

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*

muqueux affecte parfois une physionomie spéciale que FOURNIER a heureusement caractérisée par cette expression *chancre en feuillet de livre*. Sa partie externe est en effet composée de deux segments adossés qui, lorsqu'on dilate l'anus, s'écartent comme deux feuillets d'un livre entr'ouvert.

Quel que soit son siège, le chancre s'accompagne rapidement d'adénopathie inguinale, volumineuse, indolente, souvent bilatérale. Sa marche est celle de tout chancre induré. Il se cicatrise au bout de trois à quatre semaines, laissant après lui une légère induration qui finit par disparaître. Cette évolution subaiguë et rapide explique pourquoi il passe si souvent inaperçu.

Rarement il s'enflamme mais le pus chancriforme peut l'infecter secondairement. L'ulcération prend alors un aspect grisâtre, ses bords indurés sont décollés; la guérison ne s'obtient que difficilement. C'est ce qu'on a décrit sous le nom de chancre phagédénique, c'est en réalité un *chancre mixte*.

Chancres du rectum. — Il n'en existe que peu d'observations (QUÉNU et HARTMANN en comptent 5). Dans ces cas l'attention avait été attirée du côté du rectum par des douleurs vives et par un écoulement muco-purulent et même sanguinolent. Le toucher rectal fit reconnaître une ulcération superficielle, à base indurée et des ganglions dans la concavité sacrée. L'apparition des manifestations secondaires confirma le diagnostic.

Le *traitement* consiste en soins de propreté, irrigations, suppositoires calmants et désinfectants. L'application de poudres sèches (calomel, oxyde de zinc, etc.) rend aussi des services.

Accidents secondaires. — On les désigne tous sous le nom général de *plaques muqueuses*, bien qu'ils puissent suivant les cas se présenter sous des aspects assez différents.

Tantôt ce sont de simples *syphilides érythémateuses* sans sécrétion, analogues aux macules cutanées de la roséole.

L'humidité naturelle de la région occasionne leur transformation en *syphilides érosives*, véritables plaques muqueuses au sens propre du mot, c'est-à-dire ulcérations superficielles recouvertes d'un enduit blanchâtre et laissant suinter un liquide d'odeur infecte, pénétrante, très caractéristique.

Plus rarement on observe des plaques larges, arrondies ou serpigineuses, d'une couleur blanche « porcelanique » analogue à celle des éruptions psoriasiques concomitantes de la peau. Au niveau des plis de l'anus, les plaques sont *fissuraires*, cachées profondément entre les saillies des plis hypertrophiés (*hypertrophie radiée des plis de l'anus*, de FOURNIER).

Les lésions peuvent aussi gagner en profondeur et NEUMANN¹ aurait observé un cas de myosite du sphincter externe.

Quelle que soit leur forme, ces lésions secondaires anales ne présentent guère de gravité. Elles sont même relativement peu douloureuses et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles prennent les caractères de la fissure. Elles cèdent facilement à un traitement approprié; négligées au contraire elles ont peu de tendance à guérir spontanément, fait qui a son importance car elles sont très contagieuses.

Les plaques muqueuses siègent également *dans le rectum* et, s'il faut en croire VAN BUREN², beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, car leur indolence fait qu'elles passent inaperçues.

Accidents tertiaires. — Au *niveau de l'anus*, les *gommés* ulcérées sont exceptionnelles. On cite les cas de D. MOLLIERE, de VERNEUIL. Les autres observations ont trait à des ulcérations gommeuses de voisinage propagées à l'anus (FOURNIER³).

Les *syphilides ulcéreuses* au contraire, ne sont pas rares bien que pour PONFICK et NICKEL, on ait considéré comme syphilides des ulcérations qui n'avaient rien de spécifique. Allongées suivant l'axe des plis radiés on les voit acquérir des dimensions considérables. Elles sont à peu près indolentes, ont une marche torpide et guérissent assez difficilement. Dans un cas SCHIFF a dû extirper une ulcération de cette nature et faire une opération autoplastique pour obtenir la guérison.

Dans le rectum, on observe rarement les *gommés* mais les

¹ NEUMANN. *Soc. méd. de Vienne*, 28 oct. 1887, in *Semaine médicale*.

² VAN BUREN. *Lectures upon diseases of the rectum*. London, 1881, p. 243.

³ FOURNIER. *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris 1875, p. 6.

ulcérations sont mieux connues. VERLHAGEN¹ a fait remarquer leur fréquence chez la femme, leur siège à la partie inférieure du rectum. Les bords en sont taillés à pic, peu ou pas décollés, le fond est gris jaunâtre, induré. Cette induration envahit la paroi rectale et peut aller jusqu'à produire un certain degré de rétrécissement.

Le traitement de ces ulcérations est avant tout un traitement local, le traitement antisyphilitique ne donnant pas ici les résultats qu'on pourrait en attendre. Il consistera en cautérisations, lavages, pansements iodoformés etc., parfois même l'anus contre nature se trouvera indiqué pour combattre les phénomènes inflammatoires dus à l'infection secondaire.

Nous renvoyons au chapitre *Rétrécissements du rectum*, l'étude de ces végétations vasculaires décrites par HUET², par SCHUCHARDT³ et considérées par eux comme des télangiectasies gommeuses, ainsi que celle de ces infiltrations en nappe des parois rectales, variété de lésion spéciale pour laquelle FOURNIER a créé le nom de syphilome ano-rectal et sur la nature syphilitique duquel on n'est pas encore absolument fixé.

Quant à la *syphilis héréditaire*, elle se manifesterait assez souvent dans les premières années sous forme d'érythème cuivré avec fissures sèches, pouvant se transformer en ulcérations toujours superficielles, à bords taillés comme à l'emporte pièce, à fond rouge saumon ou gris jaunâtre. Il existe presque toujours d'autres manifestations syphilitiques concomitantes qui aident le diagnostic.

La forme tardive est l'exception ; souvent d'ailleurs ces manifestations tardives sont de la syphilis acquise dont l'accident primitif a passé inaperçu.

¹ VERLHAGEN (Karl). Beitrag zur Kenntniss des syphilitischen Mastdarmgeschwüre. *Inaug. Dissert. Greifswald*, 1889.

² HUET. Ueber syphilitische affectionen des Mastdarmes. — In *Behrend's syphidologie. Neue Rucke*, Bd. II, S. 1, Erlangen, 1860.

³ SCHUCHARDT (Karl). Ueber Mastdarmsyphilis. *Deutschmed Wochens.*, 1889, n° 52. — Pathologie der Mastdarmsyphilis. *Berl. Kl. Woch.*, 1894, IV, p. 41. — Ein Beitrage zur Kenntniss der syphilitischen Mastdarmgeschwüre. *Arch. f. path. Anat.*, 1898, V. 154, p. 46.

XI

TUBERCULOSE ANO-RECTALE

Le bacille de KOCH, de même que les autres germes pathogènes et de concert avec eux le plus souvent, est capable de produire au niveau de l'anus et du rectum des lésions analogues à celles que nous avons étudiées plus haut (voir *Rectites*). La spécificité pourtant imprime son cachet particulier sous forme de tendance toute spéciale à l'ulcération.

Pour nous conformer à l'usage, nous n'étudierons pas ici les abcès péri-anaux, les fistules qui en résultent, pas plus que les rétrécissements. Nous ne voulons aborder dans ce chapitre que l'étude des lésions primitives de la muqueuse ou de la peau de la région ano-rectale, résultant de l'inoculation tuberculeuse.

LUPUS DE L'ANUS

On observe parfois au niveau de la région ano-périnéale des lésions à peu près semblables au lupus des autres parties du corps ; ulcérations irrégulières, serpigneuses, dont le fond présente des granulations atones recouvertes de muco-pus. A côté, on voit des parties cicatrisées, blanchâtres et déprimées, tantôt exulcérées, tantôt présentant l'efflorescence du lupus. Le lupus anal, dit HARTMANN¹, se présente sous deux formes : — dans l'une il englobe à la fois les organes génitaux et la région ano-rectale ; cette forme n'a été observée que chez la femme et quelques faits qualifiés *d'esthiomène de la vulve et de l'anus* doivent lui

¹ HARTMANN. Contribution à l'étude de la tuberculose anale. *Revue de Chirurgie*, 1894, p. 1.

être rapportés; — dans l'autre il est limité à l'anus et toujours alors on l'a vu se développer autour de l'orifice externe d'une fistule à l'anus.

Au microscope on trouve de véritables nodules lupiques formés de grandes cellules épithélioïdes entourant des cellules géantes qui contiennent des bacilles.

La cautérisation ignée est un de nos meilleurs moyens thérapeutiques; on ne négligera pas d'ailleurs le traitement général.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

Étiologie. — HARTMANN dans son mémoire de 1894 les décrit en se basant sur 29 observations dont 12 inédites. On en a publié quelques autres depuis. Plus fréquentes chez l'homme que chez la femme dans la proportion de 4 pour 1 environ, on les rencontre surtout chez des tuberculeux dont les lésions, pulmonaires ou autres sont déjà très accentuées.

Anatomie pathologique. — Elles se présentent sous forme de petites *plaies miliaires* (forme folliculaire) plus souvent sous la forme d'une *large ulcération*. Cette ulcération siège à l'entrée du canal anal, à l'union de la peau et de la muqueuse. Elle s'étend dans l'intérieur du rectum, moins du côté des téguments; son extension dans le sens de la largeur fait qu'elle devient parfois circulaire, occasionnant un certain degré d'incontinence.

Voici, d'après QUÉNU et HARTMANN ce que montre l'*examen histologique*. Les bords cutanés perdent stratum granulosum et couche cornée, mais les papilles sont très développées. Dans la couche choriale, on trouve au milieu de l'infiltration embryonnaire des follicules avec des cellules géantes. Sur la limite rectale le bord est de même décollé et comme du côté de la peau, on voit s'enfoncer sous la couche épithélio-glandulaire, une nappe embryonnaire très vasculaire au-dessous de laquelle on trouve des nodules de FRIEDLANDER. Profondément on voit encore l'infiltration des cellules embryonnaires se coulant en

manchon le long des vaisseaux, envahissant les interstices musculaires et aboutissant à la formation de tissu scléreux.

Symptômes. — Les symptômes n'ont rien de bien net au début: démangeaisons, douleur lors de la défécation, léger suintement. Plus tard l'ulcération peut saigner, elle peut surtout dans certains cas devenir extrêmement douloureuse sans qu'on en sache bien la raison. L'incontinence, incomplète puisque le sphincter est conservé, ne se voit que dans les ulcérations à peu près circulaires.

A l'examen, la limite inférieure de l'ulcération apparaît irrégulièrement découpée, s'avancant un peu sur la face interne de la fesse. La partie supérieure se perd dans le canal anal. Les bords avec des parties alternativement saillantes et rentrantes ne sont pas à proprement parler polycycliques mais festonnés. En certains points amincis, décollés, ils ont en d'autres une certaine épaisseur, sont nettement taillés et présentent un liseré rosé avec pigmentation de la peau avoisinante. Le fond est grisâtre, atone, recouvert d'un léger enduit muco-purulent; détergé, il apparaît anfractueux, formé de bourgeons pâles, mollasses, présentant des petits points jaunâtres. Ces bourgeons sont peu sensibles; ils saignent à peine si l'on vient à les froter avec une compresse.

Autour de la grande ulcération on trouve assez souvent de petits nodules tuberculeux, de légères ulcérations disséminées çà et là: les plus proches pourront se réunir à la principale et augmenter ainsi ses dimensions.

Le *toucher rectal* permet de suivre les contours de la surface ulcérée dans le canal anal et d'atteindre sa limite supérieure, qui peut remonter jusque dans l'ampoule. Au-dessus la muqueuse est saine. La région sur laquelle l'ulcération repose n'est nullement indurée, il n'y a pas là de tumeur, fait important au point de vue clinique. L'examen au spéculum peut contrôler les perceptions du doigt mais d'ordinaire c'est inutile. L'engorgement ganglionnaire existe dans la moitié des cas.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes des autres manifestations tuberculeuses intestinales, pulmonaires, etc.; l'ulcération

nous l'avons dit n'est qu'un phénomène secondaire dont l'importance disparaît à côté de celle de la lésion principale. Par elle-même, elle n'a aucune tendance à guérir; elle s'étend ou reste stationnaire, mais ne régresse pour ainsi dire jamais. Elle ne présente pas de gravité spéciale et la mort survient du fait des autres lésions tuberculeuses.

Traitement. — Si l'état général le permet, nul doute que le traitement de choix ne soit l'excision suivie de réunion immédiate, mais souvent le malade ne peut supporter même cette minime intervention. On devra se contenter alors de bien curetter et de cautériser profondément toute la surface de l'ulcération qu'on pourra ainsi amener lentement à la cicatrisation.

On se contentera d'un traitement palliatif chez ces malheureux tuberculeux parvenus à la dernière période de la cachexie; il consistera en lavages au chloral à 4 p. 100, en pansements iodoformés, et en suppositoires cocaïnés ou opiacés si les douleurs sont vives.

Dans la *tuberculose verruqueuse de l'anus* dont HARTMANN, ROUTIER et TOUPET, ont présenté des observations au Congrès de la tuberculose de 1893, on trouve au niveau de l'anus une plaque plus ou moins étendue à bords festonnés, dont le fond est en partie recouvert de croûtes. Fait-on tomber ces croûtes, on voit apparaître une série de petits mamelons rougeâtres assez fermes à peu près tous de même hauteur et séparés par des sillons ulcérés d'où la pression fait sourdre un peu de pus. La base est indurée, mais n'a pas cette consistance spéciale que présente l'épithéliome. Les ganglions inguinaux sont souvent engorgés.

L'aspect mamelonné est dû à un développement considérable des papilles que l'irritation par le bacille de KOCH a pu produire tout comme une irritation banale; mais au-dessous du derme et dans les prolongements papillaires eux-mêmes, on trouve au milieu de trainées de cellules embryonnaires des cellules géantes contenant des bacilles tuberculeux.

Le traitement nous semble devoir consister soit dans la cautérisation, soit mieux dans l'excision complète si l'état général le permet.

TUBERCULOSE RECTALE

La tuberculose est rarement limitée au rectum; elle coïncide en général avec une tuberculose de l'intestin. Elle se manifeste par des ulcérations, soit petites, folliculaires, soit bien plus souvent larges, ovalaires, à grand diamètre vertical. Le fond est irrégulier, mais non végétant, et le doigt peut parfois s'engager au-dessous des bords décollés et flottants. L'examen au spéculum confirme le diagnostic en montrant les trainées grises ou jaunâtres qui parcourent le fond rouge sombre de l'ulcération et les bords amincis avec leur teinte livide.

Les ganglions sont souvent pris; comme les ulcérations anales celles-ci ont peu de tendance à se cicatrifier spontanément et ne peuvent guère devenir ainsi l'origine de rétrécissements. Ce qui cause le rétrécissement c'est la rectite, nous le verrons plus loin; il succède peut-être à une rectite spécifique à bacilles de KOCH, mais souvent aussi probablement à une rectite banale sur laquelle est venu se greffer secondairement un processus tuberculeux.

Nous n'insisterons pas sur le traitement; il est le même que celui des lésions tuberculeuses anales étudiées plus haut.