

Suivant qu'il y a urgence ou non, l'anus est ouvert sur le champ ou le lendemain.

L'opération de l'anus artificiel est par elle-même bénigne ; malheureusement on est souvent appelé à l'exécuter pour de graves accidents d'occlusion, chez des malades déjà infectés ou cachectisés ; et dans ces conditions, il ne semble pas que la mortalité soit plus faible qu'après les résections ou les anastomoses. KÖRTE a eu 6 décès sur 20 opérés. Evidemment ces morts ne peuvent être regardées comme consécutives à l'opération, mais à la maladie. L'anus artificiel est une ressource ultime, à la portée de tous, ne nécessitant pas toujours l'anesthésie générale ; on lui doit trop de succès durables pour hésiter un instant à avoir recours à lui.

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'ANUS ET DU RECTUM

I

SÉMÉIOLOGIE DE L'ANUS

ET DU RECTUM

Bien des affections du rectum passent inaperçues parce qu'elles évoluent sans douleurs, sans troubles fonctionnels autres que des hémorragies le plus souvent rapportées à des hémorroïdes. Pour peu que le médecin accepte ce diagnostic tout fait, ou qu'il y ait coexistence d'hémorroïdes visibles à l'œil, l'affection évolue insidieusement jusqu'au jour où un amaigrissement inexplicable, une hémorragie plus sérieuse, une incontinence des matières invitent à un examen plus approfondi.

Grâce à l'*interrogatoire* qui renseigne sur les *antécédents* du malade, les *symptômes fonctionnels*, la *durée*, la *marche* de l'affection dont il se plaint, le chirurgien peut faire un diagnostic probable ; ce diagnostic est ensuite définitivement confirmé par l'examen direct.

1. LA DOULEUR. — La douleur manque rarement dans les affections du rectum. C'est souvent même le premier signe qui attire l'attention du malade et qui l'engage à consulter ; mais elle est loin d'être toujours caractéristique.

Parfois elle est *indépendante de la défécation* ; c'est une sorte de douleur sourde, de sensation de pesanteur dans le cancer non ulcéré ; le cancer est-il ulcéré, ce sont au contraire des douleurs vives, névralgiques, irradiant vers les membres inférieurs

et dues à la compression des filets nerveux. Mais ce sont surtout les affections inflammatoires (rectites, phlébites hémorroïdaires, abcès périrectaux) qui occasionnent les douleurs en dehors de la défécation, douleurs qu'exagèrent les moindres mouvements, les efforts, la toux. Ces phénomènes, d'ailleurs, peuvent être dus à toute autre cause, prostatite chez l'homme, annexite, rétroversion chez la femme.

Plus caractéristiques d'une affection rectale, sont les douleurs liées à la défécation, bien qu'elles se rencontrent également dans la rétroversion, la pelvi-péritonite. Elles apparaissent au moment même de l'acte et sont dues à la pression du bol fécal sur une hémorroïde enflammée, un cancer ulcéré; elles peuvent être intenses, mais elles durent peu. Il n'en est pas de même pour les douleurs de la fissure; celles-ci sont dues à la contraction du sphincter et présentent un caractère tout spécial; elles commencent au moment de la défécation pour augmenter ensuite progressivement et présenter leur maximum d'acuité 15, 20 ou 30 minutes plus tard.

2. Au symptôme douleur, nous opposerons la PERTE DE SENSIBILITÉ ANO-RECTALE qui pour DELBET¹ serait plus fréquente qu'on ne le croit. C'est un trouble fonctionnel gênant pour les malades qui ne peuvent plus distinguer les matières solides des liquides et des gaz. On le rencontre quelquefois dans le cancer, mais surtout dans le prolapsus.

3. TROUBLES DE LA DÉFÉCATION. — Rarement la défécation reste normale. Indépendamment des troubles de sensibilité, on note soit de la diarrhée, soit de la constipation.

La diarrhée relève souvent de lésions plus haut situées, mais il est des diarrhées rebelles, résultat de l'irritation déterminée par une lésion du rectum.

La constipation peut reconnaître de multiples causes et en présente pas de grande valeur diagnostique.

Il n'en est pas de même des alternatives de constipation et de

¹ *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII, p. 380.

diarrhée, des crises d'occlusion accompagnées de tympanisme, qui durent plusieurs jours et se terminent par des débâcles. Elles indiquent ordinairement un rétrécissement ou un cancer. Dans ces derniers cas la forme des matières peut avoir son importance. Sans parler du sillon ou de la rainure qu'elles présentent au point correspondant à une tumeur, les matières rubanées et les matières ovillées sont assez caractéristiques, les premières d'un rétrécissement bas situé, les secondes d'un rétrécissement siégeant au moins au-dessus de l'ampoule rectale (NÉLATON¹).

La sensation de soulagement qui suit normalement l'acte de la défécation peut manquer et être remplacée par des épreintes plus ou moins pénibles, de faux besoins que le malade essaie en vain de satisfaire. On les observe dans les affections inflammatoires de la muqueuse rectale.

Quant aux tumeurs pédiculées, aux polypes, sans provoquer de douleurs si vives, ni d'épreintes, elles jouent le rôle de corps étrangers et déterminent la même sensation de besoin que les matières fécales elles-mêmes.

4. ÉCOULEMENTS ANORMAUX. — Ce sont des écoulements de sang, de pus, de glaires.

Le sang peut être évacué au moment des selles; altéré sous forme de mélœna, il indique un séjour un peu prolongé dans le tube digestif et il faut en chercher l'origine dans un segment de l'intestin supérieur au rectum. Mais il peut aussi être pur. Quelques gouttes de sang tachant les matières fécales témoignent d'une fissure, d'une ulcération. Les hémorragies plus sérieuses, les jets de sang multiples « tigrant le vase », suivant l'expression de RICHET, sont symptomatiques d'hémorroïdes.

La défécation peut ne rejeter que du sang, sans mélange de matières fécales, c'est ce qui arrive dans les néoplasmes ulcérés; le sang s'accumule dans l'ampoule et provoque enfin un besoin pressant de défécation. Le sang rendu est du sang pur; rarement il séjourne assez dans l'intestin pour être altéré.

¹ NÉLATON. *Pathologie chirurgicale*, t. V.

La *quantité de sang* émise est variable ; parfois elle est considérable et l'hémorragie suffit à expliquer cet état d'anémie profonde, ce teint cachectique des malades que l'on est tenté d'attribuer toujours au cancer.

L'*écoulement de pus* a une importance considérable.

Continuel, tachant le linge, il indique une lésion bas située, sous-sphinctérienne (hémorroïde externe ulcérée, blennorragie anale, fistule) ou même un foyer suppuré ouvert en dehors du rectum, à côté de l'orifice anal.

Intermittent, il peut comme le sang être émis avec les matières fécales ou indépendamment de toute défécation. Les matières sont comme enrobées de pus dans les rectites intenses avec ulcérations, souvent même mélangées de glaires et de sang. Le pus peut aussi, comme le sang, s'accumuler dans le rectum en quantité suffisamment considérable pour provoquer le besoin de défécation. Il se produit alors une selle uniquement purulente. C'est ainsi que se manifeste l'ouverture dans le rectum de collections développées soit dans le petit bassin, soit dans la fosse ischio-rectale.

5. LA PRÉSENCE DE SAILLIES ANORMALES au niveau de l'orifice anal est encore un renseignement de haute valeur, que la tumeur soit permanente ou qu'elle ne devienne procidente qu'au moment de la défécation (prolapsus, hémorroïdes, polypes.)

Enfin l'interrogatoire, pour être complet, doit renseigner non seulement sur l'état local mais aussi sur *l'état général* du sujet, faire connaître ses antécédents pathologiques particulièrement au point de vue tuberculeuse, syphilis, renseigner sur sa profession, son genre de vie etc...

Examen local. — Il faut examiner méthodiquement l'anus, puis le rectum.

EXAMEN DE L'ANUS. — Le malade, à part quelques cas particuliers où la position génu-pectorale est indiquée, se trouve dans le décubitus latéral ; s'il souffre, faites-le coucher sur le côté dont il se plaint, suivant le conseil pratique donné par GUYON. La

jambe qui repose sur le plan du lit est étendue, l'autre est modérément fléchie. D'une main, à l'aide d'une compresse, le chirurgien déprime la fesse inférieure, tandis que de l'autre, soulevant la fesse la plus élevée, il déplisse lentement et avec douceur chacune des parties de l'orifice anal. C'est le seul moyen de ne pas laisser passer inaperçue une petite fistule, une légère ulcération cachée au fond des plis radiés de la marge. Il est bon, pendant cette exploration, de faire faire au malade un léger effort, de le faire pousser comme s'il voulait aller à la selle ; on peut ainsi explorer presque complètement par la vue le canal anal.

En même temps qu'ils étalent la région, les doigts palpent, et cette *palpation* permet de sentir les différences de consistance : l'induration, la fluctuation dans les affections inflammatoires, l'infiltration dans l'épithélioma, la contracture du sphincter dans les affections douloureuses.

Il ne faut évidemment pas négliger l'examen des régions voisines, en particulier celui de la région inguinale dont les ganglions reçoivent les lymphatiques de la région anale.

EXAMEN DU RECTUM. — Cet examen se fait surtout par le *toucher rectal*. Le rectum a été préalablement nettoyé par un grand lavement tiède ; il est débarrassé des matières dont la présence dans l'ampoule serait non seulement une gêne, mais pourrait même exposer à des erreurs de diagnostic.

Le toucher se fait avec l'index bien enduit de vaseline ou d'un corps gras quelconque : il est préférable d'employer des doigtiers de baudruche ou de caoutchouc qui ne diminuent guère la sensibilité de la pulpe et préservent le doigt du contact des matières fécales. — La précaution est de rigueur si l'on est porteur de petites plaies ou d'écorchures au niveau des doigts, si le malade est suspect de syphilis ou si l'on doit dans la journée faire quelque intervention chirurgicale.

Quelle est la *position* à adopter ? CURLING explore son malade debout sur la jambe gauche, tandis que la jambe droite étant fléchie, le pied correspondant repose sur une chaise.

La plupart des chirurgiens placent leur malade soit dans le

décubitus latéral, soit dans le décubitus dorsal. — C'est cette dernière position que nous préférons : un coussin glissé sous le siège du malade soulève le bassin ; les membres inférieurs sont modérément fléchis, les genoux un peu écartés. Le doigt suivant la rainure interfessière pénètre assez facilement dans l'orifice anal par un léger mouvement de torsion pendant qu'on engage le malade à pousser un peu pour relâcher le sphincter. On explore ainsi méthodiquement le canal anal, puis l'ampoule dont on parcourt successivement toute la circonférence, en notant les irrégularités de calibre, de consistance, le siège de la douleur à la pression, etc. On ne peut guère pénétrer à plus de 8 à 10 centimètres, même en déprimant fortement l'abdomen, en cherchant à repousser les parties malades au contact du doigt rectal.

Suivant le judicieux conseil de QUÉNU et HARTMANN¹ on devra faire en ramenant le doigt une exploration en quelque sorte rétrograde des parties. C'est le seul moyen de ne pas laisser échapper certaines tumeurs molles qui, telles que les polypes muqueux, peuvent fuir devant le doigt, lors de son introduction.

Chez la femme il est souvent avantageux de combiner le *toucher vaginal* au *toucher rectal*.

Quand la lésion rectale est inaccessible, faut-il faire plus, et avec GUSTAVE SIMON² (de Heidelberg) introduire la main tout entière dans le rectum ? Les accidents mortels signalés à la suite de ces explorations intra-rectales suffisent à faire rejeter ce procédé d'examen par trop brutal.

L'examen direct de la muqueuse rectale est difficile, mais heureusement inutile le plus souvent au diagnostic. Chez la femme, un doigt placé dans le vagin repoussant à travers l'anus la paroi antérieure du rectum peut amener au dehors et rendre bien visible une ulcération siégeant sur cette paroi. C'est l'*éversion*, procédé recommandé par TARNIER³, mais bien souvent inapplicable.

¹ QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, t. I, Paris, 1895.

² G. SIMON. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1872, t. XV, p. 99.

³ TARNIER. De l'examen extérieur de la muqueuse rectale à l'aide du retournement. *Ann. de Gynécologie*, 1881, t. I, p. 321.

Une simple valve, la valve de Sims, suffit dans la pratique courante ; au besoin on emploie un spéculum, celui de Trélat ou celui de Nicaise, quand l'introduction n'en est pas trop douloureuse.

La *rectoscopie* peut cependant rendre de grands services pour les lésions haut situées. — QUÉNU¹ a présenté à la Société de chirurgie les rectoscopes de Herzstein de Chicago. Ce sont des

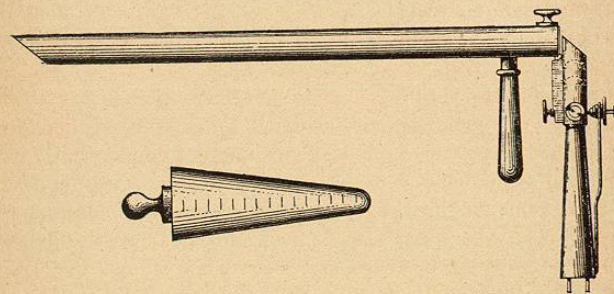


Fig. 5.

Rectoscope de Herzstein (de Chicago) et son dilateur.

N. B. — L'embout servant à l'introduction n'est pas représenté.

tubes de longueurs variables (10, 15, 28, 30 centimètres et plus) ; à une extrémité est adapté un prisme qui réfléchit dans l'intérieur du tube la lumière fournie par une petite lampe électrique. L'autre extrémité taillée en biseau est munie d'un embout destiné à en faciliter l'introduction (voy. fig. 5). FEDOROFF² a modifié cet appareil : il en a supprimé la poignée inutile et lourde, ainsi que le biseau taillé à l'extrémité. Il y a adjoint un système de pièces intermédiaires permettant d'essuyer ou de laver la cavité rectale sans interrompre l'examen. « L'image manque encore un peu de netteté, dit-il, mais néanmoins cet instrument rend de grands services. » Il s'en sert non seulement pour l'examen du siège et de l'étendue de certaines lésions pathologiques, mais

¹ QUÉNU. *Bull. Soc. de Chir.*, 13 oct. 1897, p. 623.

² FEDOROFF. *Soc. de Chir. allem.*, 1898, p. 438.

aussi pour pratiquer de nombreuses petites opérations telles qu'ablations de polype, et pour enlever des fragments de tissus destinés à l'examen histologique. L'introduction se ferait assez facilement jusque dans l'S iliaque et les malades supportent bien cette exploration. « Le malade étant sur le côté ou encore dans la position génu-pectorale, dit QUÉNU, on introduit l'extrémité munie de l'embout jusque dans l'ampoule. Nous trouvons qu'alors il y a avantage à se débarrasser de l'embout et à chercher à voir à chaque instant où se trouve la lumière de l'intestin, de manière à incliner vers elle l'instrument et à pénétrer ainsi en voyant d'avance le chemin à parcourir. »

II

VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS

ET DU RECTUM

Avec TRÉLAT, nous les classerons en quatre catégories :

Rétrécissements.

Imperforations ou atrésies.

Absences.

Abouchements anormaux.

Anatomie pathologique. — RÉTRÉCISSEMENTS. — Il est rare de voir le rétrécissement porter sur l'anus lui-même, et l'on cite les observations de SCULTET et de RONNHUYSEN où l'anus très étroit laissait à peine passer les liquides, comme tout à fait exceptionnelles. Ce qu'on observe ce sont des rétrécissements situés dans l'intérieur du conduit ano-rectal, soit en un point, soit sur une certaine longueur.

1. Les *rétrécissements valvulaires* ou membraneux, indiqués depuis longtemps par A. BARD, MASLIEURAT-LAGÉMARD, BOUSSON¹ etc., se présentent soit sous forme de *diaphragme*, mince membrane percée en son centre d'un trou plus ou moins régulier et de dimensions variables, soit sous forme d'*éperon* faisant saillie dans la cavité du rectum. Cette bride dure, saillante, falciforme, siège d'ordinaire sur la paroi postérieure du rectum à 3 centimètres environ de l'anus. Elle provoque des abcès, des fistules, qui, chose remarquable, viennent parfois s'ouvrir dans le rectum *au niveau* ou *au-dessous* de la valvule.

¹ BOUSSON. Thèse d'agrégation, 1851. — RÉGNIER. Des rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum. *Gaz. hebd.*, 1874.