

Après l'opération, on recouvre les plaies d'un plumasseau enduit de céral; on introduit une très-petite mèche de charpie dans l'anus et on en écarte les faisceaux qui sont engagés dans chacune des petites plaies. L'appareil de pansement est maintenu à l'aide de compressés et d'un bandage en T.

Le procédé de Dupuytren ne met pas à l'abri des récidives. Il en est de même de la modification proposée par Robert, modification consistant à enlever, au niveau de l'anus, un lambeau en V pour réunir la plaie par la suture enchevillée.

Chez les individus extrêmement débiles, qui portent depuis de longues années une chute volumineuse du rectum, tous les procédés de cure radicale échouent. Chez eux, il faut se borner à une médication palliative; l'excision de la tumeur peut cependant être tentée avec quelque chance de succès.

## II. INVAGINATION DU RECTUM.

Cette affection consiste en un renversement complet de toutes les membranes de l'intestin, dont la partie supérieure pénètre dans l'inférieure et fait une saillie plus ou moins considérable en dehors de l'anus.

**Causes.** Ce sont les mêmes que celles qui produisent le prolapsus de la muqueuse anale : atonie de l'intestin, inflammation de la muqueuse déterminant des mouvements antipéristaltiques de la membrane musculéuse; grands efforts pendant la défécation et la miction, etc. L'invagination se produit le plus souvent d'une manière brusque, après l'action d'une de ces causes.

**Symptômes.** Le rectum invaginé constitue, à l'extérieur de l'anus, une tumeur cylindrique, molle, rouge, de 330 à 345 millimètres de long; elle représente, au lieu d'un simple bourrelet, une sorte de cylindre plus ou moins allongé dont l'extérieur offre l'organisation muqueuse, et à l'extrémité duquel se trouve une ouverture plissée qui laisse passer les matières fécales. Par l'extrémité inférieure du cylindre, on peut introduire une sonde assez volumineuse; l'extrémité supérieure du cylindre est plus ou moins resserrée par l'ouverture anale. Si l'on engage le doigt entre la surface extérieure de la tumeur et cet orifice, on constate qu'il n'y a qu'une simple *contiguïté* et non une *continuité* des parties, de telle sorte qu'on peut circonscrire la tumeur avec le doigt jusqu'à plusieurs centimètres d'élévation dans le rectum, ce qui n'a pas lieu pour le prolapsus de la muqueuse rectale. En comparant la figure 256 avec la figure 255, p. 750, on apprécie bien la différence qui existe entre un simple prolapsus de la mu-

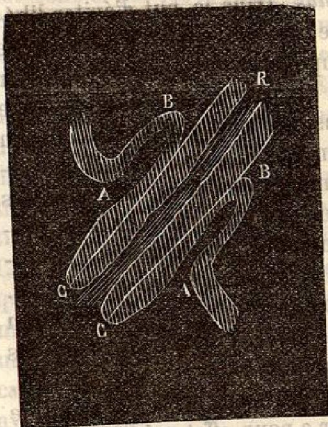


Fig. 256.

queuse anale et une invagination de la partie supérieure du rectum dans l'inférieure. CC est l'ouverture de la tumeur; en AA, on voit l'extrémité supérieure de la tumeur resserrée par l'ouverture anale; mais il n'existe qu'une simple *contiguïté* entre la tumeur et les bords de l'orifice anal, et nullement, comme dans la figure 255, une *continuité*. BB est l'endroit où le rectum R s'est invaginé; la cloison de séparation de la partie invaginée et de la partie invaginant est indiquée, de chaque côté de la figure, par une ligne blanche. Le cylindre allongé que forme la tumeur est assez droit chez l'homme, où les adhérences du rectum sont à peu près égales en avant et en arrière de l'intestin. Chez la femme, au contraire, le rectum adhérent plus intimement au vagin qu'au tissu cellulaire retro-rectal, il en résulte que la partie antérieure du rectum est déplacée dans une étendue moindre que la partie postérieure, d'où il suit que le cylindre formé par la tumeur est plus ou moins incurvé, et présente une convexité postérieure, avec projection en avant de l'orifice inférieur.

A part ces symptômes locaux, l'invagination du rectum présente tous les phénomènes de l'étranglement interne (p. 614). Dans quelques cas, on a observé une guérison spontanée : toute la portion invaginée de l'intestin se mortifie pour être ultérieurement éliminée; des adhérences s'établissent sur les confins des parties sphacélées, de façon à prévenir l'épanchement des matières fécales. On cite des sujets qui ont rendu par les selles des portions d'intestin de 22 et même de 55 centimètres de long.

**Pronostic.** Il est toujours grave.

**Traitement.** Il faut réduire la tumeur, non-seulement la portion saillante au dehors, c'est-à-dire refouler l'intestin au-dessus de l'anneau formé par l'anus, mais faire remonter l'intestin jusqu'au delà du siège de l'invagination. Pour atteindre ce but, Lepelletier conseille d'introduire dans l'orifice anal une longue canule en gomme portant un renflement assez volumineux pour chasser au-dessus de lui la portion d'intestin invaginée, que l'on soutient ainsi pendant quelque temps. On a préconisé aussi les lavements, les douches ascendantes pour obtenir cette réduction. Lorsque celle-ci échoue, et qu'il y a des symptômes d'étranglement interne, on peut être contraint de pratiquer un anus artificiel (voy. p. 617).

## III. RECTOCÈLE VAGINAL.

Le rectocèle vaginal est la hernie de la paroi antérieure du rectum à travers la paroi postérieure correspondante du vagin. Sabatier a le premier signalé cette affection, qui depuis a été étudiée par Malgaigne.

Il existe une autopsie de cette maladie, pratiquée par Godin, interne des hôpitaux de Paris. La tumeur était formée par un prolapsus partiel de toute la cloison recto-vaginale et non pas, comme on pourrait le penser, par le passage du rectum à travers une éraillure de la tunique externe du vagin.

Le rectocèle vaginal se développe sous l'influence des mêmes causes que l'entérocele et le cystocèle vaginaux; tantôt d'une manière lente, tantôt brusquement. Il est caractérisé par une tumeur à la partie inférieure et posté-

rieure du vagin, s'étendant quelquefois jusqu'au delà de la vulve, d'un volume qui surpasse rarement celui d'un œuf de poule, d'une consistance molle et peu douloureuse. Si on introduit un doigt dans le rectum, et qu'on le dirige en avant, on arrive dans l'intérieur de la poche et on peut sentir ce doigt à l'aide d'un autre introduit dans le vagin et appliqué sur la tumeur. Les malades sont souvent constipées, elles ont des coliques, quelquefois même des nausées et des vomissements.

A l'aide des signes physiques que nous venons d'énumérer, et surtout par l'exploration du rectum, on ne confondra pas le rectocèle vaginal avec d'autres tumeurs, notamment avec des kystes ou des abcès de la cloison recto-vaginale, avec le prolapsus de la muqueuse vaginale, etc.

La réduction est facile; Malgaigne conseille, pour la contention, un pessaire en forme de sablier.

## CHAPITRE V.

### INFLAMMATION ET ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS ET DU RECTUM.

#### I. INFLAMMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM.

On l'observe à la suite d'une constipation opiniâtre, et alors elle est due à des efforts répétés pour aller à la garde-robe, efforts qui peuvent occasionner l'étranglement momentané de la muqueuse. Dans d'autres cas, cette phlegmasie est provoquée par la présence de tumeurs hémorroïdales, le séjour de matières irritantes dans les plis de la marge de l'anus, l'abondance de la sécrétion cutanée, l'irritation produite par les poils agglutinés entre eux par des matières desséchées, ou coupés à ras avec des ciseaux.

L'inflammation de l'anus et du rectum est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, s'exaspérant pendant la marche, et s'accompagnant d'un suintement plus ou moins considérable, de consistance variable, d'une odeur désagréable. Bientôt il survient des ténesmes, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, un écoulement glaireux jaunâtre, mélangé de stries sanguinolentes; il y a de la cuisson et de la pesanteur au niveau de l'anus.

Des soins de propreté, des lotions avec l'eau de guimauve, des cataplasmes et des lavements émollients, des bains de siège, la situation horizontale du corps pendant quelques jours, guérissent rapidement cette inflammation. Si celle-ci avait été provoquée par le frottement des surfaces tégumentaires opposées, ou par les poils coupés trop ras, on placerait dans la rainure interfessière un petit rouleau de charpie, ou un linge fenêtré enduit de cérat. Il faut éviter de raser les poils de la région; en repoussant, ils irriteraient les tissus et provoqueraient une nouvelle inflammation.

#### II. ABCÈS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

Ces abcès sont fréquents, ce qui s'explique en ayant égard d'une part à la grande quantité de tissu cellulaire graisseux qui entoure le rectum, surtout à sa partie inférieure; d'autre part, au grand nombre de vaisseaux veineux qui se rendent à cette région, vaisseaux qui sont disposés à s'engorger par l'absence de valvules, et dans lesquels le sang stagne d'autant plus facilement qu'il existe une constipation habituelle, que les veines hémorroïdales subissent une constriction par les sphincters.

**Variétés.** On rencontre à la marge de l'anus des abcès *superficiels* dits *tuberculeux*, des abcès *profonds* ou *phlegmoneux*, des abcès *stercoraux* et *urineux*, des abcès *symptomatiques*, des abcès *consécutifs*.

1° *Abcès superficiels.* On les appelle aussi *tuberculeux* en raison de leur forme et non de leur nature; cette dénomination est donc mauvaise. Ils sont situés au-dessous de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané; ils se circonscrivent rapidement et proéminent facilement à l'extérieur, la résistance des téguments étant moindre que celle du *fascia superficialis*.

2° *Abcès profonds ou phlegmoneux.* Développés dans la profondeur de l'excavation ischio-rectale, ils ne peuvent s'étendre qu'en arrière et en dedans de cette région, parce qu'ils sont arrêtés en dehors par l'aponévrose de l'obturateur interne, en avant par les aponévroses périnéales. Ils se portent parfois de droite à gauche, en se frayant un chemin en arrière du rectum, ou bien encore ils fument dans le tissu cellulaire du mésorectum, pour arriver jusque dans la cavité du bassin. Ils se forment, dans quelques cas, entre les tuniques de l'intestin. Ils proéminent facilement du côté de la peau, n'étant retenus de ce côté que par une aponévrose peu résistante.

3° *Abcès stercoraux et urineux.* Ils sont provoqués par le passage des matières stercorales ou de l'urine dans le tissu cellulaire du creux ischio-rectal.

4° *Abcès symptomatiques.* Ils se développent sous l'influence d'une affection osseuse, d'une carie ou nécrose, du sacrum, du coccyx, de l'ischion, ou de quelque autre point du bassin, plus rarement d'une affection osseuse de la colonne vertébrale (voy. t. I, *Abcès par congestion*).

5° *Abcès consécutifs.* Ils se produisent pendant la convalescence des fièvres graves, surtout des fièvres éruptives, et plus particulièrement chez les jeunes sujets ou les adolescents. Parfois ces abcès se déclarent brusquement dans le cours de la phthisie pulmonaire, soit qu'ils tiennent alors à une ulcération du rectum, soit qu'ils reconnaissent pour point de départ le ramollissement de tubercules développés dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou périrectal.

**Causes.** Les abcès superficiels, dits *tuberculeux*, ont le plus souvent pour point de départ une *phlegmasie des follicules sébacés*, si nombreux dans la région anale. Lorsque ces follicules suppurent et que l'orifice extérieur en est oblitéré, le pus fuse dans le tissu cellulaire sous-cutané et parfois s'ouvre un passage dans la partie inférieure du rectum, d'où la production d'une