

Ces remarques sont très justes et nous y souscrivons pleinement; non pas que nous considérions les végétations ou les condylomes comme des signes du rétrécissement, mais ils sont les traces de la rectite dont le rétrécissement sera lui-même l'aboutissant terminal. La coarctation peut fort bien n'exister pas encore : ce sont des rétrécissements en évolution, ou comme le dit fort bien VERCHÈRE, « des rétrécissements non rétrécis ».

La conclusion est qu'au moindre signe, il faut pratiquer le toucher rectal.

Ce n'est pas que la simple *inspection* ne puisse donner des renseignements précieux; au fond d'une sorte d'infundibulum, l'anus apparaît parfois, limité extérieurement par un liseré rouge qui répond à une induration notable des tissus. La peau de la marge est rouge, les plis sont épaissis, fendillés, il existe des condylomes ou quelques trainées papillomateuses. Il y a fort à penser dans ces cas que le travail d'inflammation chronique ne s'est pas limité là et a envahi le canal anal et le rectum. De même la présence de fistules, de ces fistules sèches, sur lesquelles TRÉLAT insistait, a une grande importance; mais seul le toucher donne des renseignements précis.

Le *toucher* permet d'attribuer à leur véritable cause d'autres affections dont les signes fonctionnels constipation opiniâtre ou diarrhée particulière feraient penser au rétrécissement, comme la constipation simple, la dysenterie ou les diarrhées dysentérioriformes.

Il permet également de reconnaître s'il y a rétrécissement véritable et non *compression* par des tumeurs extérieures (phlegmons péri-rectaux, tumeurs du bassin; hypertrophie de la prostate chez l'homme; rétroversions, fibromes utérins, kystes de l'ovaire, etc., chez la femme) — ou *obstruction* par des productions intérieures (végétations, polypes).

Le *toucher* doit être très prudent lorsque le rectum lui-même est rétréci, si l'on ne veut pas s'exposer aux accidents très graves qui suivraient une rupture de la paroi. Après avoir franchi le sphincter, le doigt arrive dans la partie inférieure de l'ampoule qui peut avoir conservé son calibre normal; bientôt il s'engage dans une sorte de canal rigide, fibreux, inextensible;

les parois en sont rugueuses, comme cannelées, d'où la comparaison très imagée qu'en faisait DUPLAY, avec l'intérieur d'un fusil rayé. Ce canal a la forme d'un entonnoir qui se rétrécit progressivement jusqu'à un orifice circulaire situé en général à 5 ou 6 centimètres de l'anus. C'est le rétrécissement; ses dimensions sont variables; il peut être infranchissable ou si on le franchit ce n'est pas sans difficultés ni sans occasionner de vives douleurs. Au-dessus, le doigt rencontre des parties plus molles : c'est la dilatation sus-stricturale au niveau de laquelle la muqueuse est ulcérée sur une plus ou moins grande étendue. L'exploration terminée le doigt revient chargé de pus et de débris sanieux d'odeur infecte.

Le toucher vaginal, qui ne doit jamais être négligé chez la femme, complète ces renseignements et montre bien toute l'étendue de l'induration rectale.

Le rétrécissement qui présente ces caractères est bien différent des brides, valvules ou diaphragmes *d'origine congénitale*, qui restent souples, à moins qu'ils ne se compliquent secondairement de phénomènes inflammatoires, mais qui dans tous les cas, sont toujours beaucoup plus limités.

Le *rétrécissement cicatriciel* donne la même sensation de parties fibreuses, inextensibles, mais lui aussi est plus limité; rarement cylindrique il existe plutôt sous forme de bride, de croissant; enfin la notion étiologique est très précieuse pour en fixer l'origine.

Le *cancer* ne donne pas lieu à la confusion quand il se présente sous la forme végétante, mais le squirrhe, certaines formes de cancers en virole ressemblent à s'y méprendre au rétrécissement inflammatoire. Les parois épaissies, rugueuses, cannelées ne présentent pas d'ulcérations; il se produit un léger suintement mais pas d'hémorragies. La pièce en main même, il est difficile de dire la nature du rétrécissement et dans un cas que nous venons d'observer récemment, l'examen histologique seul fit reconnaître le cancer. Ces cas sont l'exception; bien que dans le rétrécissement il y ait infiltration de la paroi, on ne sent pas de tumeur; c'est la présence d'une ulcération et surtout d'une tumeur qui fait reconnaître le cancer.



Quand le rétrécissement est haut situé<sup>1</sup>, il peut passer longtemps inaperçu, car il n'a que des symptômes bien vagues, pesanteur, ballonnement du ventre, mauvais état général. On pense même d'autant moins à un rétrécissement qu'il existe une diarrhée opiniâtre avec épreintes, besoins pressants de défécation à certains moments, le matin surtout. Le toucher montre bien des lésions de rectite, de l'induration des parois, mais le doigt ne peut atteindre le point rétréci. On a cherché à y suppléer par le cathétérisme fait avec des bougies rectales ou avec des explorateurs à boules olivaires semblables à ceux qui sont employés pour l'urèthre; ces explorations sont délicates, elles ne donnent souvent que des renseignements incomplets ou faux. La sonde est arrêtée par un pli de la muqueuse, par la tension du meso; elle frotte contre des matières fécales dures ou vient butter contre le promontoire. On peut ainsi croire à un rétrécissement qui n'existe pas, ou localiser mal un rétrécissement qui existe. Dans tous les cas ces manœuvres ne doivent être pratiquées qu'avec la plus extrême prudence si l'on ne veut pas risquer de perforer la paroi rectale. Le toucher fait sous chloroforme permet d'aller très loin et en somme, rares sont les rétrécissements que l'on ne peut atteindre pendant l'anesthésie.

**Pronostic.** — Les brides et les valvules congénitales sont souvent si peu importantes qu'elles restent ignorées; si elles occasionnent quelques troubles, un traitement des plus simples permet de les faire disparaître.

La gravité du rétrécissement cicatriciel dépend de son étendue et de l'importance de la lésion qui lui a donné naissance; souvent rebelle à la dilatation, il est susceptible de guérir par l'extirpation, tout au moins dans les cas favorables.

Le rétrécissement inflammatoire du rectum constitue une affection des plus sérieuses. Sa marche est assez lente, il est vrai, puisqu'il peut mettre des années, 5, 10, 15 ans et plus à évoluer avant de causer des accidents graves; mais pour être lente son

<sup>1</sup> HERMANN KÜMMEL. Ueber hochlegene Mastdarmstricturen. *Samml. Klin. Vorträge*, n° 285.

évolution n'en est pas moins fatalement progressive. Le pronostic est d'autant plus sérieux que le traitement chirurgical ne permet que bien rarement de guérir le rétrécissement parvenu à sa période d'état. Le plus souvent il n'est que palliatif; dans tous les cas, les résultats en sont d'autant plus satisfaisants qu'il est institué d'une façon plus précoce.

**Traitement.** — Dans toute cette étude des rétrécissements du rectum, j'ai beaucoup insisté sur l'importance de la rectite dans la pathogénie des accidents. N'attendez pas, en effet, pour combattre le rétrécissement qu'il soit définitivement constitué, mais par tous les moyens lutez contre la rectite causale. Je ne reviens d'ailleurs pas sur ce traitement que j'ai étudié plus haut.

#### TRAITEMENT MÉDICAL

On écrit peut-être un peu trop volontiers à l'heure actuelle dans les traités classiques que contre le rétrécissement, le *traitement médical* ne peut rien. Évidemment si considérant le rétrécissement comme un accident syphilitique on s'attend à le voir guérir comme une gomme sous l'influence du traitement spécifique, on aura des déceptions. Le rétrécissement a peut-être une lésion syphilitique à son origine, mais sa cause immédiate est la rectite chronique et l'iodure de potassium, le mercure sont tout aussi impuissants contre les lésions de sclérose que contre les pertes de substance de la voûte palatine. Est-ce à dire pourtant qu'ils ne puissent être d'aucun secours? Certes non. GODEBERT<sup>1</sup>, LAPOINTE<sup>2</sup> rapportent 13 observations probantes. C'est surtout dans les syphilis de date récente, avec tendance à la prolifération et non quand le rétrécissement est bien constitué que l'on peut espérer quelque succès.

<sup>1</sup> GODEBERT. Essai sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. *Thèse de Paris*, 1873.

<sup>2</sup> LAPOINTE. Du traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. *Thèse de Paris*, 1897.



Le traitement médical ne se borne pas au seul traitement antisiphilitique. Il faut veiller à ce que l'évacuation des matières se fasse régulièrement et facilement grâce à de petites purgations répétées. L'antiseptie intestinale est assez difficile à obtenir, les lavages pénétrant difficilement et les antiseptiques donnés par l'estomac fatiguant rapidement cet organe. La diète lactée est un des meilleurs moyens de réaliser l'antiseptie intestinale, mais elle donne des selles assez consistantes difficiles à évacuer.

Enfin nous insisterons sur l'utilité du traitement général : les toniques, les frictions, l'hydrothérapie, etc... tout cela peut être employé avec avantage pour fortifier le malade. Il faut aussi surveiller tout particulièrement l'état des poumons : on sait en effet combien sont fréquentes les infections pulmonaires à la période terminale des rétrécissements.

Ce traitement médical n'est pas à dédaigner ; il ne donne que des améliorations, non des guérisons, mais n'est-ce rien que d'améliorer l'état général et de mettre le malade en état de supporter une intervention plus active ? D'ailleurs les traitements chirurgicaux ne donnent aussi que des améliorations plus ou moins sérieuses, mais bien rarement un résultat définitif.

#### TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les différents traitements chirurgicaux proposés contre le rétrécissement ont tous pour but de rétablir la circulation des matières fécales. On peut les grouper en trois catégories : dilatation, rectotomie, extirpation. Nous y joindrons l'anus contre nature dont nous discuterons plus tard la valeur. Tous les procédés ont donné de bons résultats ; accueillis au début avec une certaine faveur, ils ont été ensuite abandonnés, puis repris, ce qui prouve que leur efficacité est loin d'être constante ni complète

**DILATATION.** — On fait remonter à DESAULT l'idée de traiter le rétrécissement par la dilatation méthodique, mais bien avant lui, DUPUYTREN mettait dans les rectums rétrécis des mèches

enduites d'onguent mercuriel ; ces mèches agissaient bien moins par le médicament qu'elles contenaient que par la dilatation. La méthode s'est perfectionnée depuis et l'on emploie actuellement pour la dilatation soit des bougies, soit des dilateurs de Hégar en métal ou en ébonite, analogues aux dilateurs utérins<sup>1</sup>.

Voici comment on procède ; il est nécessaire d'agir aussi aseptiquement que possible ; inutile d'insister par conséquent sur la stérilisation des instruments, les lavages du rectum et de la région ano-périnéale etc... Chez les sujets qui souffrent, il est bon de placer dans le rectum, quelques minutes avant la dilatation, un tampon imbibé d'une solution de cocaïne. Le malade est alors placé dans la position de la taille, on peut aussi le faire coucher sur le côté gauche. On choisit un dilateur de petite taille tout d'abord et on l'enduit de vaseline simple ou cocaïnée ; on l'introduit doucement, lentement, suivant d'abord la direction du canal anal, puis suivant celle du rétrécissement. Il arrive alors au point le plus étroit qu'il doit franchir facilement, sans frottement.

Le spasme peut s'opposer au cathétérisme et faire croire à un rétrécissement plus serré qu'il ne l'est en réalité ; il faut, pour reconnaître le spasme maintenir l'extrémité du dilateur un instant appliquée contre le rétrécissement, s'en coiffant pour ainsi dire ; au bout de quelques instants, cette pression continue triomphe du spasme. Le professeur BERGER recommande beaucoup cette pratique analogue au cathétérisme appuyé de Guyon pour vaincre le spasme urétral.

Le rétrécissement franchi, la bougie retirée doucement est immédiatement remplacée par une autre de calibre légèrement supérieur, elle-même remplacée par une troisième, si l'introduction de la seconde a été facile. Il ne faut guère passer plus de trois bougies à chaque séance. On laisse ordinairement chaque bougie en place pendant une minute environ ; la dernière un peu

<sup>1</sup> Les bougies inventées par Crédé sont commodes en ce sens qu'elles ont un manche étroit qui ne dilate pas l'anus : elles sont ainsi un peu mieux supportées. CRÉDÉ. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1892, t. XLIII, p. 475.



plus longtemps deux à trois minutes au plus. Certains chirurgiens procèdent différemment et laissent très longtemps (une heure) en place la bougie dilatatrice, faisant véritablement de la dilatation permanente, mais cette pratique est d'ordinaire mal supportée par les malades.

Faut-il répéter fréquemment les séances de dilatation ? On n'y a guère d'avantage et l'on risque par des frottements par trop répétés d'irriter le rectum, de produire du spasme, des douleurs, ou de la fièvre. Il faut laisser entre chaque séance un jour de repos au minimum.

Si l'on procède ainsi que nous venons de l'indiquer, on verra en quelques semaines le calibre du rectum se rétablir, les accidents d'obstruction disparaître et le malade éprouver un mieux appréciable.

Mais bien des *petits accidents* peuvent survenir qui forceront le chirurgien à interrompre son traitement et même à renoncer à la dilatation.

Ce sont des *douleurs vives* survenant soit au moment des dilatations et dues au contact du cathéter lui-même, soit plus tard et rappelant les phénomènes fissuraires.

Plus sérieuse est l'*infection*. L'inoculation des petites plaies causées par le passage des dilateurs se traduit par de la fièvre, fièvre légère le soir de chaque séance ou même parfois par des accidents plus sérieux, frissons, sueurs, état général grave comme dans la fièvre des urinaires.

Enfin dans quelques cas rares heureusement les symptômes sont encore plus alarmants. Après une séance de dilatation un peu pénible, la douleur abdominale éclate vive, accompagnée de vomissements, de ballonnement du ventre; le facies est grippé le pouls petit. C'est le tableau de la péritonite par perforation. Il ne faut pas cependant porter ce diagnostic d'emblée et à la légère. Le professeur BERGER a montré que ces accidents pouvaient fort bien se produire sans qu'il existât de perforation, mais on conçoit que de telles alertes inquiètent le chirurgien et le malade et fassent renoncer à la dilatation.

La *péritonite par perforation* est exceptionnelle c'est vrai, mais elle s'observe, car il n'est pas besoin d'une violence bien

grande pour perforer les parois du rectum malade. C'est une complication grave, presque toujours mortelle, à moins qu'on ne puisse intervenir dès les premières heures par la laparotomie comme l'a fait QUÉNU<sup>1</sup> dans un cas avec un beau succès.

*Comment éviter ces accidents ?* — L'infection doit être combattue directement par les lavages du rectum, mais le rétrécissement ne les laisse guère pénétrer, — par l'antisepsie intestinale, mais les résultats en sont bien problématiques. Il faut donc éviter surtout de créer des portes d'entrée.

*Contre la douleur* on peut employer la cocaïne et même l'anesthésie générale pour la première séance de dilatation; les autres se font ensuite plus facilement.

Enfin avant de renoncer à la dilatation en présence d'un rétrécissement difficilement franchissable, on peut comme le conseille Reclus<sup>2</sup> faire avec le bistouri boutonné, guidé sur le doigt de petites sections multiples, superficielles, n'allant pas jusqu'au tissu péri-rectal.

SEGOND<sup>3</sup> préfère faire sous chloroforme la dilatation digitale prudente, sans chercher à rétablir d'emblée le calibre du rectum ce qui pourrait amener de graves complications. Son but est plutôt de supprimer ainsi les premières séances de dilatation lente qui sont les plus pénibles et les plus mal supportées.

La dilatation est un traitement très simple et très efficace. Employée dès le début de l'affection elle pourrait d'après GOSSELIN donner des guérisons complètes. La chose est douteuse : dès qu'on cesse la dilatation, on voit le rétrécissement se reproduire au bout d'un temps plus ou moins long. Ce n'est donc qu'un traitement purement palliatif.

RECTOTOMIE. — Suivant en cela les principes appliqués dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre on a songé à sectionner le rétrécissement pour le dilater ensuite.

<sup>1</sup> QUÉNU. Des plaies de la portion péritonéale du rectum. *Revue de Chirurgie*, janvier 1899, p. 13.

<sup>2</sup> RECLUS. *Soc. de Chir.*, 1896.

<sup>3</sup> SEGOND in Thèse de LAPOINTE. *Thèse de Paris*, 1897.



La section interne ou *rectotomie interne* ouvre à l'infection une large porte et provoque des accidents tels qu'on l'a complètement abandonnée.

L'électrolyse employée par LE FORT, par NEWMANN est peut-être un peu moins dangereuse, mais en somme ne vaut guère mieux.

La *rectotomie externe* seule mérite d'être considérée maintenant. C'est la méthode de VERNEUIL qui l'a surtout préconisée ; mais bien avant la communication de VERNEUIL à la Société de chirurgie elle avait été mise en pratique par CHASSAIGNAC, NÉLATON, PANAS etc... *A priori* c'est une opération tentante. Il est facile de sectionner les téguments sur la ligne ano-coccygienne, de réséquer au besoin le coccyx et d'arriver ainsi sur le rétrécissement qu'on incise dans toute sa longueur. Il faut même dépasser de 2 à 3 centimètres sa limite supérieure. L'hémorragie n'est pas à craindre ; quelques pincées sur les branches inférieures de l'hémorrhoidale supérieure et l'on en est maître. Aussi l'écraseur linéaire employé par VERNEUIL a-t-il cédé la place au thermocautère et au bistouri.

Les *résultats immédiats* de cette simple section sont parfois surprenants : le malade, qui, depuis plus ou moins longtemps souffrait d'occlusion chronique, présentait du ballonnement du ventre, des selles pénibles, voit soudain tous ces accidents disparaître. L'état général s'améliore, le teint reprend sa coloration normale et l'on assiste à une véritable résurrection.

Ce résultat pourtant s'achète au prix de réels *inconvenients*.

La *mortalité opératoire* est, il est vrai, très faible. Elle s'élève environ à 6 p. 100 (Thèse de LAPOINTE). Il convient de remarquer qu'actuellement la statistique serait peut-être encore meilleure.

Mais il y a l'*incontinence* qui suit fatalement la section du sphincter, incontinence absolue pendant les premiers temps, relative ensuite, le malade arrivant à retenir quelque peu les matières solides mais non les liquides et les gaz. C'est une infirmité pénible mais qu'à tout prendre on pourrait encore supporter. Malheureusement il y a un reproche beaucoup plus grave à faire à la rectotomie, la *récidive*.

La *récidive* est presque fatale. L'incision n'atteint pas en effet

la cause du rétrécissement *la rectite* ; sous l'influence de cette dernière, les lèvres de la plaie opératoire se rétractent et le calibre du rectum diminue rapidement si l'on ne pratique pas de fréquentes séances de dilatation. Mais la dilatation est insuffisante pour empêcher le rétrécissement haut placé qu'amène la cicatrisation de l'ulcération sus-stricturale. Ainsi le rétrécissement s'accroît en hauteur et le bénéfice obtenu n'est que passager.

Suivez ces malades rectotomisés comme l'a fait LAPOINTE vous les voyez succomber au bout d'un certain temps par suite d'obstruction chronique, de tuberculose pulmonaire, de cachexie voire même avec des phénomènes péritonéaux faisant penser à une péritonite par perforation comme dans une observation du P<sup>r</sup> BERGER.

Pour éviter ces inconvenients, incontinence ou récidive, on a proposé des modifications au procédé de VERNEUIL. PÉAN<sup>1</sup> avait constaté que la guérison de la plaie de la rectotomie était très difficile à obtenir et qu'il restait presque toujours une fissure d'étendue variable qui ne peut guérir. Il imagina un procédé d'*autoplastie rectale*, décrit dans la thèse de son élève JACQUINOT<sup>2</sup>. Le rétrécissement incisé, on fixe aux téguments par quelques points de suture muco-cutanés, l'angle supérieur de la plaie rectale. Ce procédé supprime l'inconvénient de la plaie indéfiniment suppurante de l'opération de VERNEUIL, diminue la rétraction consécutive, mais ne peut donner de guérison définitive. La rectite persiste et reproduit tôt ou tard le rétrécissement.

La rectotomie n'est donc qu'un traitement palliatif, traitement précieux qui par une intervention simple remédie au plus pressé, à l'obstruction, mais qui est presque invariablement suivi de récidive.

Pour les rétrécissements n'intéressant pas l'anus, SONNENBURG<sup>3</sup> a conseillé de sectionner le rétrécissement sans toucher au sphincter ; il bourre ensuite de gaze iodoformée la plaie ainsi faite, lais-

<sup>1</sup> PÉAN. *Bull. médic.*, 13 nov. 1889.

<sup>2</sup> JACQUINOT. Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement vénérien du rectum. *Thèse de Paris*, 1890.

<sup>3</sup> SONNENBURG. *Congrès de Chir. allem.*, 1890.



sant se constituer une fistule qui se rétrécit et se ferme en quelques mois. Après cette intervention, il resterait une cicatrice assez souple que l'on peut dilater.

C'est pour ces mêmes rétrécissements sus-sphinctériens que SCHWARTZ<sup>1</sup> fait la rectoplastie, opération calquée sur la pyloroplastie de HEINEKE-MICKULICZ (incision longitudinale, réunion transversale). On obtient de bons résultats par ce procédé, mais il ne trouve qu'exceptionnellement ses indications.

Il en est de même de l'anastomose recto-côlique qu'a proposée BACON<sup>2</sup>. Cette anastomose est établie entre le côlon pelvien et la partie du rectum sous-jacente au rétrécissement au moyen d'un petit bouton de Murphy. L'une des pièces, la branche mâle, est placée directement sur le point du côlon que l'on veut anastomoser; la branche femelle est introduite par le rectum au moyen d'une pince-trocarter spéciale.

Mais de plus, ce qui fait l'originalité du procédé, c'est l'application d'une espèce de clamp, d'entérotome, dont les deux branches écrasant secondairement les deux parois mises au contact établissent une large communication entre les deux parties anastomosées. A la place du rétrécissement on obtient ainsi une partie dilatée. Malheureusement le rétrécissement du rectum est ordinairement bas situé et l'anastomose recto-côlique est bien difficile à effectuer d'une façon convenable. De plus comme les autres procédés, ce dernier laisse subsister la rectite. Ce n'est donc pas le traitement idéal.

EXTIRPATION. — Ce traitement idéal, on crut l'avoir trouvé dans l'extirpation.

Proposée pour la première fois par GLOESER puis préconisée par KRASKE au Congrès de chirurgie allemand en 1895, cette opération a joui pendant ces dernières années d'une grande faveur. Citons les communications de BARDENHEUER<sup>3</sup>, Max

<sup>1</sup> SCHWARTZ. Rétrécissement du rectum traité par la rectoplastie. *Presse médic.*, 1894, p. 301.

<sup>2</sup> J.-B. BACON. A new operation for the cure of stricture of the rectum and sigmoid. *Mathens med. Quarterly*, 1894, t. I, p. 25.

<sup>3</sup> BARDENHEUER. *Sammlung. Klin. Vorträge*, 1887.

SCHOEDE<sup>4</sup>, KNECHT<sup>5</sup>, SCHÜLZ<sup>6</sup>, ROUTIER<sup>7</sup>, RICHELOT<sup>8</sup>, QUÉNU, les thèses de MOSES<sup>9</sup>, CARRÉ<sup>10</sup>, LACHOWSKY<sup>11</sup>.

L'extirpation d'un rétrécissement se fait comme celle d'un cancer, soit par la *voie sacrée*, soit par la *voie transvaginale*, soit plus souvent par la *voie périnéale*.

La *voie sacrée* a été surtout employée en Allemagne par HECZEL, Max SCHOEDE, en France par RICHELOT<sup>9</sup>. On trouvera dans la thèse très étudiée de MORESTIN les divers procédés qui ont été tour à tour préconisés. Rappelons seulement la technique de HOCHENEGG<sup>10</sup>; elle est précieuse dans certains cas. Pour éviter la fistule postérieure qui persiste presque toujours après l'opération de KRASKE, HOCHENEGG après avoir isolé le rectum et réséqué la portion malade, fait pénétrer le bout supérieur dans le bout inférieur resté en place, l'invagine et le fixe par une couronne de sutures à la peau de la marge de l'anus. Mais ces sutures ne tiennent pas toujours et il en résulte comme dans les autres procédés des fistules et des récidives.

La *voie transvaginale*, déjà suivie pour le cancer du rectum, a été employée dans le traitement des rétrécissements presque en même temps par CAMPENON<sup>11</sup> et par HERZEN<sup>12</sup>. Elle est bien

<sup>4</sup> MAX SCHOEDE. *Langenbecks Archiv.*, t. I, p. 835.

<sup>5</sup> KNECHT. *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, 8 janv. 1894.

<sup>6</sup> A. SCHÜLZ. Die Pathogenese und die Behandlung der stricturen des Mastdarmverschungen. *Thèse de Leipzig*, 1893.

<sup>7</sup> ROUTIER. *Revue de Chirurgie*, 1889.

<sup>8</sup> RICHELOT. *Soc. de Chir.*, fév. 1891.

<sup>9</sup> MOSES. *Thèse de Paris*, 1892.

<sup>10</sup> CARRÉ. Du rétrécissement dit syphilitique du rectum. *Thèse de Paris*, 1893.

<sup>11</sup> LACHOWSKY. Résultats éloignés des divers modes de traitement des rétrécissements du rectum. *Thèse de Paris*, 1895.

<sup>12</sup> Voir Th. MORESTIN. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. *Thèse de Paris*, 1894.

<sup>13</sup> HOCHENEGG. Beitr. zur Chirurgie des rectums. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, p. 578.

<sup>14</sup> CAMPENON (C.-R.). *Huitième Congrès français de Chirurgie*. Lyon, 1894, séance du 10 oct.

<sup>15</sup> HERZEN. *Revue médic. de la Suisse romane*, déc. 1894.



supérieure à la voie sacrée, et donne de bons résultats au point de vue de l'intégrité fonctionnelle des sphincters. Malheureusement les cas sont rares qui se prêtent à ce mode d'intervention<sup>1</sup>.

La voie périnéale est de beaucoup la plus suivie.

Si la région sphinctérienne est envahie, on pratique l'ablation totale du segment malade, comme dans le cancer du rectum.

Si le rétrécissement siège au-dessus de l'anus avec région sphinctérienne saine, on peut tenter de conserver le sphincter. On peut suivre pour cela un des trois procédés suivants :

1° On peut passer en avant de l'anus ; c'est le procédé de HÜTER<sup>2</sup>. On fait en avant de l'anus une incision courbe à concavité postérieure, véritable périnéotomie transversale qui permet d'isoler le rectum et d'en réséquer un segment.

2° On passe en arrière de l'anus par le procédé de DUPLAY : on fait une incision demi-circulaire postérieure sur le milieu de laquelle vient tomber une deuxième incision longitudinale.

Par l'une ou l'autre de ces deux méthodes on conserve bien le sphincter, mais c'est un sphincter énérvé et souvent incontinent.

3° On peut faire l'extirpation du rétrécissement par les voies naturelles. Ce mode d'extirpation convient surtout aux rétrécissements peu étendus ; il est très facilement réalisable et donne les meilleurs résultats dans les cas de rétrécissements cicatriciels limités, de forme annulaire.

J'ai eu l'occasion d'opérer, l'an dernier à l'hôpital Boucicaut, un malade âgé de soixante-trois ans entré dans mon service pour des accidents d'occlusion intestinale. Devant la gravité des symptômes qu'il présentait, on lui fit la colotomie d'urgence. Quelques jours après, en l'examinant, je constatai à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anus la présence d'un rétrécissement si serré que je ne pus découvrir l'existence d'un orifice quelconque.

<sup>1</sup> Pour la technique voir THOUVENIN. De la voie vagino-péritonéale dans la résection du rectum. *Thèse de Nancy*, 1896.

<sup>2</sup> HÜTER. *Deutsche Zeits. f. Chir.*, Bd. 1, S. 485, 1872.

Cet orifice existait pourtant ainsi qu'en témoignait la présence d'un peu de suintement séro-purulent. J'appris alors que ce malade avait été opéré un an auparavant d'un prolapsus du rectum. Il devait s'agir d'un prolapsus muqueux pour lequel on avait pratiqué la résection.

Je fis, par les voies naturelles, l'extirpation de ce rétrécissement et j'enlevai avec la plus grande facilité une sorte de rondelle cicatricielle percée à son centre d'un orifice très étroit. J'abaissai aisément la muqueuse sus-jacente et je fis une suture circulaire.

Le résultat fut excellent : le canal anal a maintenant son calibre normal et je me propose de fermer prochainement l'anus iliaque.

Les choses ne sont pas aussi simples quand il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire, même limité. Voici comment SEGOND<sup>1</sup> conseille d'opérer : après dilatation anale, car il est inutile comme le faisait DIEFFENBACH de sectionner les deux commissures anales, on incise circulairement la muqueuse à son union avec la peau. On décolle la muqueuse au niveau du sphincter, puis au moyen des ciseaux, on dissèque et isole le rectum en scultant pour ainsi dire l'intestin dans la gangue fibreuse qui l'entoure. On résèque alors la partie disséquée et l'on suture à la peau la muqueuse saine du bout supérieur abaissé. Dans le procédé de SEGOND, cette résection et cette suture doivent se faire par temps successifs, chaque coup de ciseaux étant suivi d'un point de suture.

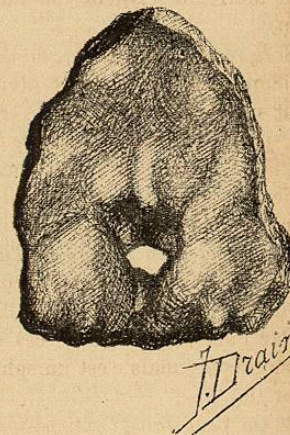


Fig. 22.

Rétrécissement cicatriciel du rectum extirpé chirurgicalement (GÉRARD-MARCHANT).

<sup>1</sup> P. SEGOND. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1895, p. 468.



HARTMANN<sup>1</sup> procède un peu différemment. Le rétrécissement saisi avec des pinces de Richelot est abaissé, invaginé pour ainsi dire dans le canal anal. On incise à son pourtour les tuniques rectales et avec le doigt, on les décolle des parties voisines. Après isolement, et section le bout est abaissé dans le trajet anal à la façon de HOCHENEGG et suturé à la peau de la marge de l'anus.

Quel que soit le procédé employé, la méthode semble au premier abord simple et rationnelle, mais il faut la juger aux résultats tant opératoires que thérapeutiques.

La mortalité opératoire est élevée, car c'est une opération laborieuse que l'on pratique en pleins tissus infectés et chez des sujets affaiblis. Dans leur statistique, QUÉNU et HARTMANN donnent 4 morts sur 35 observations. LAPOINTE dans sa thèse en compte 11 à 14 p. 100, ce qui est considérable.

Au point de vue des résultats thérapeutiques, il suffit de suivre un peu ces malades traités par une opération dite radicale, pour les voir atteints d'abord d'incontinence permanente, parfois de prolapsus et plus tard succomber à la récurrence. Cette récurrence est fréquente et le chiffre de 38 p. 100 que donne LAPOINTE est comme il le dit lui-même, fort au-dessous de la vérité. Elle s'explique facilement soit par l'existence de lésions élevées méconnues, soit par la reproduction d'altérations analogues à celles qui existaient précédemment grâce à la persistance de la rectite, cause première de toute l'affection. Aussi pour obtenir de l'extirpation tout ce qu'elle peut donner, faut-il la combiner à une opération qui permet de combattre la rectite, en supprimant le passage des matières fécales, l'anus contre nature.

COLOTOMIE. — La colotomie a été proposée depuis longtemps dans le traitement des rétrécissements mais à titre de palliatif, pour mettre un terme aux crises d'obstruction en établissant un orifice au-dessus de l'obstacle.

C'est LAUGIER<sup>2</sup>, semble-t-il, qui en 1843 la proposa pour la pre-

<sup>1</sup> H. HARTMANN. *Congrès français de Chirurgie*, 1893, séance du 7 avril.

<sup>2</sup> LAUGIER. *Dictionn.* en 30 vol., art. *Rectum*.

mière fois : les Anglais et les Américains l'employèrent surtout (CURLING, ALLINGHAM, BRYANT, KELSEY, MASON, HEATH). Ils insistaient sur les bons résultats que donne la colotomie lombaire par la méthode de CALLISEX, dans le traitement de la rectite, de l'ulcère douloureux qu'ils connaissaient mieux que le rétrécissement.

La méthode mit plus longtemps à être acceptée en France, mais actuellement, en présence des insuccès que donnent les divers traitements étudiés plus haut, c'est à la colotomie qu'on tend à revenir.

C'est en effet un traitement logique. La cause du rétrécissement, c'est la rectite, quelle que soit d'ailleurs l'origine de cette dernière. Comment guérir la rectite, cicatriser l'ulcération sus-stricturale, si l'on permet à l'infection de se reproduire sans cesse par le passage incessant des matières ?

Le premier temps du traitement consistera donc dans l'établissement d'un anus artificiel dans la région iliaque (la voie lombaire est maintenant presque complètement abandonnée). L'éperon devra être assez saillant pour obtenir une dérivation complète. Cela suffit pour qu'en peu de temps on voie l'état général se modifier d'une façon parfois surprenante.

On peut alors traiter le rétrécissement lui-même et tout d'abord le désinfecter au moyen de grands lavages faits soit par le bout inférieur, soit par le bout supérieur, avec des solutions antiseptiques et particulièrement avec l'eau oxygénée. L'emploi de l'eau chaude est précieux pour faire fondre les masses inflammatoires qui épaississent le tissu sous-muqueux.

La désinfection obtenue, il y a beaucoup moins de dangers à s'attaquer au rétrécissement lui-même soit pour le dilater, soit pour l'extirper, suivant les indications. On se place ainsi dans les meilleures conditions possibles pour obtenir un bon résultat.

L'idéal serait après avoir traité et guéri le rétrécissement de pouvoir fermer l'anus contre nature et remettre toutes choses en leur état primitif. Théoriquement cette conduite serait logique; elle ne semble pas donner en réalité les résultats qu'on pourrait en attendre. Si l'on cède aux instances du malade qui sans cesse supplie le chirurgien de fermer l'anus artificiel pour



lequel il a une répugnance presque invincible, on voit au bout d'un temps plus ou moins long le rétrécissement se reproduire (cas de LE DENTU, TILLAUX). Cependant THIEM a communiqué un remarquable succès obtenu par la colotomie temporaire, qu'il considère comme le traitement idéal. Mais il faut attendre assez longtemps, faire une désinfection aussi complète que possible, avant de tenter quoi que ce soit contre le rétrécissement. On n'obtiendra de résultats satisfaisants qu'en combattant tout d'abord la maladie causale, la rectite.

*Quelles sont en somme les indications du traitement?* — Dans les cas simples où le rétrécissement bas situé est peu étendu, il faut faire la dilatation lente et progressive. Si la dilatation est impossible soit à cause de l'étendue du rétrécissement qui remonte très haut, soit à cause des accidents infectieux que provoque la dilatation, soit enfin à cause de l'état général, on fera la *colotomie* qui parera aux premiers accidents et permettra ensuite de *traiter le rétrécissement*.

Ce traitement du rétrécissement sera la dilatation si elle devient possible, la rectotomie ou l'extirpation dans le cas contraire. Entre ces deux derniers procédés, lequel choisir? L'extirpation paraît certainement plus satisfaisante, mais sa gravité est beaucoup plus grande et nous avons vu qu'elle ne mettait pas à l'abri de la récurrence. Elle ne donne de véritables succès que dans les rétrécissements limités, mobiles, cas malheureusement fort rares et qui d'ailleurs céderaient à la dilatation. Théoriquement l'extirpation est le traitement de choix, celui qu'on doit appliquer si possible; pratiquement on sera parfois obligé de se contenter de la rectotomie.

Dans tous les cas, on fera l'anus contre nature préliminaire et l'on usera de toute son influence auprès du malade, pour lui faire comprendre l'utilité qu'il y a à conserver le plus longtemps possible cet anus artificiel malgré tous les inconvénients qu'il comporte. Une statistique nouvelle serait à faire et il y aurait lieu de reprendre les résultats du traitement des rétrécissements par l'extirpation ainsi pratiquée, longtemps après l'établissement d'un anus iliaque et après désinfection soignée de la région ano-rectale.

*Pour les rétrécissements ou brides d'origine congénitale*, il ne faut pas employer la dilatation qui peut présenter des dangers comme l'a montré TRÉLAT à cause du voisinage du cul-de-sac péritonéal.

La simple *section*<sup>1</sup> suffit lorsqu'il existe une bride même marquée, l'*extirpation* par les voies naturelles convient aux cas plus accusés.

Dans quelques rétrécissements cylindriques la voie sacrée peut se trouver exceptionnellement indiquée.

Les *rétrécissements tuberculeux* doivent, dit-on, être traités comme des tuberculoses locales et extirpés complètement le plus tôt possible. Tel est l'enseignement théorique. En fait, il n'est pas toujours facile de diagnostiquer la nature tuberculeuse du rétrécissement. De plus, il y a ici les mêmes lésions d'inflammation chronique, d'infiltration sous-muqueuse que dans les autres rétrécissements inflammatoires simples et la récurrence suivra de près l'extirpation. Enfin qui prouve que dans certains cas l'inoculation tuberculeuse ne se fait pas secondairement chez des tuberculeux pulmonaires par déglutition des crachats? A quoi bon dès lors enlever un rétrécissement si la réinfection doit se produire le lendemain? J'insiste donc sur la nécessité de pratiquer l'anus artificiel même dans ces cas: l'extirpation ne se fera que plus tard, si les circonstances le permettent. La dilatation est contre-indiquée.

<sup>1</sup> Voir traitement des fistules à l'anus.