

On ne manque pas, on le voit, de procédés chirurgicaux, contre le prolapsus du rectum. Pour le prolapsus muqueux on pourra se contenter de moyens simples (topiques, cautérisation, excision). — Les prolapsus complets dus à l'atonie du sphincter seront traités par la recto-périnéorrhaphie. Si, au contraire, le prolapsus paraît dû à la faiblesse des moyens de suspension du rectum, on s'adressera à la recto-coccyxie. Si le prolapsus est recto-colique, la colopexie est préférable. Souvent il y aura indication à s'adresser à la fois au périnée et aux moyens de suspension du rectum. Enfin aux prolapsus compliqués d'ulcérations, de néoplasmes, ou difficilement réductibles, s'adresse l'extirpation. Mais il faut convenir que, dans certains cas, aucune des méthodes que nous avons étudiées ne donnera de résultats bien satisfaisants. Quand on a affaire à des prolapsus considérables, avec périnée sans consistance, anus largement béant, méso-rectum et mésocolon distendus, comme cela arrive chez certains vieillards, et chez les femmes qui ont eu des grossesses multiples, il n'y a d'indication pour aucun traitement actif. Il faudra s'en tenir à la contention au moyen d'un bandage spécial, analogue à celui que l'on met en usage dans la chute de l'utérus.

## CHAPITRE VII

### ULCÉRATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Nous nous bornerons à rappeler : 1° les ulcérations rectales qui se développent au-dessus des rétrécissements dits syphilitiques et de bon nombre d'autres rétrécissements ; 2° les ulcérations qui se font à la surface des tumeurs ; 3° les ulcérations cancéreuses. Dans toutes ces affections, en effet, l'ulcération n'est qu'un accessoire qui a été ou sera décrit avec la maladie principale.

Il n'en est pas de même des lésions ulcéreuses de la rectite, de la tuberculose et de la scrofule, des maladies vénériennes ; ici l'ulcération est ou peut être l'élément principal de la maladie ; nous devons décrire séparément :

- 1° Les ulcérations simples ;
- 2° Les ulcérations tuberculeuses ;
- 3° Les ulcérations vénériennes et syphilitiques.

Quelle que soit sa nature, l'ulcération occupe le rectum, ou l'anus, ou le rectum et l'anus tout à la fois ; les ulcérations anales siègent soit au niveau de la marge, soit dans le canal même de l'anus ; la présence des plis rayonnés leur donne une apparence plissée, une forme allongée, une disposition fissurique qui est un de leurs caractères les plus fréquemment observés ; cette forme fissurique s'accompagne très souvent des phénomènes douloureux qui sont le propre de la fissure proprement dite de l'anus et sur lesquels nous avons longuement insisté. Cette situation dans les plis radiés de l'anus explique encore pourquoi l'ulcération est souvent entourée d'une sorte de bourrelet qu'on retrouve dans des formes très diverses. Comme toutes les ulcérations, celles du rectum et de l'anus sont uniques ou multiples.

Le phagédénisme, dans les ulcérations rectales diathésiques ou vénériennes, est plus rare qu'on ne pourrait le penser *a priori*, étant donné la difficulté des soins, le contact incessant de matières irritantes et l'état de malpropreté si difficile à combattre en pareil cas.

1° *Ulcérations simples et dysentériques.* — Le type de l'ulcération simple de l'anus est bien certainement l'ulcération douloureuse de la fissure anale. L'élément spasmodique qui en est le caractère principal manque souvent dans les ulcérations multiples de l'herpès et de l'eczéma de la région anale. Il s'agit là d'excoriations à bords nets, presque toujours allongées dans le sens des plis, appartenant au type gerçure ; c'est ce que Galien et Celse appelaient déjà *rhagades*. Ces ulcérations sont fréquemment le siège d'inoculations secondaires vénériennes et syphilitiques chez la femme.

Au rectum, des ulcérations inflammatoires surviennent dans le cours d'une rectite, au contact d'un corps étranger. C'est l'*ulcère muqueux simple* de Forster. L'érosion des glandes en tube détermine aussi un *ulcère folliculaire* (Rokitansky, Forster), mais ce dernier appartient plutôt au gros intestin, ainsi que Legendre l'avait déjà indiqué ; il succède aux diarrhées persistantes chez l'enfant. Les ulcérations rectales sont multiples, petites, à fond grisâtre, à bords rouges ; elles siègent fréquemment entre les colonnes du rectum. Des petits corps étrangers peuvent s'y engager, et c'est un mode pathogénique de la formation des abcès et fistules de l'anus.



Les *ulcérations dysentériques* se rencontrent avec leurs caractères, leurs grandes dimensions au rectum, comme dans le reste du gros intestin; le rétrécissement cicatriciel du rectum peut en être la conséquence.

Reste une variété d'ulcération décrite partout d'après Curling et Allingham sous les noms de *chronic ulcer*, *painful ulcer*. Mais il faut bien convenir que les descriptions données séparent mal cette affection des rétrécissements dits syphilitiques. Le rôle pathogénique de la dysenterie dans la production de cet ulcère est aussi l'objet de divergences profondes. Il nous semble utile d'attendre des observations plus complètes. Nous ne faisons donc que mentionner les diverses théories émises à ce sujet; pour Cruveilhier, l'ulcère chronique du rectum se rapprocherait par sa nature de l'ulcère simple de l'estomac, et cette relation est appuyée d'un fait assez probant par E. Vidal, dans le *Dictionnaire encyclopédique*; pour d'autres, l'ulcère chronique pourrait être d'origine variqueuse (Malassez).

2° *Ulcerations tuberculeuses*. — L'ulcération tuberculeuse est assez régulière, parfois même arrondie. Quelquefois isolées, souvent multiples, ces pertes de substance siègent en partie au dehors, en partie dans le canal de l'anus; le fond est granuleux, fréquemment semé de points jaunes, aplati, non creusé de fissures: les bords sont pigmentés, violacés, décollés, souvent riches en granulations tuberculeuses; la base est souple, molle, peu indurée: c'est un caractère distinctif important; l'adénopathie tuberculeuse concomitante n'est pas rare. L'ulcère tuberculeux prend quelquefois des dimensions considérables, revêt la forme phagédénique et mérite ce nom qu'il a reçu d'ulcère lupoïde. Sous cette forme, il est très difficile à distinguer de l'ulcère syphilitique, mais il ne détermine pas de rétrécissement, ne s'accompagne pas d'hypertrophie sous-muqueuse et ne se modifie pas sous l'influence du traitement antisiphilitique. — Très voisin aussi du cancer épithélial, il s'en distingue par la netteté de la muqueuse qui l'entoure, l'absence d'engorgement ganglionnaire, d'induration, de généralisation à distance. Une douleur atroce signale cette ulcération, toujours rare.

La *tuberculose* s'accompagne souvent, comme on sait, d'abcès, de trajets fistuleux, de pertes de substance par gangrène cachectique. Il ne faut pas confondre ces accidents des tuberculeux avec les ulcérations réellement tuberculeuses de l'anus et du rectum. Celles-ci

sont rares, et de plus rarement primitives; la thèse d'agrégation de Spillman (1878) en renferme 7 observations; depuis, un nouveau travail a paru sur ce sujet sans y ajouter de nouveaux renseignements (Th. Primet, 1880).

Quand le sujet porteur de l'ulcération n'est pas encore un tuberculeux avancé, l'extirpation peut être suivie de cicatrisation (cas de Duplay).

3° *Ulcerations vénériennes et syphilitiques*. — On observe souvent à l'anus, très rarement dans le rectum, le chancre simple, le chancre induré, les syphilides secondaires et tertiaires.

*Chancre simple*. — Le chancre simple de l'anus est plus fréquent que la blennorrhagie anale; il est plus fréquent aussi chez la femme, 14 pour 100 (Ricord), que chez l'homme, 5 pour 100. Son inoculation peut se faire artificiellement par grattage; elle se produit naturellement chez la femme par l'écoulement des liquides virulents provenant de la vulve et du vagin: de là sa multiplicité; ces chancres multiples s'inoculent souvent sur des vésicules d'herpès et en affectent d'abord les caractères: *chancres herpétiformes de Gosselin*; parfois encore il s'agit d'une inoculation sodomique. — Le chancre siège presque toujours dans les plis de l'anus; il est allongé comme ces plis et deviendrait rarement phagédénique (Rollet, Gosselin, Duplay). — Même quand plusieurs chancres existent simultanément, il y en a toujours un plus volumineux, plus large: c'est le chancre inoculateur. Il siège plutôt en avant qu'en arrière, pour Rollet; Gosselin professe l'opinion contraire. — Le chancre simple n'est pas très douloureux au début; plus tard il peut s'accompagner de sphinctéralgie; il progresse, s'entoure d'un bourrelet condylomateux très important, mais non pathognomonique des ulcérations vénériennes. — La réparation est presque toujours très longue, six à dix semaines; enfin, dernier caractère, le chancre simple n'est pas toujours étranger à la formation des rétrécissements.

De grands soins de propreté, des pansements attentifs à l'iodoforme, constitueront les meilleurs agents du traitement.

*Chancre syphilitique*. — Le chancre syphilitique est aussi plus fréquent chez la femme que chez l'homme; la proportion est de 8 pour 100 dans le sexe féminin, 1 pour 100 dans le sexe masculin. Le chancre rectal est tout à fait une exception. Ricord en a relaté une seule observation incontestable dans un séjour de six ans à



Lourcine. Fournier ne l'a pas observé une seule fois. — Le chancre induré occupe la marge de l'anus ou l'orifice anal, plutôt en avant qu'en arrière et latéralement (Rolle); il suppure peu ou pas; sa surface est comme plissée et repose sur une base condylomateuse comme dans le cas précédent.

Les plaques muqueuses sont plus communes à l'anus que dans toute autre région chez l'homme; elles viennent chez la femme comme fréquence après les plaques muqueuses de la vulve; elles se correspondent souvent d'un côté à l'autre, et sont souvent aussi mêlées à des masses condylomateuses.

Outre ces accidents vénériens, on a noté, mais rarement, des syphilides papuleuses de la région anale; Esmarch, Barenprung, ont parlé de gommés du rectum; Verneuil en a rapporté une observation, mais au dire de Fournier, elles sont très rares, seulement consécutives à l'extension de gommés périphériques. — On trouvera au chapitre suivant tous les renseignements sur le rôle de ces diverses lésions dans la pathogénie du rétrécissement dit syphilitique du rectum.

## CHAPITRE VIII

### RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

Sous la dénomination de *rétrécissement du rectum*, on doit ranger toutes les *diminutions permanentes de calibre du rectum* produites par une *altération organique d'une portion variable de la paroi de cet intestin*.

L'aplatissement du rectum par une tumeur d'un des organes du bassin n'est donc pas un rétrécissement vrai; il en sera question au diagnostic.

Quant au *cancer*, auquel on pourrait fort bien appliquer la définition que nous venons de donner plus haut, en raison de ses caractères spéciaux, il doit être étudié séparément.

Nous ne croyons pas devoir étudier non plus les *rétrécissements spasmodiques* admis par les Anglais, en raison même des réserves faites par Allingham, qui déclare n'avoir jamais rencontré un cas dans lequel il y eut uniquement du spasme.

Nous éliminons aussi les *rétrécissements d'origine congénitale*, qui ont été étudiés avec les vices de conformation de l'anus et du rectum.

Il nous reste ainsi à décrire :

- 1° *Des rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne;*
- 2° *Des rétrécissements d'origine cicatricielle ou inflammatoire;*
- 3° *Des rétrécissements musculaires.*

Les rétrécissements du rectum étaient confondus par les anciens dans la classe mal limitée des squirrhes; Morgagni les distingua un des premiers et indiqua leurs relations avec la syphilis.

**Étiologie et pathogénie.** — 1° *Rétrécissements inflammatoires.* — Les plus fréquents de tous les rétrécissements du rectum, les rétrécissements inflammatoires sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Dans les antécédents des malades, on note au premier rang la syphilis, puis les inflammations chroniques du tissu cellulaire des parois rectales, rectites interstitielles aiguës, rectites chroniques engendrées par l'abus des purgatifs drastiques, la pédérastie, la blennorrhagie ano-rectale; les épaisissements inflammatoires, périrectaux, phlegmons ischio-rectaux, indurations périfistulaires, et la tuberculose dont les relations avec la sténose n'ont été surprises que dans ces derniers temps.

L'influence de la syphilis a été diversement interprétée. Certains pensent, avec Desprès (1868), que le rétrécissement est le résultat d'un chancre phagédénique du rectum ou d'une plaque muqueuse. — Malheureusement Desprès n'a jamais vu directement cette ulcération; il se contente des résultats fournis par le toucher.

Un des premiers, Gosselin a appelé l'attention sur cette importante variété (*Archives générales de médecine*, 1854), qu'il considère non pas comme un accident constitutionnel de la syphilis, mais comme *une sorte de chéloïde sous-muqueuse intra-rectale, résultant d'un épaisissement fibreux, d'une véritable rectite plastique, intimement liée à l'évolution du chancre anal*. — Le chancre anal n'est pas forcément un chancre syphilitique; il peut être simple, et en effet le tiers des sujets, d'après Godebert, la moitié, d'après Gosselin, ne présentent, ni avant, ni après, d'accidents syphilitiques; cette rectite plastique qui complique le chancre anal est donc peut-être autant *vénérienne que syphilitique*; elle survient en même temps que le chancre ou presque immédiatement après.