

Au-dessous du rétrécissement, la muqueuse est couverte de pus ou de muco-pus, rouge, boursoufflée; on y rencontre des points saillants de grosseur variable, parfois des cicatrices consécutives aux ulcérations et des ouvertures fistuleuses communiquant avec le vagin, le périnée. Au-dessus de la coarctation, la muqueuse est injectée, érodée dans une étendue plus ou moins considérable; l'épithélium et les couches superficielles de la muqueuse sont détruites; il existe parfois une ulcération plus ou moins étendue, souvent régulière, terminée par un bord festonné. Parfois on constate une hypertrophie de la couche musculaire. Le calibre de l'intestin a augmenté au-dessus de l'obstacle; les matières s'accumulent facilement dans cette portion dilatée, et exercent sur la partie supérieure du rectum une compression qui augmente encore la difficulté de la défécation.

**Symptômes.** Les rétrécissements du rectum sont caractérisés par une constipation d'autant plus prononcée qu'on s'éloigne davantage de l'époque du début de la maladie. Plus tard, on observe des coliques, des diarrhées intermittentes, suivies de nouvelles périodes de constipation; le ventre est plus ou moins tendu, il y a des borborygmes fréquents. La défécation devient de plus en plus difficile; les matières fécales sont rubanées, aplaties lorsqu'elles ont conservé une certaine mollesse; arrondies et comme passées à la filière, si elles sont dures. Le séjour prolongé des matières, au-dessus de la partie rétrécie, donne lieu à une irritation de la muqueuse qui sécrète un mucus filant, glaireux, opaque, provoquant par sa présence des besoins incessants de défécation. Les efforts pour accomplir cet acte n'ont aucun résultat; ils sont accompagnés d'épreintes et le malade n'arrive parfois à expulser que des matières glaireuses, quelquefois mélangées de sang. Les lavements qui pénètrent en général avec facilité ne sont rendus que par portions. Souvent, après une constipation prolongée, survient une évacuation très-abondante de matières diarrhéiques; puis la constipation reparaît de nouveau, plus prononcée encore, forçant le malade à faire des efforts d'expulsion tels, qu'il se produit parfois des hernies, des hémoptysies. On a cité des cas dans lesquels il s'est manifesté un tremblement nerveux, une syncope, après l'expulsion des matières. Souvent les malades se privent volontairement d'aliments. Quand le rétrécissement est tellement prononcé que la rétention est complète, on observe les phénomènes propres à l'étranglement interne.

Les troubles locaux s'accompagnent bientôt de phénomènes généraux: les malades sont pâles, anémiés, amaigris; la langue est saburrale; il y a de l'anorexie, un air de souffrance profonde, sans la coloration jaune-paille de la face propre aux affections cancéreuses.

**Diagnostic.** Pour connaître le siège, l'étendue, le degré de la coarctation, il faut explorer l'intestin. Le toucher rectal fournit des renseignements précis, mais parfois insuffisants, soit parce que le rétrécissement occupe un point trop élevé pour être atteint avec le doigt, soit que le calibre de l'intestin est trop resserré pour donner passage au doigt. Les injections d'eau dans le rectum sont insuffisantes. Le *speculum ani*, dont l'introduction est souvent fort douloureuse, ne permet de reconnaître que l'existence

d'une dilatation rectale, le siège du rétrécissement, si ce dernier occupe la portion inférieure de l'intestin. On a proposé l'emploi de *bougies à empreinte*, pour connaître la forme et l'étendue des rétrécissements; mais l'empreinte s'efface au moment où la bougie étant retirée traverse l'orifice anal. Laugier, pour déterminer la hauteur et l'étendue des rétrécissements, se sert d'une sonde de moyen calibre, munie à son extrémité d'un petit sac de baudruche pouvant acquérir par l'insufflation 3 à 4 centimètres de diamètre. On introduit cette sonde dans le rectum par le bout correspondant au sac de baudruche; l'instrument traverse le rétrécissement et est porté au-dessus de la coarctation. Alors on insuffle d'air le sac de baudruche et on cherche à retirer la sonde, ce qui est impossible tant que le sac reste distendu, parce que ce dernier est arrêté par l'obstacle. Il suffit, pour apprécier l'étendue de la coarctation, de constater la différence de longueur entre la portion de sonde restée dans le rectum après l'insufflation du sac de baudruche et la portion insinuée dans le rectum au commencement de l'exploration pour arriver sur la limite inférieure de l'obstacle.

L'existence d'un rétrécissement du rectum étant reconnue, il faut chercher si ce rétrécissement est *simple* ou de nature *cancéreuse*. Ce diagnostic sera exposé plus loin (voy. *Cancer du rectum*).

**Marche. Terminaisons.** La marche de la maladie est généralement lente; ce n'est qu'à une époque déjà avancée de l'affection que le chirurgien est appelé à intervenir. Abandonnées à elles-mêmes, les coarctations font des progrès incessants et finissent par occasionner les accidents les plus graves dus à la rétention des matières dans le tube intestinal.

**Pronostic.** Il est toujours grave, l'art étant souvent impuissant pour obtenir une cure radicale. Il l'est d'autant plus que le rétrécissement est situé plus haut, qu'il est plus ancien, plus dur.

**Traitement.** Lorsque le rétrécissement est accompagné de symptômes inflammatoires, on le combat par des évacuations sanguines locales, des topiques et des injections de nature émolliente. Gosselin a expérimenté que le traitement spécifique est insuffisant et même nuisible dans les rétrécissements *vénériens*. A une époque avancée du mal, alors qu'il existe une constipation opiniâtre, on cherche à provoquer l'expulsion des fécès par les purgations, les douches ascendantes, le galvanisme. Pour combattre les douleurs on a recours aux narcotiques administrés à l'intérieur et portés dans le rectum.

**DILATATION.** Elle comprime de dedans en dehors les parties indurées, qu'elle rend plus extensibles. On l'exécute avec des *mèches* de plus en plus volumineuses (Desault), nouées dans leur milieu avec un fil double solide dont les deux chefs pendent hors de l'anus, pour empêcher la mèche de remonter. On enduit la mèche d'une pommade médicamenteuse, d'une pommade belladonnée notamment. Les *suppositoires fusiformes*, creux ou pleins, formés de métal, d'ivoire, de gomme, compriment avec plus de force. Dans tous les cas, on n'emploie la dilatation qu'en l'absence de toute inflammation; si le malade la supporte difficilement, on en suspend l'usage; si elle est tolérée, on peut essayer la dilatation forcée. Ainsi A. Cooper

a réussi à obtenir une guérison rapide en introduisant dans le rétrécissement une tenette à cystotomie. On a aussi préconisé le procédé de dilatation forcée mis en usage dans le traitement de la fissure à l'anus (voy. plus loin).

Divers instruments, imaginés par Ancelin, Brémond, Costallat, ont été employés pour pratiquer la dilatation des rétrécissements du rectum; ils sont aujourd'hui rarement appliqués. Leur emploi n'a pas toujours été sans danger; ainsi, chez un de ses malades, Costallat perfora l'intestin, ce qui donna lieu à une péritonite mortelle. Les malades en supportent difficilement l'usage, et sous le rapport des chances de guérison radicale, ils ne présentent pas un avantage sur les mèches.

**INCISION.** Ce procédé a donné des succès à Stafford et Hawkins (de Londres). Il n'est praticable que pour les rétrécissements qui sont à la portée du doigt, qui ne présentent qu'une épaisseur peu considérable, notamment pour les rétrécissements en forme de valvule ou de bride. On se sert d'un bistouri boutonné ou du bistouri herniaire de Cooper, conduits à plat sur le doigt indicateur. On peut pratiquer des débridements multiples. Après l'opération on introduit une mèche ou un suppositoire, ou un tube en gomme élastique (Sédillot) dans le rectum, pour empêcher la réunion des bords de l'incision.

**CAUTÉRISATION.** Une seule cautérisation avec le nitrate d'argent amena une guérison complète chez un sujet traité par Éverard Home. Dans trois cas, Sanson réussit par le même moyen, uni à la dilatation. Amussat s'est servi d'un porte-caustique d'argent, de la grosseur du doigt annulaire, pourvu d'une longue cuvette divisée en quatre compartiments pour mieux fixer le caustique; il a aussi fait usage de potasse caustique. La cautérisation peut être combinée avec la dilatation par les mèches.

**ACTOPLASTIE.** Dans les rétrécissements inodulaires de l'anus, on pourrait, après avoir enlevé les tissus cicatriciels, combler la perte de substance par un lambeau détaché des téguments voisins et doublé de la muqueuse rectale en partie détachée et abaissée.

**ANUS ARTIFICIEL.** Cet expédient n'est applicable qu'aux rétrécissements très-élevés. On choisira entre la méthode de Littré et celle de Callisen (voy. p. 740 et 741).

## CHAPITRE VI.

### TUMEURS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

On rencontre à l'anus et dans l'intérieur du rectum des productions morbides de nature variée, dont les unes sont rares, les autres communes. Nous ne ferons que signaler les premières: Vidal (de Cassis) parle d'une tumeur érectile pédiculée, située à la marge de l'anus d'un enfant; Belmas a constaté l'existence d'une tumeur graisseuse au voisinage de l'anus; Vel-

peau a pratiqué l'ablation d'une production fibreuse occupant la bouche sous-cutanée, au côté droit de l'anus. Des kystes séreux se forment parfois dans l'épaisseur de la cloison recto-vésicale, et peuvent prendre un accroissement assez considérable pour comprimer le col de la vessie et déterminer une rétention d'urine. Schmucker et Louis ont constaté la présence de concrétions calculeuses dans l'épaisseur des parois du rectum. Les polypes, le cancer et surtout les hémorroïdes sont des affections plus communes.

### I. HÉMORROIDES.

On désigne sous ce nom des tumeurs sanguines de la région anale et du rectum.

**Anatomie pathologique.** Les hémorroïdes ont leur siège, tantôt à la marge de l'anus, au-dessous du sphincter externe, tantôt dans l'intérieur du rectum, soit au-dessus, soit au niveau du sphincter interne; on en a même rencontré jusqu'au-dessus de l'S iliaque du côlon. Dans le premier cas, on les appelle hémorroïdes externes; dans le second, hémorroïdes internes.

En général il existe chez le même sujet plusieurs tumeurs disposées en cercle ou en fraction de cercle; la forme des hémorroïdes est alors celle d'un bourrelet. Chacune de ces tumeurs offre une grosseur variable, depuis une lentille jusqu'à une noix; elle est pourvue d'une base large ou pédiculée; la surface en est lisse ou rugueuse; la forme hémisphérique ou inégale. A l'intérieur du rectum, les tumeurs sont recouvertes par la muqueuse; à l'extérieur, elles sont recouvertes en partie par la muqueuse, en partie par les téguments externes.

La structure varie aux diverses époques de l'affection: au début, ces tumeurs sont constituées par une simple dilatation des parois veineuses: la coupe présente l'aspect de veines dilatées et tortueuses. P. Boyer, ayant examiné une tumeur hémorroïdale isolée, enlevée par lui, l'a trouvée formée par un tissu cellulaire à mailles très-fines contenant un peu de sérosité, et parcourue par des veines à parois épaisses, blanchâtres, d'un diamètre plus grand que dans l'état normal et présentant des renflements latéraux; dans quelques-unes de ces veines se trouvaient des caillots fibrineux. Une malade était affectée depuis six semaines d'un bourrelet hémorroïdal que l'on enleva par l'écraseur linéaire, la dissection de la tumeur fit reconnaître qu'elle était constituée par la réunion d'un certain nombre de lobules qui tous, à l'exception d'un seul complètement cédémateux, offraient un lien inextricable de canaux veineux de 3 à 4 millimètres de diamètre et à parois extrêmement minces. L'apparence bosselée de ces lobules leur donnait une ressemblance avec les vésicules séminales; seulement les canaux, au lieu de communiquer les uns avec les autres comme dans ces dernières, étaient interrompus par de nombreuses cloisons, comme on pouvait s'en assurer en les ouvrant en divers points. On en retirait alors, tantôt un caillot unique rougeâtre et arrondi, occupant une cellule close de toutes parts, tantôt un caillot un peu plus allongé et présentant comme