on a vu des cas où le doigt et même une sonde en gomme avaient déchiré l'intestin ulcéré au-dessus de la coarctation et déterminé une péritonite mortelle. Mais le toucher, le spéculum ne peuvent nous donner aucune idée précise sur la cause du rétrécissement, nous constatons l'existence d'un anneau fibreux, mais d'où vient-il, quelle est la lésion primitive qui lui a donné naissance? C'est l'étude consciencieuse et attentive des antécédents qui seule pourra éclairer le chirurgien. En dehors des cas de carcinome sur lesquels nous ne reviendrons pas, ce diagnostic des causes originelles n'aurait pas grand intérêt pratique s'il n'existait pas des rétrécissements syphilitiques, c'est donc par les antécédents que l'on pourra fixer son opinion.

Traitement. — S'agit-il d'un syphilome récent, dont les éléments connectifs sont encore embryonnaires et mous; le traitement mixte, et mieux encore les frictions mercurielles peuvent en avoir raison. Une fois que la transformation fibreuse est intervenue, le traitement anti-syphilitique quel qu'il soit ne peut faire rétrograder l'évolution du tissu inodulaire, pas plus que, nous l'avons déjà dit, il ne peut faire disparaître un anévrysme dû à la perforation d'une paroi artérielle par une gomme ulcérée.

Les purgatifs, les lavements, les douches ascendantes ne sont que

des palliatifs momentanés, le rétrécissement existe, il faut y obvier. Mais avant d'en arriver aux différents modes opératoires il est indispensable de relever les forces du malade par des toniques sous toutes les formes et de calmer les douleurs qui l'épuisent par les injections hypodermiques ou des potions au chloral.

La première idée a naturellement été la dilatation du rétrécissement; jamais il ne faut avoir recours à la dilatation forcée de crainte de déchirer le péritoine; la dilatation lente a donné de bons résultats quand le mal est récent, quand les éléments connectifs sont encore mous, embryonnaires et dilatables. Au moyen de mandrins de formes variées, coniques, cylindriques, etc., en caoutchouc, en gomme, en ivoire, pleins ou creux, après des applications qui dureront chacune un temps plus ou moins long et fréquemment renouvelées, on pourra empêcher le rétrécissement de progresser et même le faire diminuer.

Lorsque déjà le tissu inodulaire est devenu plus dur, plus compact, plus fibreux, mais que la coarctation par rétraction n'est pas complète, on peut encore obtenir quelques bons résultats par l'emploi du laminaria, par les dilateurs mécaniques à air, etc.

En face des insuccès de la dilatation dans les cas de rétrécissements fibreux fortement coarctés, les chirurgiens eurent recours à la destruction de l'obstacle par les caustiques ou le fer rouge, mais c'était opposer une nouvelle cause de rétrécissement à celle qui déjà existait, les cicatrices par brûlure étant, nous le savons, éminemment rétractiles.

On songea alors à inciser les brides cicatricielles au moyen du bistouri boutonné, ou d'instruments spéciaux, de rectotomes cachés; on étendit la méthode aux rétrécissements annulaires et on fit des incisions multiples à la périphérie de l'anneau pour ne pas s'exposer à entamer le péritoine. Il fallait y adjoindre la dilatation consécutive pour ne pas voir revenir le rétrécissement par cicatrisation des parties sectionnées. Cette méthode dite *rectotomie interne* est bonne, mais les hémorragies sont à redouter et elle n'est applicable qu'aux rétrécissements dont on peut atteindre avec le doigt le rebord supérieur.

La *rectotomie externe*, par laquelle on sectionne d'abord le sphincter dans sa moitié postérieure pour atteindre le rétrécissement que l'on coupe de dehors en dedans, donne une large voie aux explorations. Elle facilite toutes les opérations consécutives, permet une libre évacuation des matières fécales; quand la coarctation ne dépasse pas le niveau de l'index, c'est une méthode qui doit être préconisée. Elle permet de combattre facilement les hémorragies qui peuvent se produire et soulage toujours le malade, si elle ne le guérit pas.

On peut, quand il existe une fistule qui pénètre jusqu'à l'ampoule rectale, diviser toutes les parties molles intermédiaires au moyen de la chaîne de l'écraseur ou de l'anse galvanique. Quand il n'existe pas de fistule, Verneuil, à qui est dû ce procédé de *rectotomie* linéaire posté-

rieure, conseille d'enfoncer un trocart à deux centimètres au-devant du coccyx et de le faire ressortir dans le rectum au-dessus du bord supérieur du rétrécissement, on crée ainsi une voie artificielle pour la chaîne de l'écraseur ou pour l'anse galvanique. Rien ne s'oppose plus alors au passage des matières fécales à moins que le nouveau tissu inodulaire ne produise un nouveau rétrécissement, aussi faut-il surveiller la marche de la cicatrisation et dilater au besoin. Le procédé de Verneuil a l'avantage de mettre jusqu'à un certain point à l'abri des phlébites et des hémorrhagies, par la substitution de l'écraseur au bistouri.

Tout comme dans le traitement du rétrécissement rectal par tumeur carcinomateuse, on est arrivé à la méthode de la *côlotomie*, à la création d'un anus artificiel au-dessus du rétrécissement. Ce peut être une côlotomie inguinale ou lombaire; on peut l'employer comme simple moyen de dérivation des matières fécales dans les derniers temps de la vie quand tout a échoué; mais je ne crains pas d'engager les chirurgiens à s'en servir avant ce moment alors que les forces du malade peuvent être relevées et la vie longtemps prolongée. Faut-il, comme on l'a proposé, n'en faire qu'une opération d'attente, tenter, une fois les évacuations alvines amenées, d'extirper l'anneau cicatriciel coarcté et obturer ensuite l'anus artificiel? Sans nul doute, c'est là le but vers lequel doivent tendre les efforts du chirurgien. Mais les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne paraissent pas des plus satisfaisants, les rétrécissements se reproduisent, des fistules stercorales peuvent persister. L'emploi des méthodes antiseptiques viendra sans nul doute rendre les résultats plus favorables, mais pour le moment où j'écris il me semble plus avantageux pour le malade de conserver la voie artificielle créée par la côlotomie.

Les fistules devront être traitées par les moyens opératoires appropriés, nous y reviendrons du reste en parlant des fistules recto-vésicales, recto-uréthrales et recto-vaginales.

Pour les détails opératoires, comme pour les soins consécutifs et les appareils à appliquer, je renvoie aux traités de médecine opératoire.

LÉSIONS CHIRURGICALES DE L'ANUS ET DU RECTUM LIÉES A DES ARRÊTS DU DÉVELOPPEMENT EMBRYONNAIRE.

Je ne dirai que quelques mots du développement normal de l'anus et du rectum, je renvoie pour plus de détails aux *Nouveaux éléments d'anatomie et d'embryologie* par Beaunis et A. Bouchard, 4^e édition. Le tube intestinal, dont l'épithélium est formé par l'endoderme et dont le derme muqueux ainsi que toutes les autres tuniques sont formés par un feuillet dédoublé du mésoderme, est à l'origine situé au dehors de la cavité abdominale dont les lames latérales ne sont pas encore

venues se souder sur la ligne médiane pour former la ligne blanche. A ce moment il est terminé en bas par un cul-de-sac qui sur sa face antérieure émet un bourgeon pédiculé, l'allantoïde. Au même niveau viennent s'ouvrir les conduits urinaires. Il existe donc alors en ce point un cloaque auquel aboutissent le canal intestinal et les conduits urinaires, nous aurons à y revenir en nous occupant des vices de conformation de la vessie; pour le moment il nous suffira de faire bien remarquer que le cœcum formé par l'extrémité de l'intestin primitif s'allonge vers le bas et que simultanément l'ectoderme qui a constitué l'épiderme cutané, que doublent le derme et les couches sous-dermiques formés aux dépens d'un feuillet du mésoderme, s'invagine au niveau du point central qui constitue la fermeture inférieure, périnéale, du tronc. Cette invagination devient l'anus, elle est disposée elle aussi en doigt de gant, de telle sorte que les deux parties, extrémité de l'intestin et invagination cutanée, vont à la rencontre l'une de l'autre mais sont fermées toutes deux. Elles arrivent progressivement au contact et se soudent l'une à l'autre; la cloison qui les sépare disparaît ensuite par régression et la continuité de l'intestin avec l'anus est constituée.

Quand cette disparition de la cloison ano-rectale ne se fait pas, il en advient un vice de conformation qui subsiste à la naissance. L'enfoncement en doigt de gant, dû à l'invagination de la peau dans l'ouverture anale, s'est produit, mais au fond le diaphragme persiste et l'anus est imperforé. D'autres fois le revêtement externe, la peau ne s'est pas invaginée de manière à constituer l'anus, le cul-de-sac intestinal normalement développé est à sa place, mais le doigt de gant cutané ne s'est pas porté à sa rencontre; il existe donc alors entre le point où devait être l'anus, point toujours marqué par une petite fossette, et le cul-de-sac intestinal une certaine épaisseur de tissus.

Jusqu'à présent nous avons admis que l'extrémité de l'intestin était normalement développée, qu'elle avait son calibre régulier, mais il peut arriver qu'elle soit rétrécie, comme effilée dans sa partie inférieure et qu'alors à l'imperforation s'ajoute un rétrécissement. Ce dernier peut même exister soit par coarctation, soit par présence d'une bride, quand il n'y a pas d'imperforation. Je n'ai pas à faire ici l'histoire des causes qui déterminent les vices de conformation, cette question m'entraînerait trop loin: sont-ce toujours des causes mécaniques, compressions, adhérences en un point des membranes de l'œuf? Sont-ce des causes inhérentes au développement de l'axe cérébro-spinal? Sont-ce des causes afférentes au spermatozoïde ou à l'ovule avant ou au moment de la fécondation? Quoi qu'il en soit, les vices de développement du rectum et de l'anus coexistent souvent chez le même fœtus avec des arrêts de développement qui atteignent d'autres parties du corps, tête, rachis, extrémités.

Si l'imperforation de l'anus est compatible avec la vie du fœtus, qui