

drie la plus noire envahit l'esprit, et cet état peut aller jusqu'à la mort par cachexie. Il n'est pas rare non plus de voir finalement éclore la phthisie pulmonaire.

La scène se termine quelquefois plus rapidement : l'intestin se rompt ou il est déchiré dans un cathétérisme forcé et maladroît; une péritonite suraiguë emporte le malade en quelques heures.

Aux complications fistuleuses et phlegmoneuses déjà signalées il faut encore ajouter l'esthiomène de la vulve (Huguier, Gosselin).

Diagnostic. — Nous avons vu combien le diagnostic était difficile à la première période. Les troubles sont en général trop peu marqués pour que le chirurgien soit consulté.

Les troubles de la seconde période, au contraire, sont assez sérieux en général pour inquiéter le malade; dans ces conditions, le chirurgien ne doit jamais faire un diagnostic d'après les symptômes; il explorera le rectum aussi complètement que possible, et cet examen suffira à lui faire rejeter tout de suite l'idée d'une rectite simple, d'une dysenterie, d'un phlegmon périrectal, ou même d'une simple prostatite, affections auxquelles les troubles fonctionnels avaient pu d'abord faire songer. Les troubles de la défécation qui surviennent chez la femme au cours des tumeurs pelviennes, kystes de l'ovaire ou fibro-myomes de l'utérus seront facilement rapportés à leur véritable cause par l'exploration du petit bassin. Le diagnostic de la variété du rétrécissement demande un peu plus d'attention. Il repose sur les données suivantes :

L'inspection de l'anus, qui doit toujours être faite avec soin, révèle parfois des fissures, des rhagades, des indurations, des plis de l'anus à forme ondulée (Fournier), parfois des condylomes, indices précieux qui appelleront l'attention sur des lésions syphilitiques.

D'autres fois, on trouvera des trajets fistuleux, des cicatrices se prolongeant dans le rectum.

Le *toucher* donnera presque toujours des renseignements utiles, puisqu'il est exceptionnel de rencontrer un rétrécissement vrai siégeant au-dessus de la portion moyenne du rectum.

Si le doigt rencontre une portion rétrécie, dure, fibreuse, inextensible, *cylindrique*, avec des cannelures saillantes, dans laquelle il

s'engage plus ou moins difficilement et que surmonte une autre portion plus molle, ulcérée, fort difficile d'ailleurs à atteindre; si le doigt ramène une quantité plus ou moins considérable de ce pus fétide dont nous avons parlé plus haut, dans ces conditions on devra penser à un rétrécissement syphilitique.

Un rétrécissement qui ne siège pas sur toute la circonférence de l'intestin, dont l'induration est plus circonscrite, moins étendue en hauteur, éveille l'idée d'une lésion cicatricielle. L'étude des commémoratifs tranche ordinairement la question.

S'il s'agit d'un enfant ou même de sujets adolescents de quinze à vingt ou vingt-cinq ans, de jeunes filles, et que l'on vienne à constater l'existence de valvules en forme de diaphragmes ou de croissants, valvules minces et muqueuses, on devra songer à un rétrécissement valvulaire congénital. Dans ces cas, de plus, la constipation est le symptôme habituel, la diarrhée est exceptionnelle; il n'y a pas d'évacuations purulentes comme dans le rétrécissement syphilitique.

Enfin, si le toucher rectal fait sentir une masse fongueuse, saignant facilement, inégale, bosselée, irrégulière, surtout chez des personnes d'âge mûr; si, de plus, la maladie évolue plus rapidement, si la cachexie est plus marquée, on aura bien probablement affaire à un cancer du rectum; le cancer est bien plus fréquent que le rétrécissement, surtout à un certain âge.

L'exploration avec le speculum ani, lorsqu'elle est possible, complète et perfectionne énormément les renseignements recueillis par le toucher rectal; elle permet de savoir à quoi s'en tenir sur l'état de la muqueuse rectale, au-dessous du rétrécissement et à son niveau; au-dessus elle montre fort bien la grande ulcération, le bourrelet qui la limite en bas, le tissu de bourgeons charnus du point rétréci. Dans le cas où le rétrécissement serait trop étroit, on pourrait encore obtenir de précieux renseignements à l'aide de l'endoscope de Désormeaux.

Les résultats du traitement constituent un dernier ordre de renseignements qu'il ne faut pas négliger; il semble que, dans quelques cas, exceptionnels à vrai dire, le traitement par l'iodure de potassium n'ait pas été sans influence: Fournier en mentionne deux et D. Mollière en rapporte une observation incontestable due au docteur Vito Zappala. L'incision simple d'une valvule suivie de guérison

immédiate sans récurrence est un argument important pour confirmer le diagnostic de rétrécissement congénital.

Pronostic. — On ne peut se dissimuler qu'il soit très grave. Il s'agit, en effet, d'une affection qu'on observe souvent à une période avancée où il est très difficile d'agir sans faire courir au malade de sérieux dangers; même reconnue de bonne heure, elle ne laisse pas d'être inquiétante, persistante, rebelle, revenant immédiatement si on cesse l'emploi des mèches ou des sondes dilatantes; fort pénible, elle est difficilement tolérée par les malades: aussi les conduit-elle souvent à l'hypocondrie et au suicide. La longue durée de son évolution est la seule atténuation que l'on puisse apporter à ce pronostic sévère. Nous avons vu que la mort est la terminaison habituelle.

Ceci toutefois ne saurait s'appliquer à bon nombre de rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires, et encore moins aux rétrécissements musculaires. D'autre part, une thérapeutique appropriée diminue considérablement la gravité du pronostic.

Traitement. — Le traitement des rétrécissements musculaires consiste comme celui des rétrécissements congénitaux, dans la section au bistouri ou au thermocautère de la valvule qui produit le rétrécissement; on sera prévenu de la possibilité d'une petite hémorrhagie.

Les rétrécissements inflammatoires cicatriciels et surtout les rétrécissements syphilitiques exigent des ressources plus variées.

Tant que la constipation n'est pas trop opiniâtre, que les troubles locaux sont peu marqués, on se contentera de faciliter l'évacuation des matières fécales, par l'administration de la rhubarbe, du podophyllin, de petits purgatifs huileux ou de lavements. Ces derniers sont parfois d'un emploi difficile et dangereux, lorsque l'obstacle siège un peu bas, ce qui est la règle dans le rétrécissement syphilitique, l'introduction de la canule pouvant produire des déchirures de l'intestin.

Le traitement antisiphilitique sera mis en usage énergiquement, dans tous les cas de syphilis démontrée ou seulement soupçonnée. On administrera l'iodure de potassium, le sirop de Gibert; on associera l'emploi des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, etc.

Mais dans un rétrécissement constitué, tout en continuant le traitement général, il faut s'adresser à la lésion locale.

Si le rétrécissement présente un calibre suffisant pour permettre l'introduction des bougies, c'est à la dilatation *lente*, graduelle et progressive par les bougies ou les mèches qu'il faut recourir. — Toutefois cette méthode n'est pas sans danger; bien des perforations ont eu lieu de cette manière; la dilatation, autant que possible, doit donc être pratiquée par le chirurgien avec une prudence extrême. — On fera bien, chaque jour, de reprendre un ou deux numéros au-dessous de celui qu'on aura employé la veille; cette recommandation sera surtout rigoureusement suivie, lorsqu'on voudra passer à un numéro supérieur. On luttera contre le spasme du sphincter par l'introduction dans l'anus de petits tampons imbibés de cocaïne et on pratiquera, avant et après la dilatation, de grands lavages antiseptiques. Les séances seront courtes et quotidiennes, au moins au début. Recommandée d'abord par Desault et Dupuytren, cette méthode ensuite abandonnée est susceptible cependant de donner des succès durables (Th. Lapointe, 1897).

La lenteur, les ennuis de ce long traitement, ses succès momentanés, ont conduit quelques auteurs à la dilatation forcée, à la division: cette méthode, en raison de ses dangers, doit être abandonnée. Quant à l'électrolyse et à la cautérisation, leurs résultats paraissent bien incertains.

Mais cette pratique a été suivie d'accidents graves, rupture de l'intestin, phlegmons pariétaux, cellulite pelvienne (Verneuil, Trélat). On préférera, dans la majorité des cas, à toutes les autres méthodes de traitement, la rectotomie, c'est-à-dire l'incision du rétrécissement. Or, ici, il faut bien distinguer: La rectotomie peut ne s'adresser qu'au rétrécissement lui-même: *rectotomie interne*. Faite avec le bistouri boutonné, avec toutes les précautions possibles, celle-ci expose toujours aux hémorrhagies, aux suppurations diffuses, à la perforation du péritoine ou des organes voisins. — Elle ne convient qu'aux rétrécissements très limités, valvulaires. Réduite à de simples débridements superficiels, elle constitue un adjuvant utile de la dilatation (Crédé, Reclus). La *rectotomie externe* est tout autre. Elle comporte la section du rectum et de toutes les parties molles avec la peau en arrière dans toute la hauteur du rétrécissement; on peut la faire au bistouri, au thermocautère ou bien (rectotomie linéaire) avec l'écraseur de Chassaignac ou l'anse galvanique; après la section, la réparation se fait lentement. On a le temps d'appliquer

des pansements sur les ulcérations qui avoisinent le rétrécissement. La cicatrisation une fois obtenue, on devra souvent employer et continuer longtemps l'usage de corps dilatants. Cependant la guérison s'obtient parfois sans que l'on ait recours à ce moyen complémentaire. On aura parfois à ouvrir des abcès et des fistules en même temps que l'on pratiquera la rectotomie. Cette opération donne des résultats immédiats satisfaisants. Mais elle laisse après elle une suppuration interminable, de l'incontinence et expose grandement aux récidives. Péan la combine avec une autoplastie rectale qui consiste à faire glisser la muqueuse de haut en bas sur la plaie et à la fixer au niveau de son angle inférieur.

Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement cylindrique, l'*extirpation* de la portion rétrécie suivant l'une des méthodes imaginées pour le traitement du cancer du rectum, pourra être essayée. Nous reviendrons au chapitre suivant sur les différents temps de cette opération. Cette méthode n'a pas tenu toutes ses promesses. Elle est chargée d'une mortalité importante, 14 pour 100, et donne 50 pour 100 de récidives. En outre, elle est le plus souvent suivie d'une longue période de suppuration, de fistules et même d'incontinence.

La création d'un anus artificiel temporaire permettrait, au dire des chirurgiens anglais, d'appliquer aux rétrécissements un traitement plus efficace; cette opinion, défendue par Hahn, en Allemagne, commence à trouver chez nous quelques partisans. Elle est susceptible, en effet, de modifier la rectite en supprimant l'irritation produite par le passage des matières. Elle peut être associée avantageusement à la dilatation lente. On peut, du reste, fermer l'anus artificiel quand la guérison des lésions rectales est obtenue (Thiem). Il y a des cas où la colotomie iliaque s'impose, c'est lorsqu'on est en présence d'un rétrécissement haut situé, ou d'accidents menaçants d'obstruction.

CHAPITRE IX

TUMEURS DIVERSES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Les tumeurs sacro-coccygiennes, dont nous nous sommes longuement occupés plus haut, doivent être soigneusement séparées des tumeurs de l'anus et du rectum, bien qu'elles se développent souvent dans la région ano-rectale.

Les tumeurs proprement dites de l'anus et du rectum sont :

- 1° Les condylomes et les végétations;
- 2° Quelques tumeurs rares du rectum, de l'anus et du voisinage;
- 3° Les polypes et les cancers du rectum; mais ces deux affections ont des caractères propres qui les font décrire à part.

1° *Végétation et condylomes.* — *Toutes les causes d'irritation* de la peau de la région anale, surtout les *causes vénériennes*, peuvent, chez certains sujets qui paraissent prédisposés, donner naissance aux végétations et aux condylomes de l'anus. Ces lésions ne diffèrent d'ailleurs nullement des productions analogues observées sur les organes génitaux externes. La malpropreté, l'eczéma, l'écoulement de liquides irritants vulvaires ou vaginaux, en sont la cause fréquente; les rapports contre nature, les excoriations qui en résultent, agissent de même; mais il faut bien savoir que ces productions, pour être quelquefois, souvent même d'origine vénérienne, ne sont jamais de *nature syphilitique*. Les expériences minutieuses de Melchior Robert ne laissent aucun doute à cet égard. L'écoulement vaginal simple de la *grossesse* leur donne souvent naissance.

Nous avons dit que le terrain n'est pas sans influence; on a accusé le tempérament lymphatique, le diabète (Aimé Martin), enfin une certaine idiosyncrasie (Diday) caractérisée par la prédisposition aux verrues dans la jeunesse, aux végétations dans l'adolescence.

La *végétation* est constituée par l'*hypertrophie papillaire*; cependant le derme sous-jacent est souvent épaissi et induré. Dans le *condylome*, le derme tout entier est hypertrophié : il s'agit de l'hypertrophie d'un des plis de la marge de l'anus.

La *végétation* est une masse arborescente, ordinairement étalée en *éventail* par la pression des fesses, et formée par la réunion de