

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 de 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 (Rollet); 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 syphillides papuleuses de la région anale; Esmarch, Bärensprung ont parlé de gommages du rectum; Verneuil en a rapporté une observation, mais, au dire de Fournier, elles sont très rares, seulement consécutives à l'extension de gommages 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 de calibre du rectum* produites par la *transformation fibreuse et inextensible 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.

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

On décrit : 1° des *rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne* :

2° Des *rétrécissements d'origine cicatricielle ou inflammatoire* ;

3° Des *rétrécissements d'origine congénitale* ;

4° Des *rétrécissements musculaires*.

Certains rétrécissements congénitaux de forme valvulaire, qui ne se révèlent ordinairement qu'à une époque tardive de la vie, sont les seuls qui doivent être conservés ici au point de vue clinique.

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

1° *Rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne.* — Les plus fréquents de tous les rétrécissements du rectum, les rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne, ont été l'objet de discussions les plus vives, et aujourd'hui encore il est presque



impossible de savoir au juste à quoi s'en tenir sur leur nature intime.

Un petit nombre d'auteurs n'admettent pas le rétrécissement syphilitique, et ne croient qu'à l'influence des traumatismes, de la blennorrhagie rectale.

D'autres 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 (*Archiv. gén. de méd.*, 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 épaissement 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 ou presque immédiatement après le chancre.

Les relations incontestables du rétrécissement fibreux du rectum avec la syphilis devaient naturellement conduire les esprits à une autre théorie, celle qui fait de cette affection *un accident constitutionnel de la syphilis*. — Elle fut formulée pour la première fois par Trélat et Delens dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; A. Guérin, Verneuil, Panas, s'en déclarent partisans, enfin Fournier l'appuie de son autorité en décrivant avec soin le *syphilome ano-rectal* (1874).

Sous cette dénomination on doit entendre, d'après Fournier, une *infiltration des parois ano-rectales* par un *néoplasme* encore indéterminé comme structure élémentaire, mais *susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile*.

Dans cette théorie, le rétrécissement du rectum est donc un *accident constitutionnel de la syphilis*, c'est *une dégénérescence fibreuse d'un néoplasme syphilitique, le syphilome ano-rectal*

On objecte à cette théorie, que le syphilome à sa période d'état n'a pour ainsi dire pas été observé et que cette évolution fibreuse d'un néoplasme est rare dans la syphilis, où on ne l'observe guère que du côté du foie; enfin le traitement, de l'avis de tous, n'a que peu d'influence. La première de ces objections est la plus sérieuse, c'est à peine si Fournier parle d'un cas où il ait observé quelques phénomènes indiquant le premier état du rétrécissement. En revanche, si le traitement spécifique est généralement impuissant, quelques faits semblent démontrer qu'il n'est pas toujours sans influence; du reste, à la période de rétraction fibreuse on conçoit bien que le traitement spécifique puisse n'avoir plus d'action. — Il reste évidemment encore bien des desiderata à satisfaire dans cette question; il nous semble d'ailleurs qu'il ne faut peut-être pas chercher dans une opinion exclusive l'origine des rétrécissements syphilitiques ou vénériens du rectum; les faits de Gosselin et de Fournier ne nous paraissent pas comparables entre eux. Gosselin parle de rétrécissements succédant immédiatement au chancre chez des sujets très jeunes; les malades de Fournier sont plus âgés, leur syphilis est bien plus ancienne; on est à dix, quinze, vingt ans de l'accident primitif. — Ce sont là des cas fort dissimilaires.

Nous dirions donc volontiers qu'il y a des rétrécissements d'origine vénérienne, attribuables à une irritation de voisinage produite par le virus chancreux simple; des rétrécissements d'origine syphilitique dus à l'irritation produite par le chancre syphilitique; exceptionnellement, peut-être jamais, des rétrécissements consécutifs à des ulcérations secondaires du rectum; très rarement encore, des rétrécissements consécutifs à des ulcérations tertiaires du rectum, admis par Gosselin, Fournier, etc....

Enfin nous admettons comme incontestables des rétrécissements, résultant de la transformation fibreuse d'un néoplasme syphilitique spécial, le syphilome ano-rectal, accident tertiaire ou même quaternaire, suivant l'expression de Trélat et Delens.

Ces rétrécissements vénériens ou syphilitiques s'observent le plus souvent, pour ne pas dire presque toujours, chez les femmes: 40 fois sur 45 — à l'âge moyen de la vie. — Les antécédents syphilitiques ne seraient pas douteux dans 47 cas sur 68; — tantôt le rétrécissement surviendrait à la fin de la période secondaire, d'autres fois c'est



un accident fort tardif arrivant dix, vingt, vingt-cinq ans après le chancre.

Gosselin voit dans l'auto-inoculation par les liquides chancreux vulvo-vaginaux l'explication de la fréquence du rétrécissement chez la femme.

2° *Rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires.* — Les rétrécissements cicatriciels sont d'origine accidentelle dans les traumatismes du rectum : plaies, déchirures, lésions par corps étrangers volumineux ou irréguliers du rectum. Curling en compte 9 cas sur 20. Assez souvent encore le traumatisme est *chirurgical* ou *opératoire* : excision de fistule, ablation d'un épithélioma, extraction de corps étrangers, extirpation d'hémorroïdes avec le thermocautère, la chaîne d'écraseur, etc.

Un certain nombre d'*ulcérations ano-rectales* se terminent par rétraction cicatricielle. — Au premier rang il est d'usage de citer les ulcérations de la dysenterie ; Garsaux, dans une thèse de 1877, les décrit comme formant le plus souvent une bride sous-muqueuse à 5 centimètres de l'anus ; — les ulcérations provoquées par la présence d'un corps étranger, les plaques de sphacèle consécutives à un prolapsus du rectum, les eschares de la cloison recto-vaginale après un accouchement laborieux, les rectites et particulièrement les rectites chroniques ulcéreuses, plus rarement les syphilides ulcéreuses, telles sont les principales causes de cette variété de rétrécissement cicatriciel.

Les rétrécissements d'origine inflammatoire reconnaissent pour cause : les uns, une inflammation chronique du tissu cellulaire des parois rectales, rectites interstitielles aiguës, rectites chroniques ; les autres, un épaissement inflammatoire périrectal, phlegmons ischio-rectaux, indurations périfistulaires.

3° *Rétrécissement d'origine congénitale.* — A. Bérard et Masliou-Lagemard avaient les premiers signalé la disposition valvulaire de certains rétrécissements rectaux. Nélaton indiqua nettement leur origine congénitale. — Leur histoire a été surtout faite par l'école chirurgicale de Montpellier : en 1846, Benoit et Dubreuil ; en 1851, Bouisson dans sa thèse de concours. Reynier a publié un mémoire intéressant sur ce sujet à propos d'un fait observé en 1878 dans le service de Tillaux. La *Gazette médicale de Strasbourg* de 1881 renferme un travail plus récent d'Eugène Bœckel.

Il en existe deux variétés principales : la première comprend les

rétrécissements supérieurs, par développement exagéré des replis valvulaires de Houston, bien décrits par Dubreuil. La seconde est due à un arrêt de développement dans l'union de l'intestin et du cul-de-sac anal ; ce sont les vrais rétrécissements congénitaux ; on les trouve à peu de distance de l'anus, 2 ou 3 centimètres.

4° *Rétrécissements musculaires.* — Ces rétrécissements trouvent une place toute naturelle à côté des précédents ; ils ont été bien exposés par Verneuil et Panas, et consistent dans une hypertrophie musculaire partielle, qui doit être rapprochée de l'existence des sphincters supérieurs, décrits par O'Beirn et Nélaton.

**Anatomie pathologique.** — 1° *Le rétrécissement syphilitique* est presque toujours un rétrécissement fibreux annulaire ou mieux cylindrique ; c'est, on peut le dire, le rétrécissement type du rectum. — Ce rétrécissement siège ordinairement à l'union de la portion ampullaire du rectum avec la partie inférieure de cet intestin, très rarement à plus de 6 centimètres de l'anus.

L'infiltration constituée par le syphilome ano-rectal transforme le rectum, et quelquefois en même temps l'anus, en un cylindre rigide, épais de quelques millimètres à 1 centimètre. A cette période du début, il n'y aurait ni cicatrice, ni ulcération d'après Fournier ; pour Gosselin, on pourrait observer les traces du chancre ano-rectal. — La hauteur de cette infiltration varierait de 2 à 8 centimètres (Fournier), plus ordinairement de 1 à 3 centimètres (Gosselin).

Cette infiltration, traitée de bonne heure, pourrait rétrocéder : Fournier en cite 2 cas ; non traitée, elle persiste, dégénère, s'aggrave, devient fibreuse, se rétracte, le rétrécissement rectal est constitué.

C'est, nous l'avons dit, un rétrécissement inférieur ; son calibre est variable, il n'y a pas d'exemple d'oblitération complète.

On y rencontre les lésions suivantes :

a. Dilatation parfois très étendue de l'intestin au-dessus du rétrécissement.

b. Existence à ce niveau d'une vaste ulcération à contours festonnés, décrite pour la première fois par Gosselin, occupant toute la circonférence du rectum, pouvant remonter jusqu'à 10 à 12 centimètres au-dessus de la coarctation.

c. Immédiatement au-dessus de la portion rétrécie, Esmarch a



signalé un *bourrelet grisâtre, boursofflé*, constitué par l'hyper-trophie des glandes tubuleuses de l'intestin.

d. Au niveau du point rétréci, un *tissu de bourgeons charnus* (Malassez), pas de tissu cicatriciel. — Des éléments embryonnaires infiltrent la paroi musculaire, dans laquelle on trouve de petits abcès.

e. Au-dessous du rétrécissement Malassez signale du tissu de cicatrice, paraissant le vestige d'une ulcération ancienne.

On trouve, enfin, *des lésions de voisinage* : abcès périrectaux, fistules à l'anus, fistules recto-vaginales, recto-vésicales, bien étudiées dans la thèse de Février (1877).

2° Les *rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires* sont constitués par des brides, des anneaux occupant rarement toute la circonférence du rectum, d'une hauteur peu considérable. — Ces brides sont généralement inodulaires, cicatricielles. — On doit en rapprocher une petite variété intéressante, le *rétrécissement en éperon* de Tillaux, saillie musculaire et muqueuse au-dessous de l'orifice intestinal d'une fistule à l'anus. Dans les rétrécissements inflammatoires, les tuniques sont épaissies, infiltrées; si l'inflammation a été péri-rectale, on voit les tuniques saines entourées d'une sorte de virole ou d'anneau fibreux. — Le rôle de l'inflammation est souvent hypothétique, comme le fait justement remarquer Allingham.

3° *Rétrécissements congénitaux.* — Les rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum siègent, les uns à la partie inférieure, à 2 ou 5 centimètres de l'anus : ce sont les vrais rétrécissements valvulaires : Reynier en cite 4 cas; les autres sont plutôt supérieurs : une fois le rétrécissement siègeait à 8 centimètres de l'anus, une autre fois à la portion moyenne, et dans le troisième cas, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du rectum.

Le rétrécissement est en général unique, quelquefois double. Nélaton parle d'un cas de rétrécissements multiples. La forme en est variable : tantôt un diaphragme valvulaire, tantôt un croissant, tantôt enfin une simple bride; formé d'un repli de la muqueuse, il présente deux faces lisses; la consistance des tissus est normale. Il ne paraît pas y avoir de grande ulcération au-dessus du rétrécissement.

4° Les *rétrécissements musculaires* offrent plus d'épaisseur et se continuent davantage avec la paroi rectale.

**Symptômes et marche du rétrécissement rectal.** — Les symptômes, indiquant qu'il y a diminution du calibre du rectum,

diffèrent fort peu, quelle que soit la nature du rétrécissement, qu'il soit vrai ou faux, syphilitique, inflammatoire, cicatriciel ou cancéreux. Son évolution ne présente que des différences peu considérables; seules l'exploration physique et la recherche des antécédents permettent de poser le diagnostic de la variété.

On peut dire avec Fournier que l'évolution de tout rétrécissement rectal présente trois périodes principales :

1° Une période latente;

2° Une période de troubles locaux;

3° Une période de retentissement sur l'état général.

*Période latente.* — Si l'on songe que le rétrécissement syphilitique, vrai type de description en raison de sa fréquence, s'observe surtout chez des femmes, et chez des femmes jeunes, dont la constipation est l'état normal; si l'on pense aux difficultés d'un aveu de syphilis, alors surtout qu'aucun accident grave ne le provoque; à l'ignorance parfaite d'une contamination, que l'on peut rencontrer, dans certains cas; à l'époque très éloignée de l'accident primitif; enfin au peu d'importance des symptômes, uniquement constitués par la rareté et la difficulté des selles, on comprendra à quel point cette première période est latente et insidieuse, combien il est difficile par conséquent d'avoir des notions exactes sur l'état réel des lésions au début. L'examen du rectum seul pourrait le révéler, et cet examen n'est pour ainsi dire jamais pratiqué. Cette période peut être longue; Gosselin lui-même en fixe la durée moyenne à deux ans.

*Période d'état. Troubles locaux.* — A la fin, les troubles persistants de la défécation appellent l'attention du malade. Tantôt, dans le rétrécissement cylindrique en particulier, on observe de la *diarrhée fréquente*; l'évacuation commence par une sorte de fusée purulente et les matières présentent l'*odeur fétide* des affections syphilitiques ano-rectales et de certains produits tertiaires en voie de destruction; quelquefois, à moitié dures, elles prennent la forme aplatie, rubanée, de corps passés à la filière, surtout si le rétrécissement est inférieur. Tantôt c'est une *constipation persistante* se terminant par de petites débâcles au bout de quelques jours. Les matières dures, ovillées, ne sont que de véritables cybales un peu aplaties; ce fait s'observe surtout quand le rétrécissement est supérieur, et particulièrement dans les rétrécissements musculaires et congénitaux; de plus, dans ces



variétés manque l'évacuation purulente qui accompagne les selles dans le rétrécissement syphilitique.

Il est des cas où l'évacuation purulente ne se borne plus à précéder la défécation normale, mais encore s'effectue dans les intervalles des selles. Fournier a même signalé l'incontinence stercorale, lorsque l'infiltration plastique est en même temps anale et rectale. On peut encore observer des épreintes, du ténesme, de fausses envies, n'aboutissant à aucun résultat ou se terminant par le rejet de quelques matières glaireuses, striées de pus ou de quelques filets de sang, tous symptômes attribuables à une rectite chronique occasionnée par le rétrécissement.

Parfois surviennent, au bout d'un temps plus ou moins long, d'une manière lente et progressive, les symptômes de l'occlusion intestinale d'origine ano-rectale; le ventre se ballonne, devient douloureux, la constipation est presque absolue, les vomissements même se produisent; enfin, au bout de quelques jours, une forte débâcle met momentanément fin aux accidents. Le rétrécissement occasionne rarement l'obstruction complète. Par exception ces phénomènes peuvent revêtir la forme de l'occlusion aiguë.

La défécation n'est pas seulement troublée ou empêchée : elle est douloureuse dans tous les cas; la douleur est lancinante, s'irradie parfois vers les organes génitaux, le sacrum, les membres inférieurs; elle peut exister, quoique plus rarement, en dehors de tout besoin d'aller à la selle, vrai ou faux.

Tourmentés par un impérieux besoin, les malades se présentent en vain pour aller à la garde-robe; les efforts considérables auxquels ils se livrent amènent des complications : hémorragies, hernies, délire nerveux, syncope même; ils ont recours aux positions les plus bizarres, et cherchent non sans grand danger à faciliter, à l'aide de tiges de bois ou autres, le passage des matières. L'acte de la défécation étant devenu pour eux un véritable sujet de terreur, les malades cherchent à le reculer le plus possible; dans ce but, ils restreignent leur alimentation.

*Troubles généraux.* — On conçoit facilement que, dans ces conditions, la santé ne tarde pas à s'altérer; des phlegmons développés au voisinage du rétrécissement et devenus fistuleux, entretiennent la suppuration et la fièvre; les forces diminuent rapidement, l'amaigrissement survient, l'anémie va croissant, et à voir la teinte jaune-cire,

la pâleur terreuse du malade, on croirait au premier abord avoir affaire à un cancéreux. Le moral se déprime rapidement, l'hypocondrie 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 phtisie 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. 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 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 signe 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 au 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 Desormeaux.

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 Zappula. L'incision simple d'une valvule suivie de guérison immédiate sans récidive 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 congénitaux valvulaires que nous avons décrits, et dont nous avons pris soin d'écarter toutes les imperforations de l'anus et du rectum, qui s'accompagnent d'accidents graves et nécessitent une intervention immédiate.

**Traitement.** — Le traitement des rétrécissements musculaires ou congénitaux consiste 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 dangers; 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.

La lenteur, les ennuis de ce long traitement, ses succès momentanés, ont conduit quelques auteurs à la dilatation forcée, à la divulsion; cette méthode ne nous paraît applicable que dans les rétrécissements voisins de l'anus et remontant peu dans le rectum; elle sera surtout efficace contre l'élément spasmodique qui s'ajoute parfois à des lésions peu importantes; on pourra employer soit la dilatation avec les pouces, suivant la méthode de Récamier, soit les instruments spéciaux inventés pour la divulsion.

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. 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.

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 Kahn en Allemagne, n'a pas trouvé chez nous de partisans.

## 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 condylomés*. — *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