

complète, en perforant la paroi rectale. On fait sortir par l'anus l'extrémité de la sonde cannelée qui a été introduite par la fistule, puis on incise les parties molles situées entre le trajet fistuleux et la cavité du rectum. Ensuite, on place une mèche très-épaisse, enduite de cérat, entre les lèvres de l'ouverture, en ayant soin d'introduire la mèche dans le rectum jusqu'à la partie la plus élevée de la fistule, afin d'éviter l'accolement des lèvres de la plaie et la récurrence. Tous les matins, en renouvelant le pansement, il faut presser la mèche contre la paroi de la fistule. Pour éviter la récurrence, il faut avoir bien soin d'inciser jusqu'à la partie la plus élevée de la fistule, et de ne pas laisser un cul-de-sac entre le rectum et la partie supérieure du trajet. Il est bon aussi de retourner l'instrument et d'inciser la paroi externe de la fistule, celle qui est opposée à celle qui a déjà été incisée.

M. Richet fait l'*excision*. Lorsque la sonde cannelée est à l'extérieur, il la pince avec une double érigne qui embrasse l'instrument, ainsi que le trajet fistuleux; puis il excise toute la longueur de ce trajet, en y comprenant les deux ouvertures.

Dans le cas de fistule prenant naissance dans l'espace pelvi-rectal supérieur, M. Richet enfonce l'une des branches d'un entérotome dans la fistule, l'autre dans le rectum; il comprime la paroi rectale qui se sphacèle; la fistule et le rectum ne forment plus ensuite qu'un conduit; la fistule est guérie. L'intestin est détruit, ici, d'après le même mécanisme que l'éperon, dans l'anus contre nature.

ARTICLE TROISIÈME

LÉSIONS DE NUTRITION DU RECTUM

I. — CANCER DU RECTUM.

Anatomie pathologique. — Le cancer du rectum se développe tantôt primitivement dans cet organe, tantôt consécutivement à une affection cancéreuse des organes voisins. Très-rare chez l'homme, le cancer consécutif est plus fréquent chez la femme à cause du voisinage de l'utérus qui en est si souvent affecté.

La production morbide peut se montrer sous trois formes principales. Tantôt ce sont de véritables tumeurs, faisant saillie dans le rectum, et nettement limitées; elles ont été appelées polypes cancéreux. Tantôt ce sont des plaques indurées, disséminées autour de l'intestin. Dans une troisième variété, le mal semble envahir une plus ou moins grande étendue du rectum sans qu'on puisse nettement définir ses limites; il s'infiltré en quelque sorte entre les tuniques: c'est le cancer diffus.

Au microscope, on reconnaît à la tumeur les caractères anatomiques de l'encéphaloïde, du squirrhe, du cancer colloïde ou de l'épithélioma. Ces quatre espèces ont été observées; la première et la dernière se rencontrent plus fréquemment.

L'*épithélioma* débute ordinairement par l'extrémité inférieure du rectum, par l'anus. Il est rare que cet orifice, et même que les parties qui l'entourent, ne soient pas le siège d'une induration profonde.

L'*encéphaloïde* naît dans le tissu cellulaire sous-muqueux; il refoule d'abord la muqueuse en dedans, la tunique musculaire en dehors. La première ne tarde pas à s'ulcérer; les fibres musculaires peuvent être amincies ou hypertrophiées.

Le volume de la tumeur est très-variable; il en est de même de son siège et de la hauteur de son point d'implantation. Est-elle plus fréquente en haut ou en bas, en avant ou en arrière? Il serait bien difficile d'être affirmatif sur ces questions.

Il n'est pas rare de voir le cancer, lorsqu'il a acquis un certain développement, faire saillie à l'extérieur.

Le rectum est ordinairement dévié; son calibre est rétréci. Ce rétrécissement s'observe surtout lorsque la maladie affecte la forme de plaques cancéreuses annulaires: on a alors affaire à un véritable cancer atrophique. Il existe, au-dessus de la lésion, une dilatation dans laquelle s'accumulent les matières fécales.

La maladie peut se propager aux organes voisins: vessie, utérus, vagin. De même que le cancer consécutif est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, de même chez elle la propagation secondaire du rectum aux parties adjacentes s'observe plus souvent.

Symptômes. — *a. Troubles fonctionnels.* — Le rétrécissement de l'intestin, soit par le resserrement et l'épaississement de ses parois, soit par la présence d'une tumeur volumineuse dans sa cavité, rend la défécation difficile. Cette constipation, qui est constante au début, peut cesser brusquement à une époque plus avancée, puis se montrer de nouveau. Ces sortes de débâcles sont dues au ramollissement d'une partie de la tumeur, qui est éliminée et laisse momentanément le passage libre. On peut observer tous les degrés, depuis une rétention complète, jusqu'à l'incontinence des matières fécales.

Il s'écoule par l'anus un *liquide sanieux*, sanguinolent, très-fétide, mêlé de débris cancéreux; souvent il y a de véritables *hémorragies*.

Les *douleurs* sont ordinairement très-vives; elles présentent quelquefois des périodes alternatives d'exacerbation et de rémission.

b. Signes physiques. — On reconnaît la tumeur par le *palper abdominal*, et surtout par le *toucher rectal*. L'emploi des *sondes*, du *speculum ani*, est très-douloureux et n'a aucune utilité. Le *doigt* reconnaît mieux que n'importe quel instrument explorateur, la présence d'une tumeur, sa consistance, l'état lisse ou bosselé de sa surface, sa hauteur dans le

rectum. Il faut se rappeler qu'il est quelquefois très-difficile d'atteindre le siège du mal.

Toutes les fois que la tumeur fera issue par l'anus, l'examen de cette région permettra presque toujours d'établir à première vue le diagnostic. Il en sera de même lorsque cet orifice lui-même sera malade; il sera facile de constater l'induration de ses bords, leur ulcération, etc.

Chez la femme, le *toucher vaginal* ne doit jamais être négligé. Il permet souvent de s'assurer de la hauteur du mal, alors que l'exploration du rectum est trop difficile ou douloureuse.

Marche. Terminaison. — La marche du cancer du rectum est continue; l'épithélioma parcourt ses périodes avec plus de lenteur que les autres variétés. Quoi qu'il en soit, la terminaison est toujours la même: c'est la mort qui survient fatalement, soit par les progrès de la cachexie, dont les malades présentent rapidement tous les symptômes généraux, soit par hémorrhagie, soit enfin par la perforation ou la rupture du rectum, qui s'accompagne d'une péritonite suraiguë ou d'abcès stercoraux, selon la hauteur à laquelle se fait la rupture.

Diagnostic. — Un cancer du rectum pourrait être confondu avec un *rétrécissement*, des *hémorrhoides*, des *polypes*.

Le *rétrécissement* détermine, comme le cancer, des troubles dans l'accomplissement des fonctions digestives, en s'opposant à la libre excrétion des matières fécales. Mais, en examinant le rectum, on y constate une simple coarctation, et non une tumeur irrégulière, bosselée, fongueuse, saignant facilement. On n'observe pas non plus les signes généraux de la cachexie cancéreuse.

Les *hémorrhoides* n'offrent pas la dureté du cancer; elles ne forment jamais, dans l'intérieur du rectum, des tumeurs inégales, résistantes, irréductibles, ulcérées, donnant lieu à un écoulement fétide et ichoreux. Lorsqu'elles apparaissent à l'extérieur, leur forme, leur couleur, leurs différences subites de tension et d'affaissement préviendront toute erreur de diagnostic.

Les *polypes* sont pédiculés, nettement circonscrits, sans induration de voisinage, facilement réductibles. Ils s'observent surtout chez les enfants.

Causes. — Le cancer du rectum ne se développe, en général, que dans un âge assez avancé; il est très-rare au-dessous de trente ans. Les causes sont absolument inconnues. Nous savons seulement qu'il peut être consécutif à celui d'un organe voisin, ce qui le rend peut-être un peu plus fréquent chez la femme.

Pronostic. — Très-grave. Cette affection entraîne toujours la mort. Les opérations tentées pour la guérir demeurent presque toujours palliatives; au bout d'un temps plus ou moins long, la récidive a lieu.

Traitement. — La *dilatation* du rectum et la *cautérisation* ne donnent que des résultats incomplets. La première, en augmentant le calibre de

l'intestin, favorise l'issue des matières; c'est son seul avantage. La seconde est insuffisante pour détruire une tumeur cancéreuse un peu étendue.

La *ligature* peut être appliquée lorsque la tumeur ne remonte pas très-haut, ce qui permet de l'attirer complètement au dehors. On enserme la masse morbide dans une anse de fil, qui doit être placée sur les parties saines; quand le fil est serré, on coupe au-dessous de la ligature.

L'*extirpation* permet d'atteindre des tumeurs trop haut placées pour que le moyen précédent leur soit applicable. Cette opération expose à de grands dangers. En effet, lorsqu'on a enlevé toute la portion malade du rectum, le bout supérieur de l'intestin se rétracte, remonte du côté du bassin; les matières fécales peuvent s'infiltrer dans la plaie, dans le tissu cellulaire péri-rectal, et donner lieu à des abcès stercoraux.

Une péritonite peut aussi être causée par cette extirpation, lors même qu'on n'a pas lésé directement le péritoine pendant l'opération, lésion qui peut se montrer cependant, si l'on porte trop haut l'instrument tranchant.

II. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.

Anatomie pathologique. — Les rétrécissements accidentels du rectum, les seuls dont nous ayons à nous occuper dans cet article, présentent, au point de vue de leurs caractères anatomiques, de nombreuses variétés.

Leur *forme* est tantôt celle d'une valvule occupant une plus ou moins grande étendue de la circonférence de l'intestin, tantôt celle d'un véritable diaphragme annulaire, percé d'un orifice central. Souvent ils revêtent l'aspect d'un canal cylindroïde. Il n'existe, en général, qu'un seul rétrécissement.

Leur *calibre* peut permettre l'introduction du doigt, ou laisser passer à peine un stilet. Entre ces deux extrêmes, on observe tous les degrés intermédiaires.

Leur *siège* n'est pas moins variable; cependant on peut dire, d'une manière générale, qu'ils occupent l'extrémité inférieure du rectum. Il est rare qu'ils remontent assez haut pour n'être pas accessibles au doigt. Leur hauteur au-dessus de l'orifice anal est presque toujours inférieure à 6 centimètres.

Les tuniques du rectum sont épaissies, indurées. Cela s'observe surtout dans les rétrécissements consécutifs à une inflammation. Au-dessus de la coarctation, l'intestin est distendu et forme une vaste ampoule dans laquelle s'accumulent les matières fécales. La muqueuse, sur ce point, est rouge, ramollie, quelquefois ulcérée. Des adhérences peuvent s'établir entre le rectum et les organes voisins; des communications anormales peuvent en être la conséquence.

Causes. — Les causes les plus fréquentes sont la *rectite* et la *syphilis*. La rectite détermine, dans l'épaisseur des tuniques intestinales, un dépôt

de matière plastique qui, par sa rétractilité, resserre le calibre du rectum. Il se passe là un phénomène analogue à celui que nous avons étudié en parlant de la formation des rétrécissements organiques de l'urèthre. La syphilis, agit non comme maladie constitutionnelle, mais par les lésions locales qu'elle est susceptible de produire du côté du rectum. Une blennorrhagie anale causera le rétrécissement du rectum, comme une chaude-pisse occasionne celui de l'urèthre; un chancre, une ulcération, laisseront à leur suite un tissu de cicatrice qui deviendra la cause du rétrécissement.

Il est évident que le rectum peut être comprimé par des tumeurs, cancéreuses ou autres, siégeant en dehors de lui ou dans sa cavité. Mais la compression qu'elles exercent sur cet organe ne saurait être considérée comme un véritable rétrécissement.

Symptômes. — Les symptômes sont ceux d'une *rétenion* plus ou moins complète des matières fécales. Au début, les malades sont simplement constipés; ils facilitent les garde-robes par des purgatifs ou des lavements répétés. Peu à peu, la défécation exige plus d'efforts; les matières, lorsqu'elles sont consistantes, sont allongées, filiformes; elles portent l'empreinte du canal étroit qu'elles viennent de traverser. Enfin, à une époque plus avancée, elles s'accumulent au-dessus de l'obstacle, où elles forment quelquefois une véritable tumeur qui peut être reconnue par le palper abdominal.

Le *besoin de défécation* se fait sentir fréquemment, mais il ne peut être satisfait, et il ne s'écoule de l'intestin que quelques mucosités sanguinolentes, d'autant plus abondantes que la muqueuse est le siège d'une plus vive irritation.

Lorsque l'obstruction est complète, on voit apparaître les symptômes graves qui caractérisent l'*occlusion intestinale*, tels que nous les avons décrits dans le chapitre consacré à cette maladie: ballonnement du ventre, vomissements, petitesse du pouls, pâleur et anxiété de la face, etc.

Marche. Durée. Terminaison. — Le rétrécissement du rectum a une marche lente. Il est difficile de fixer sa durée, même approximativement. Il présente à cet égard, suivant les individus, de grandes variétés.

Abandonné à lui-même, il détermine presque fatalement la mort, soit par le seul fait de la rétention des matières, soit par une rupture de l'intestin, qui détermine des abcès stercoraux ou une péritonite sur-aiguë.

Diagnostic. — C'est par le toucher qu'on reconnaît l'existence d'un rétrécissement du rectum. Le *doigt* permet de constater la hauteur, la forme, l'étendue du rétrécissement. Le *speculum ani* cause de vives douleurs et rend peu de services. Dans les cas difficiles, on peut employer l'instrument imaginé par Laugier, qui consiste en un petit *sac de baudruche* placé à l'extrémité d'une sonde. On introduit celle-ci dans

l'intestin, et lorsqu'elle a franchi le rétrécissement, on insuffle le sac de baudruche qui est arrêté au niveau de l'obstacle, lorsqu'on le retire.

Il est impossible de confondre un rétrécissement avec un *cancer*, un *polype*, des *hémorrhôïdes*. Toutes ces affections sont caractérisées par des tumeurs qui font absolument défaut dans le rétrécissement.

Pronostic. Traitement. — On peut se convaincre facilement, d'après ce que nous venons de dire, de la gravité du pronostic. Il faut donc chercher, par tous les moyens possibles, à rendre à l'intestin son calibre normal.

La *cautérisation* n'a encore été que rarement employée. Il est difficile de comprendre qu'elle puisse, à elle seule, détruire le rétrécissement, si on ne la combine à une autre méthode.

La *dilatation* se fait au moyen de mèches introduites dans le rectum, et dont on augmente progressivement la grosseur. On peut aussi la pratiquer au moyen de deux doigts qu'on enfonce dans l'intestin jusqu'à ce qu'on ait atteint le niveau du rétrécissement, et qu'on écarte ensuite brusquement. C'est un procédé de dilatation forcée, identique à celui que nous avons indiqué dans le traitement de la fissure à l'anus.

L'*incision* a donné de bons résultats, mais elle doit être faite avec précaution. En effet, s'il est nécessaire d'inciser toute l'épaisseur de la partie indurée, il faut prendre garde de dépasser ses limites: on s'exposerait à l'issue des matières fécales dans le tissu cellulaire péri-rectal, avec toutes ses conséquences.

On réserve la création d'un *anus artificiel* pour les cas où il est impossible d'attaquer directement le rétrécissement, où les accidents causés par la rétention des matières menacent les jours du malade.

III. — HÉMORRHOÏDES.

On donne ce nom à des tumeurs qui naissent sur l'orifice anal ou dans l'intérieur du rectum, et qui sont formées par les varices des veines hémorrhôïdales.

Anatomie pathologique. — On divise les hémorrhôïdes, suivant leur siège, en externes et internes.

a. *Hémorrhôïdes externes.* — Elles siègent au pourtour de l'orifice anal, depuis cet orifice même jusqu'au point où la muqueuse se confond insensiblement avec les téguments.

Leur *nombre* est variable: tantôt il n'existe qu'une seule tumeur, tantôt on en rencontre plusieurs, qui peuvent masquer l'entrée de l'anus.

Leur *volume* n'offre rien de fixe; elles sont quelquefois à peine apparentes, ou bien elles forment un gros bourrelet circulairement disposé.

M. Gosselin en distingue trois variétés, et les divise en *muqueuses*, *cutanées* et *muqueuses cutanées*.

Les premières, comme leur nom l'indique, sont exclusivement tapissées par la muqueuse anale; elles siègent très-près de l'orifice.