

les condylomes syphilitiques, les végétations simples, l'épithélioma anal. Les hémorroïdes internes sont d'un diagnostic plus difficile. Elles devront surtout être recherchées par le toucher rectal, mais elles peuvent être haut situées et inaccessibles au toucher. Chez l'enfant on pourra se méprendre avec la proci-dence du rectum ou des polypes. Le diagnostic surtout difficile est chez l'adulte celui de l'épithélioma du rectum. C'est surtout le toucher, la durée des accidents, l'état général qui pourront mettre sur la voie. En présence d'une anémie hémorroïdaire on devra écarter les autres anémies secondaires.

Traitement. — Nous ne dirons qu'un mot de l'hygiène des hémorroïdaires. Il est évident que la constipation si fréquente augmente la stase veineuse. Il faut donc la combattre par l'emploi de purgatifs et de lavements froids.

Il faut surtout se méfier des drastiques qui sont réputés pour augmenter la congestion des organes du bassin. Il est bon d'éviter l'emploi des boissons alcooliques, des mets abondants. La station assise sur le rond de cuir classique doit être évitée, si possible.

Nous croyons que l'exercice musculaire et l'hydrothérapie peuvent modifier favorablement l'équilibre général.

Le plus souvent ce traitement hygiénique suffira.

Ce n'est que lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses qu'une opération serait justifiée (dilatation du sphincter, résection au galvano ou au thermo-cautère).

On a conseillé l'hamamelis virginica à l'intérieur sous forme de teinture (2 à 5 grammes) ou d'extrait sec (5 à 15 centigrammes).

CHAPITRE VI

CANCER DE L'INTESTIN

Étiologie. — L'étiologie vraie du cancer de l'intestin est presque inconnue. Il en est ainsi de toutes les affections carcinomateuses; on sait quelques causes prédisposantes, banales, toujours inconstantes et inégales. On sait empiriquement que l'âge a une certaine importance; il est évident que le cancer de l'intestin est plus fréquent chez l'adulte après 40 ans; il est un peu plus fréquent chez les hommes. Haussmann⁽¹⁾, sur 244 cas de cancer de l'intestin, en a trouvé 125 chez l'homme et 119 chez la femme. Mais ce ne sont là que des approximations bien générales; car tout de suite les contradictions apparaissent. Rathery a observé le cancer de l'intestin chez l'enfant. Widerhofer, sur deux observations de cancer intestinal secondaire, en cite une chez un enfant de 5 jours, une seconde chez un enfant de 18 jours. Eichhorst a vu un cancer de l'intestin chez un jeune homme de 20 ans. Enfin, on pourrait faire intervenir, sans grande raison, différentes causes que l'on a cru possibles: telles la constipation, la dyspepsie antérieures. Ces faits n'ont aucune valeur, l'hérédité doit avoir l'influence qu'elle a pour toutes les déterminations cancéreuses.

(1) HAUSSMANN, Étude sur l'étiologie et l'anatomie pathologique du cancer de l'intestin; Thèse de Paris, 1882.

Anatomie pathologique. — Voici (Haussmann) quelle est la fréquence relative du cancer suivant ses différentes localisations.

Le cancer du rectum est quatre fois plus fréquent que celui de l'intestin, et pour un cancer de l'intestin il faut en compter 42 de l'estomac.

Sur un total de plus de 280 cas de cancer, on trouve l'intestin grêle mentionné seulement 28 fois; on peut donc conclure que pour un cancer de l'intestin grêle on en observe 9 ou 10 du gros intestin. Voici la répartition des différentes localisations suivant la même statistique.

Cancer du jéjunum	4
— de l'iléon	21
— du caecum	48
— du colon ascendant	22
— de l'angle hépatique	8
— de l'arc du colon	26
— de l'angle splénique	10
— du colon descendant	29
— de l'S. iliaque	100

Par conséquent, le cancer augmente de fréquence à mesure que l'on se rapproche de la partie inférieure du tube digestif.

Cependant le cancer paraît plus fréquent au duodénum qu'on ne le croyait autrefois. D'après Kohler il compterait pour les trois quarts des cancers primitifs de l'intestin grêle, et pour plus du quart dans la totalité des cancers intestinaux.

Le cancer de l'intestin est primitif le plus souvent; quelquefois, cependant, il vient après une détermination carcinomateuse voisine. Ce sont les cas les plus rares; lorsqu'on les observe, c'est consécutivement à un cancer de l'estomac et la seconde détermination siège alors principalement dans le duodénum; soit consécutivement à un cancer d'autres organes (vessie, prostate, utérus, ovaires, ganglions lymphatiques, épiploon...).

Le cancer siège très fréquemment sur le rectum; nous ne faisons que mentionner cette localisation qui est surtout chirurgicale et décrite isolément dans les principaux traités de pathologie externe.

La majorité des cancers intestinaux occupe l'S iliaque: on admet pour raison de cette localisation l'action irritante exercée par des matières dures et condensées sur les parois de l'S iliaque. Celles-ci, parvenant sans cesse à l'extrémité inférieure du tube digestif et n'étant expulsées qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, s'y accumulent, le distendent et en entravent la circulation.

A l'appui de cette opinion, tout hypothétique, on rapporte le fait de Waldeyer, dans lequel un cancer de l'intestin grêle semble s'être développé sous l'influence de l'irritation exercée sur les parois intestinales par le pédicule tordu d'un kyste de l'ovaire.

A l'autopsie, le cancer de l'intestin se présente sous différents aspects. Tantôt, il apparaît sous forme de plaques cancéreuses plus ou moins étendues; tantôt sous forme de noyaux. C'est exceptionnellement que le cancer se manifeste par des noyaux disséminés plus ou moins nombreux. Dans un cas, cité par Cornil et Ranvier, on trouve une série de tumeurs colloïdes disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle, tumeurs ovoïdes non ulcérées, saillantes dans l'intestin et développées aux dépens de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux.

Dans deux faits de Cruveilhier et de Salomon, il s'agit de polypes multiples développés à la face interne de l'intestin et ayant déterminé une ou plusieurs

invaginations (dans une seule de ces deux observations, il est permis d'affirmer la nature cancéreuse de l'affection).

Dans beaucoup de cas, le cancer affecte la forme d'un anneau étendu sur le pourtour de la paroi intestinale. Alors, on constate l'existence d'un cylindre dont les dimensions varient dans des limites assez étendues, pouvant atteindre jusqu'à 15 ou 20 centimètres de longueur. La longueur de la tumeur n'est d'ailleurs pas toujours en rapport avec celle de l'intestin envahi; il se produit parfois une sorte de tassement dû vraisemblablement à l'augmentation de poids de la partie atteinte. Cet anneau, dont l'épaisseur est toujours grande et parfois considérable, détermine une sténose intestinale, un rétrécissement cancéreux dont le diamètre peut être extrêmement réduit, au point de permettre à peine dans quelques cas le passage d'une plume d'oie. Cet orifice, parfois caché au milieu de bourgeons cancéreux, peut être difficile à trouver. On a signalé, à titre de rare exception, l'existence de deux anneaux successifs entre lesquels l'intestin peut être dilaté au maximum.

Nombreux sont les cas dans lesquels le cancer forme un foyer unique limité à une partie seulement du calibre de l'intestin. Le cancer latéral ne produit généralement pas un rétrécissement notable; quelquefois même c'est une dilatation que l'on trouve.

Dans un cas de Guérard, il existait dans le flanc droit une tumeur énorme occupant la partie interne et antérieure du cæcum et du côlon ascendant, limitant une cavité qui pouvait admettre les deux poings et offrant à sa surface interne deux eschares dont l'une était de la longueur du doigt. La dilatation qui accompagne souvent le cancer latéral peut, dans certains cas, se produire différemment. Il se forme dans l'épaisseur de la tumeur un diverticulum communiquant avec la cavité intestinale par un orifice ulcéré plus ou moins étendu.

Le cancer du duodénum n'a été bien décrit que récemment par Boas, Rosenheim, Whithies, et cependant, d'après Kohler, à lui seul il représenterait les trois quarts des cancers de l'intestin grêle, lesquels forment plus du tiers des cancers intestinaux.

Récemment il a fait le sujet de la thèse du Dr Heulin⁽¹⁾. La fixité et les sinuosités de l'intestin au niveau du duodénum prédisposent au cancer de cette portion de l'intestin comme à celui de l'S iliaque. Ce cancer se présente sous l'aspect d'une plaque qui s'accroît en largeur et prend la forme cylindrique. Généralement la tumeur semble développée aux dépens des glandes de Brunner.

Le cancer de la région iléo-cæcale mérite une mention spéciale; il a été bien étudié par M. Ducastel⁽²⁾.

Il occupe la valvule ou son voisinage et peut rester limité au pourtour même de la valvule ou remonter sur l'intestin grêle dans une étendue qui ne dépasse pas 5 à 10 centimètres. Le mal paraît débiter, le plus souvent, par la valvule, qui perd la souplesse; les deux lames devenues rigides sont séparées par une fente étroite; la formation du rétrécissement est rapide. A une période avancée de la maladie, l'ulcération peut détruire l'obstacle et laisser de nouveau libre passage aux matières. Pour peu que le cancer ait duré quelque temps, il gagne de proche en proche les parties voisines, le cæcum s'indure et devient rigide, aussi bien que la fin de l'intestin grêle.

⁽¹⁾ Th. Paris 1896-1897, in Anal. Gaz. hebdomadaire, 15 fév. 1898.

⁽²⁾ DUCASTEL, Cancer de l'iléon; Archives générales de médecine, 1882.

Vu par sa face interne, l'aspect du cancer varie suivant sa structure histologique. Très souvent, l'épithélioma cylindrique, qui d'ailleurs doit être considéré comme la forme typique du cancer intestinal, se présente sous la forme de champignons cancéreux, présentant une coloration plus blanche au centre, plus rouge à la périphérie; généralement, leur consistance est assez molle; cette mollesse est d'autant plus marquée que le tissu conjonctif péri-acineux est plus rare. Dans les points où le stroma est prédominant, la consistance de la tumeur s'accroît; souvent, ces champignons cancéreux sont implantés à la surface de l'intestin par une sorte de pédicule et prennent parfois l'aspect de véritables polypes appendus dans l'intérieur du canal intestinal, ainsi que Cruveilhier en a rapporté un cas.

Ces bourgeons peuvent n'être pas ulcérés; mais le plus souvent il existe à leur centre une dépression plus ou moins accusée, une sorte de cratère autour duquel le reste de la petite tumeur constitue comme un rempart qui descend insensiblement vers la muqueuse saine environnante.

D'autres fois, ce sont des masses blanches, saillantes, semblables au tissu des centres nerveux, qui forment soit des bourgeons fongueux, exulcérés, soit une tumeur d'où s'écoule un liquide colloïde et jaunâtre. Quelquefois la néoplasie, de consistance dure et véritablement squirrheuse, est le siège d'un processus ulcératif qui amène la destruction progressive de la tumeur et parfois la cessation au moins momentanée de la sténose, d'où le rétablissement passager du cours des matières intestinales. Il peut se faire que l'ulcération marche très rapidement, et l'on peut voir, à la faveur d'adhérences, des fistules s'établir et faire ainsi communiquer l'intestin avec l'estomac ou le duodénum. Mais il peut y avoir aussi des communications anormales d'anses intestinales les unes avec les autres, une communication avec la vessie, le vagin ou l'utérus. De tous les organes ainsi atteints c'est la vessie qui l'est le plus souvent, et toujours dans le cas de cancer de l'S iliaque. Ce fait peut s'expliquer par la mobilité toute particulière de l'S, car sa tendance est grande à s'enfoncer dans la cavité pelvienne, à se disloquer.

Il est rare que le péritoine reste longtemps indemne; en général, autour du néoplasme, existent des exsudats, des adhérences plus ou moins lâches au milieu desquels on retrouve des noyaux carcinomateux de nombre et d'étendue variables.

Damaschino a observé chez une malade, atteinte d'un épithélioma cylindrique du côlon transverse, une péritonite cancéreuse, et de plus un épithélioma secondaire à l'ombilic; celui-ci, né primitivement à la face profonde de la région, avait envahi les téguments et fini par constituer au niveau de la cicatrice ombilicale une grosse masse ulcérée du volume d'un gros œuf de pigeon.

Quelquefois la péritonite est généralisée, soit qu'elle succède à une perforation de l'intestin, soit qu'elle dépende d'une péritonite chronique cancéreuse concomitante ou consécutive. L'épanchement abdominal que l'on rencontre dans ce cas est séreux, jaunâtre et très souvent sanguinolent.

La rupture de l'intestin peut se faire dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et avoir pour conséquence des abcès stercoraux avec pyohémie consécutive.

L'obstacle que le cancer met au cours des matières fécales entraîne presque toujours des lésions dans les autres segments de l'intestin. Constamment, on observe la dilatation de l'intestin en arrière de l'obstacle. Elle peut être unique ou double lorsque deux anneaux cancéreux et, par suite, deux rétrécissements

sont superposés à une certaine distance l'un de l'autre. Cette poche, dilatée au-dessus de la sténose, est remplie de matières fécales et parfois de corps étrangers, os, noyaux de fruits.... Cette rétro-dilatation est parfois si considérable que dans l'opération de l'anus artificiel l'intestin rempli de matières se présente de lui-même à la place des téguments. Au-dessous du rétrécissement, l'intestin est vide et affaissé. Les ganglions lymphatiques de l'abdomen sont presque toujours envahis par le cancer, ainsi que les vaisseaux chylifères, et même le canal thoracique. Enfin, la dissémination du cancer peut se faire au loin dans toute l'économie, et l'on rencontre des lésions dans le péritoine, le foie, l'utérus, les poumons (Damaschino), les os.

Il reste quelques faits intéressants et rares à signaler.

Parfois, la tumeur présente à sa face externe un aspect tel qu'il semble que l'intestin est étranglé à ce niveau par un cordon circulaire plus ou moins serré (Haussmann). Le sillon résultant de cette constriction s'accompagne dans quelques cas d'un plissement de la surface péritonéale que l'on pourrait comparer au froncement que présente une bourse. A la face interne de l'intestin, il existe au niveau du sillon plus ou moins étendue une ulcération annulaire limitée à ses deux extrémités par un bourrelet plus ou moins épais également annulaire et présentant la consistance et l'aspect habituels de l'épithélioma à sa face interne, tandis qu'au niveau de l'ulcération la paroi intestinale est amincie et de consistance friable. Cette constriction de l'intestin au niveau des tumeurs épithéliales peut servir à les différencier des sarcomes, dans lesquels il est de règle au contraire, comme l'a montré Kundrat, de trouver une dilatation due à la destruction de la couche musculaire qui cède à la pression du contenu intestinal. Smoler (1) examinant 15 cas de sarcomes primitifs de l'intestin n'a trouvé que dans 2 cas de la sténose intestinale; souvent au contraire il y avait une dilatation presque anévrismale.

Il est encore un autre fait intéressant à signaler dans l'histoire anatomique du cancer intestinal. C'est la fréquence et l'importance souvent très grande des ulcérations du cæcum dans les cas où le rétrécissement siège en un point situé plus bas sur le gros intestin. Cette prédilection si remarquable de l'ulcération pour le cæcum s'explique parfaitement par l'accumulation des matières qui se produit dans le cul-de-sac à la suite d'une obstruction siégeant plus bas sur l'intestin et par l'irritation de ses parois qui en résulte.

La structure histologique du cancer de l'intestin a de grandes analogies avec celle de l'estomac. Le *squirrhe* et l'*encéphalôïde* se rencontrent au rectum, le premier plus souvent que le second (Cornil et Ranvier); ces tumeurs se développent soit au niveau du sphincter, soit à 8 ou 10 centimètres au-dessus; elles débutent par le tissu conjonctif sous-muqueux. L'apparence bourgeonnante de la muqueuse, son ulcération, l'extension aux couches profondes, l'hypertrophie des couches musculuses du rectum, la propagation aux lymphatiques sont des phénomènes comparables à ceux qui se montrent dans le carcinome stomacal.

Le carcinome se manifeste exceptionnellement à l'intestin sous forme de tumeurs multiples. Cornil et Ranvier ont vu dans un cas un grand nombre de tumeurs colloïdes carcinomateuses sur toute la longueur de l'intestin grêle, tumeurs ovoïdes non ulcérées, saillantes dans l'intestin et développées aux dépens de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux.

(1) *Prager med. Woch.*, 31 mars 1887, avril 1898.

L'*épithélioma* à cellules cylindriques est l'une des tumeurs les plus communes de l'intestin grêle, du gros intestin et du rectum. Il affecte absolument la même forme, le même aspect à l'œil nu et à l'examen microscopique que dans l'estomac. Il débute par une hypertrophie des glandes en tube; à un moment donné, la couche musculuse de la muqueuse est perforée, et les culs-de-sac pénètrent dans le tissu sous-muqueux, où ils forment des cavités tapissées de cellules cylindriques; la surface de ces cavités présente souvent des bourgeons vasculaires également recouverts de cellules identiques. Des cylindres épithéliaux et des expansions des culs-de-sac glandulaires pénètrent ensuite dans les couches musculuses de l'intestin. La masse morbide subit souvent partiellement ou dans la totalité la dégénérescence colloïde.

Le *lymphadénome* (Gilly, *Thèse de Paris*, 1886) se présente sous trois formes :

- 1^o Forme folliculaire hypertrophique, sans ulcération.
- 2^o Forme hyperplasique, surtout au duodénum ou à l'iléon.
- 3^o Forme néoplasique avec tumeur.

Description des symptômes. — Le début du cancer de l'intestin est extrêmement variable, et bien des jours s'écoulent au milieu des symptômes les plus vagues, quelquefois même sans la moindre manifestation morbide, avant que la phénoménalité propre au cancer s'individualise.

Il n'est même pas rare — Grisolles l'a bien indiqué — que pendant toute sa durée le carcinome intestinal soit *latent*. Il y a bien quelques troubles, il n'y en a pas un seul qui permette d'affirmer que c'est devant un cancer de l'intestin que l'on se trouve. Ce ne sont que manifestations vagues, mobiles; c'est une douleur dans le ventre parfois mal limitée; ce sont des irrégularités de selles, de la constipation alternant avec la diarrhée; puis de l'amaigrissement, une cachexie lentement progressive; on peut soupçonner l'existence d'un néoplasme, rien ne peut permettre de le localiser d'une façon certaine.

D'autres fois, les symptômes d'une occlusion intestinale arrivent brusquement, à la suite d'un écart de régime le plus souvent et c'est seulement à l'autopsie que l'on en trouve la cause.

Période d'état. — Les premiers symptômes qui peuvent, d'une façon certaine, mettre l'esprit du clinicien en éveil, sont surtout la douleur et les anomalies dans les évacuations fécales.

La douleur est parfois la première manifestation; elle est souvent intense, lancinante, mobile, erratique ou fixe. Dans le cancer du rectum, la douleur est insupportable dans la région du sacrum: elle irradie vers les parties sexuelles et dans la région ischiatique, et simule parfois une sciatique rebelle.

Les modifications des selles sont très importantes; ce qui domine avant tout, c'est la constipation: elle est habituelle, et il est évident que les selles deviennent de moins en moins fréquentes. Eichhorst rapporte un cas cité par Cooper-Forster, d'une constipation ayant duré 88 jours dans une observation de cancer colloïde du côlon ascendant.

Quelquefois les selles sont dures et modifiées dans leur forme, amincies, comme étirées, passées à la filière. Ceci existe surtout dans le cancer du rectum.

Lorsque le cancer vient à s'ulcérer, et que par suite la sténose disparaît, la constipation cesse et est bientôt suivie d'une débâcle considérable. Le malade