

tumeur obstruant l'intestin, ouvrir la paroi de ce dernier et enlever le polype. Mais ce n'est là qu'un traitement palliatif. Une amélioration marquée suit d'ordinaire ces interventions : la diarrhée diminue, les hémorragies cessent pendant quelques mois, puis de nouveau les polypes se reproduisent, soit au même niveau, soit dans un segment supérieur de l'intestin. Le résultat n'a été que temporaire.

Si l'on admet l'origine inflammatoire de la polypose, la seule conduite logique consisterait à faire un anus artificiel. Cet anus devrait porter sur une partie saine de l'intestin, ce dont on peut s'assurer assez facilement par la palpation, une fois le ventre ouvert. L'anus permet de détourner le cours des matières, cause d'irritation et d'hémorragies. Il permet ensuite de traiter les lésions du bout inférieur en extirpant les tumeurs qu'il contient et en le désinfectant par des lavages. C'est cette conduite que QUÉNU et HARTMANN conseillent de suivre.

Lorsqu'il y a *cancer*, la polypose aggrave le pronostic ; outre que le malade est affaibli par les hémorragies, la diarrhée est une condition très défavorable au point de vue opératoire. Il faut intervenir cependant, mais l'établissement préalable d'un bon anus contre nature nous semble indispensable.

## IX

## BLENNORRAGIE ANO-RECTALE

Le premier cas bien observé de blennorragie ano-rectale remonte à HECKER<sup>1</sup>. Nous citerons ensuite au point de vue clinique le travail de REQUIN<sup>2</sup>, au point de vue expérimental les recherches de BONNIÈRE<sup>3</sup>. La découverte du gonocoque par NEISSER devait permettre de préciser les notions acquises, de compléter, de réformer même les idées de BONNIÈRE, qui n'ayant pu réussir à inoculer que la muqueuse anale, niait la blennorragie du rectum. BUMM<sup>4</sup>, puis TUTTLE<sup>5</sup> et STAUB<sup>6</sup> montrèrent la présence du gonocoque non seulement dans le pus rectal mais aussi (TUTTLE) dans les couches superficielles de la muqueuse.

**Etiologie.** — La blennorragie ano-rectale est relativement rare : 67 cas sur 191 femmes atteintes de gonorrhée, soit 35 p. 100, telle est la proportion que donne BAER<sup>7</sup> dans un travail très documenté.

Exceptionnelle chez l'enfant, la gonorrhée ano-rectale est une maladie de l'adulte. Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes dans la proportion de 4 contre 1,

<sup>1</sup> HECKER. *Theoretische-practische Abhandlung über den Tripper*. Leipzig, 1787.

<sup>2</sup> REQUIN. *Éléments de pathologie médicale*, 1843, t. V, p. 729.

<sup>3</sup> BONNIÈRE. *Arch. génér. de médecine*, 1874, 6<sup>e</sup> série, t. XXIII, p. 404.

<sup>4</sup> BUMM. *Arch. für Gynäk.*, 1884, Bd. XXIII, p. 328.

<sup>5</sup> TUTTLE. *Med. and Surg. Rep.*, 1892, t. I, p. 379.

<sup>6</sup> STAUB. *Internat. dermat. Congress. Wien.*, 1892, p. 317.

<sup>7</sup> BAER. *Deutsch. med. Woch.*, 1896, p. 416 et 1897, p. 811-831.



et cela pour deux raisons, d'une part le voisinage des organes génitaux et de l'anus, d'autre part l'inoculation directe.

L'inoculation est *directe* quand la maladie est consécutive à la pédérasie passive sur la fréquence de laquelle insiste VERCHÈRE, ou quand elle succède à l'introduction d'un thermomètre, d'une canule ou de tout autre objet infecté.

Elle se fait *indirectement* par les liquides venus de la vulve ou du vagin ; ce mode d'infection pourtant n'est peut-être pas aussi fréquent qu'on le pense et il est difficile de savoir si les suppurations observées sont réellement blennorragiques ou simplement blennorroides comme le disait ROLLET.

PÖLCHEN, NICKEL signalent enfin des cas où la rectite succéda à l'ouverture dans le rectum d'une bartholinite ou d'une prostatite suppurée à gonocoques.

Quel que soit le mode d'inoculation, la muqueuse anale semble s'infecter assez facilement mais la rectite blennorragique est rare. GOSSELIN pendant un séjour de trois années à l'hôpital de Lourcine n'a vu qu'un seul cas de blennorragie franchement rectale et VERCHÈRE, sur plus de 800 malades qu'il a eu à soigner et dont les 2/3 au moins étaient blennorragiques et pédérasies, n'a vu aucun cas de rectite évidemment blennorragique.

D'ailleurs les expériences de BONNIÈRE montrent bien la résistance de la muqueuse rectale à l'inoculation gonococcique. La rectite ne se produit pas si la muqueuse est saine ; elle se présente, dit VERCHÈRE<sup>1</sup>, chez les femmes dont la muqueuse rectale a été lésée, qui ont subi des violences comme celles qu'entraîne toujours la pédérasie. Ce sont du côté de l'anus, des déchirures des excoriations, des fissures ; du côté du rectum de véritables plaies de la muqueuse. Celle-ci est congestionnée, desquamée : ses glandes sont en un grand nombre de points détruites et par suite la protection de la muqueuse devient nulle ; à la rectite simple succède la rectite blennorragique, si du pus blennorragique a été inoculé au moment de l'acte pédérasique.

Il en sera de même dans les cas de malades ayant des habitudes vicieuses invétérées. La muqueuse est prédisposée par ses

<sup>1</sup> VERCHÈRE. *La Blennorragie chez la femme*. Paris, 1894, t. II, p. 145.

lésions antérieures à l'inoculation et dans ces cas, il suffira d'une blennorragie intravaginale propagée à l'anus pour que progressivement se produise de proche en proche la rectite blennorragique.

**Anatomie pathologique.** — Dans la période *aiguë*, desquamation épithéliale et infiltration embryonnaire du chorion sous-muqueux, tels sont les deux faits importants que révèle l'examen microscopique. Dans les cas plus graves, la desquamation va jusqu'à l'ulcération et l'infiltration embryonnaire envahit la couche musculaire.

Le passage à l'état *chronique* se manifeste, soit par un travail de sclérose envahissant les couches sous-muqueuses, soit par un travail de prolifération portant sur la muqueuse elle-même, de sorte que la rectite gonococcique peut être comme toute autre proliférante ou sténosante.

La *rectite blennorragique fibreuse* est une des formes d'origine du rétrécissement inflammatoire que nous étudierons ailleurs. Elle ne présente d'ailleurs rien de bien particulier au point de vue anatomo-pathologique.

La *rectite blennorragique proliférante*, est celle qui correspond le plus souvent au type que HAMONIC dans sa thèse a décrit sous le nom de rectite proliférante et qui n'a par conséquent rien de spécifique.

Ces proliférations sont des papillomes, constitués pour la plupart de tissu mixte fibro-embryonnaire, mais FRISCH a vu aussi les culs-de-sac glandulaires en voie de prolifération et constituant de véritables adénomes inflammatoires<sup>1</sup>.

**Symptômes.** — BLENNORRAGIE AIGUE. — La *douleur* est le premier symptôme. D'abord simple sensation de démangeaison, de picotement, elle devient rapidement plus vive, brûlante, intolérable au moment de la défécation. Elle siège au niveau de l'anus, mais irradie vers les membres inférieurs, les organes génitaux, les lombes et s'accompagne de ténésme vésical et

<sup>1</sup> FRISCH. *Centrab. für. d. med. Wissensch.*, 1891, p. 954.



rectal. Elle affecte parfois les caractères de la fissure anale mais les douleurs extrêmement intenses sont l'exception.

L'écoulement apparaît un peu après vers le deuxième ou troisième jour : constitué par un liquide filant, laiteux, il devient ensuite épais, jaune foncé, adhérent aux plis de la marge de l'anus.

Une goutte de ce pus examiné au microscope montre des leucocytes, des cellules desquamées et de nombreux gonocoques.

Ce pus émis en abondance vient baigner toute la région péri-anale et fessière et provoque de l'érythème, de l'intertrigo, de l'herpès péri-anal.

L'épiderme macéré se détache ; au-dessous se font des érosions irrégulières, disséminées qui « rappellent par leur couleur, leur fond, leurs bords irrégulièrement arrondis, l'aspect de cartes de géographie » (JULLIEN).

Au fond du sillon interfessier la muqueuse anale apparaît rouge, molle, œdémateuse ; les plis radiés sont tuméfiés, serrés en apparence les uns contre les autres. Dès qu'on les touche le sphincter se contracte exprimant pour ainsi dire une goutte de pus verdâtre qui vient sourdre au centre de l'orifice anal.

En procédant avec douceur, on arrive à écarter ces plis les uns des autres et dans l'intervalle qui les sépare on voit des ulcérations longitudinales, de véritables fissures de longueur variable.

Le toucher rectal proprement dit est extrêmement douloureux ; à plus forte raison l'examen au spéculum qu'il ne faut jamais pratiquer.

La *blennorragie peut envahir le rectum* dont la muqueuse tuméfiée de couleur rouge vif, presque lie de vin, saigne au moindre contact et sécrète en abondance un pus liquide, verdâtre, qui s'écoule continuellement à travers le sphincter dilaté ou n'est rejeté qu'au moment des selles.

On peut reconnaître la présence du pus et lui donner issue par le toucher rectal ; il s'écoule le long du doigt pour peu qu'on appuie sur un des côtés du sphincter de façon à entr'ouvrir l'orifice anal.

Les symptômes généraux se bornent à un léger mouvement

fébrile, un peu d'état gastrique, un sentiment de malaise général.

Dans les cas ordinaires, les choses se passent plus simplement, la douleur s'atténue, l'écoulement disparaît et la guérison s'obtient rapidement.

Il y a même des formes subaiguës où les malades n'éprouvant que quelques démangeaisons, l'affection passe pour beaucoup complètement inaperçue ; mais elle peut durer longtemps et se transformer à la longue en affection chronique.

BLENNORRAGIE CHRONIQUE. — Les phénomènes fonctionnels sont très subaigus : un peu de pesanteur plutôt que de la douleur vraie. C'est l'écoulement d'un liquide séreux, légèrement gommeux qui caractérise la maladie.

Ce liquide tache le linge : il est irritant et amène au pourtour de l'anus la production d'éruptions érythémateuses, de granulations et même de véritables végétations.

La maladie, dit VERCHÈRE, peut se manifester sous deux formes soit par une suppuration peu abondante avec rétraction fibreuse des tuniques sous-jacentes, soit par une prolifération superficielle de cette muqueuse elle-même.

La première est la *rectite blennorragique fibreuse*, caractérisée par l'épaississement des tuniques rectales, l'infiltration de la sous-muqueuse et la tendance au rétrécissement.

La seconde est la *rectite blennorragique proliférante*, et je ne reviens pas sur l'état granuleux de la muqueuse rectale, ni sur les végétations en choux-fleurs ou les condylomes que porte la muqueuse anale œdématisée. J'ai décrit ces lésions plus haut en étudiant la rectite chronique et bien qu'on les rencontre surtout dans la blennorragie, elles ne sont nullement spéciales à cette affection.

Les troubles fonctionnels sont aussi ceux de la rectite : douleurs, écoulements séro-purulents, hémorragies, gêne de la défécation, constipation opiniâtre, tous ces symptômes allant en s'accroissant lentement, mais progressivement, car l'affection a peu de tendance à guérir spontanément.

**Pronostic.** — Le pronostic est donc assez grave, sinon



immédiatement, du moins dans les formes chroniques à plus ou moins longue échéance, par suite de la production d'un rétrécissement.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'existence de la rectite est ordinairement assez simple. En trouver la cause est plus difficile ; il est presque impossible d'obtenir les aveux du malade ; aussi devra-t-on rechercher avec soin les autres manifestations de la blennorrhagie (urétrite, vulvo-vaginite, bartholinite) et faire, si possible, l'examen bactériologique du pus. Un examen négatif d'ailleurs ne prouverait rien contre une blennorrhagie ano-rectale.

**Traitement.** — Pour la *blennorrhagie anale*, les soins de propreté suffisent ; au besoin on fera des lavages au permanganate de potasse, ou au sublimé à 1 p. 1 000.

On recommande dans l'intervalle des lavages, de saupoudrer la région de poudres inertes, (oxyde de zinc, bismuth, tanin) pour éviter l'érythème.

S'il y a *rectite*, les grands lavages très chauds faits à l'eau bouillie ou à la solution boriquée faible sont indiqués, combinés aux bains, aux suppositoires, si la douleur est très vive.

Dans tous les cas, on combattra la constipation.

Si la bennorrhagie est intra-sphinctérienne, il faut maintenir en permanence dans l'anus une mèche enduite de vaseline iodoformée ou boriquée.

La blennorrhagie chronique est souvent entretenue par la présence d'ulcérations ou de condylomes. Les ulcérations seront cautérisées, les condylomes excisés et l'on traitera ensuite la rectite, par les antiseptiques d'abord, puis par les astringents, comme on le fait d'ailleurs pour les urétrites chroniques.

## X

## SYPHILIS ANO-RECTALE

**Accident primitif.** — Le *chancre de l'anus* n'est pas très rare chez la femme, mais il est assez exceptionnel chez l'homme. D. MOLLIÈRE rapporte que sur 1237 cas de chancres indurés des diverses régions observés chez l'homme, il n'est noté que 7 chancres de l'anus, tandis que sur 175 chancres indurés des diverses régions observés chez la femme, on compte 14 chancres de l'anus. La sodomie passive expliquerait cette fréquence chez la femme.

Presque toujours unique, le chancre varie comme aspect suivant son siège.

Le *chancre de la peau de la marge* est un chancre cutané ; c'est une érosion arrondie, rouge, lisse et croûteuse, presque indolente à la palpation. Parfois caché dans un des plis radiés, il prend la forme fissuraire ; sa surface est étroite, plissée, peu indurée ; il peut passer inaperçu. L'ulcération au contraire devient-elle large de 2, 3 centimètres et plus, l'induration soulève alors le chancre qui fait saillie sous forme de tumeur, si bien qu'à première vue, on pourrait se croire en présence d'un condylome ulcéré ou même d'un cancroïde de la marge.

Le *chancre intra-anal* cause une certaine douleur. Le malade s'en plaint ; on l'examine et en dépliant l'anus, on aperçoit l'ulcération qui fissuraire en bas, s'étale et s'arrondit ; c'est une ulcération peu profonde, à bords bien taillés, recouverte d'un peu de séro-pus. Le chancre peut aussi siéger sur un bourrelet hémorroïdaire et prendre alors un développement considérable (JULLIEN).

Le *chancre intermédiaire au chancre cutané et au chancre*