

# MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM

PAR

PIERRE DELBET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,  
Chirurgien des hôpitaux.

Les maladies de l'anus et du rectum, malgré leur extrême fréquence, sont souvent méconnues. Tantôt on reconnaît bien le siège du mal, mais on se trompe sur sa nature. Combien de fissures qui sont prises pour des fistules; combien de malades qui sont soignés médicalement pour des hémorroïdes, tandis que le cancer dont ils sont atteints devient inopérable. Tantôt l'erreur plus profonde, sinon plus grave, porte sur le siège même de la lésion. Des obstructions dues à des cancers rectaux sont attribuées à des étranglements internes; l'anémie hémorroïdaire fait penser à un début de phtisie.

Est-ce à dire que le diagnostic des maladies de l'anus et du rectum présente des difficultés insurmontables? En aucune façon. Les cas difficiles sont tout à fait exceptionnels. Mais une certaine pudeur retient les malades, les empêche de parler des accidents rectaux, leur fait rejeter bien loin l'idée d'un examen local. Les hémorroïdes sont si fréquentes et si connues qu'on met facilement sur leur compte tous les troubles de défécation. Si les malades sont retenus par la pudeur, les médecins sont souvent arrêtés par une certaine répugnance. Ils établissent un traitement symptomatique plus ou moins anodin au lieu d'imposer l'examen local, toujours nécessaire, et laissent les lésions s'aggraver ou même devenir incurables. La pudeur des malades, la répugnance des médecins, voilà les deux grandes causes des erreurs de diagnostic, qui sont si fréquentes et si préjudiciables. Il faut triompher des deux. Toutes les fois qu'un malade accuse des troubles quelconques de la défécation, l'examen de l'anus et le toucher rectal s'imposent, c'est un devoir de les pratiquer. Un médecin consciencieux doit refuser ses soins à tout malade qui ne veut pas s'y soumettre.

## SÉMIOLOGIE DE L'ANUS ET DU RECTUM

Avant de pratiquer le toucher rectal et pour le rendre aussi court que possible, car il est souvent pénible, voire même douloureux, il faut procéder à un interrogatoire complet. On peut tirer des symptômes subjectifs et fonctionnels non pas une certitude, mais quelques présomptions capables de guider l'examen local.

I. — Les DOULEURS peuvent manquer. Voyons ce qu'elles valent quand elles existent. Il faut distinguer les douleurs indépendantes des selles, et celles qui sont liées à la défécation.

a. Les douleurs ano-rectales *indépendantes de la défécation* sont engendrées assez souvent par d'autres affections que celles du rectum.

Bien des malades atteintes de salpingo-ovarite se plaignent d'élanements pénibles dans la région anale en dehors même des cas où il existe une rectite concomitante. Combien de personnes jadis soignées pour de prétendues coccydinies étaient tout simplement atteintes de lésions des annexes.

Parmi les maladies de l'anus et du rectum, ce sont surtout les affections inflammatoires qui engendrent des douleurs en dehors de la défécation, les rectites aiguës, les abcès péri-rectaux ou de la marge de l'anus, les hémorroïdes enflammées. Dans ces cas, tous les efforts, en augmentant la pression abdominale qui se transmet au releveur de l'anus et au périnée, exagèrent notablement les douleurs : ainsi la toux, l'action de se moucher.

Dans la période ultime des cancers, les douleurs peuvent aussi devenir permanentes. Ce sont des douleurs névralgiques dues à la compression ou à l'envahissement des nerfs. Elles comportent à mon avis un pronostic grave. Qu'on ne l'oublie pas, les cancers, où qu'ils siègent, sont en eux-mêmes complètement indolents. Ils ne déterminent des douleurs qu'en comprimant ou envahissant les nerfs. Lorsque, dans les cancers ano-rectaux, les douleurs sont devenues permanentes, c'est que le néoplasme, dépassant les limites du rectum, a diffusé dans les tissus voisins, et il est alors le plus souvent inopérable.

b. Les douleurs liées à la défécation peuvent être, elles aussi, engendrées par des maladies qui siègent en dehors du rectum. Dans la rétroversion simple, la défécation est plutôt pénible que réellement douloureuse. Mais quand le péritoine pelvien est enflammé, quand il existe des lésions des annexes, la défécation peut devenir douloureuse, alors même que le rectum n'est pas malade pour son propre compte. L'augmentation de la pression dans le bassin, le traumatisme dû au passage du bol fécal expliquent ces douleurs.

Presque toutes les affections du rectum déterminent des douleurs

au moment de la défécation, les rectites, les ulcérations, les hémorroïdes, le prolapsus, le cancer lorsqu'il est ulcéré. Une place à part doit être faite aux fissures, maladie dans laquelle l'élément douleur tient une place prépondérante. Ce qui fait le caractère tout spécial de cette douleur c'est qu'elle n'atteint son acuité que dix minutes, un quart d'heure, ou même une demi-heure après la défécation.

II. — La perte de la SENSIBILITÉ ANO-RECTALE est un symptôme plus fréquent qu'on ne croit. Cette sensibilité est très spéciale, mais exquise par de certains côtés, puisqu'elle permet non seulement de reconnaître la consistance des matières, mais encore de distinguer les matières solides ou liquides des gaz. Elle est diminuée ou abolie dans quelques cas de cancer, mais surtout dans les prolapsus. Ce trouble est fort gênant pour les malades. Un monsieur atteint d'un prolapsus hémorroïdaire me disait avec désespoir : « Je ne sais plus distinguer un pet d'une crotte. »

III. — La MODALITÉ DES GARDE-ROBES doit toujours être étudiée. La *diarrhée* n'a pas grande importance pour le sujet qui nous occupe, car elle est engendrée le plus souvent par des lésions siégeant dans des portions de l'intestin plus élevées que le rectum. La *constipation* opiniâtre peut être symptomatique de lésions propres du rectum : cancer, rétrécissement ; mais elle est bien souvent due à des vices de position de l'utérus et plus souvent encore à une atonie des parois de l'intestin ou de l'abdomen.

Les alternatives de constipation opiniâtre et de diarrhée rebelle ont une tout autre importance. Elles sont dues le plus souvent à des rétrécissements ou à des néoplasmes malins du rectum.

Il faut faire aussi une place aux *faux besoins* qui prennent parfois le caractère d'épreintes très pénibles. L'absence du sentiment de soulagement qui suit la défécation, la persistance du besoin après l'expulsion des matières fécales sont du même ordre. Tous ces symptômes peuvent être engendrés par des rectites ; ils sont aussi souvent dus à des hémorroïdes internes ou à des polypes. Ces tumeurs qui tendent à se pédiculiser dans la cavité du rectum y jouent le rôle de corps étranger et déterminent la même sensation de besoin que les matières fécales elles-mêmes.

La forme des matières fournit quelquefois des renseignements. Dans les cas où il existe une tumeur faisant saillie dans la lumière du rectum, il arrive, dit-on, que les matières présentent une rainure correspondant à cette tumeur. C'est là un symptôme rare, que je n'ai jamais observé pour ma part.

Nélaton a insisté sur les modifications de forme qui peuvent être imprimées par les rétrécissements, quelle que soit d'ailleurs leur nature. Lorsque le rétrécissement est situé très bas, immédiatement au-dessus de l'anus, les matières ne le franchissent qu'au moment d'être

évacuées, et si elles sont de consistance modelable, elles sortent aplaties en forme de ruban, *rubanées*. Quand, au contraire, le rétrécissement est situé plus haut, les matières le franchissent petit à petit, par fragments. Puis, brassées dans l'ampoule rectale, elles prennent la forme de petites boules et l'apparence de crottes de mouton ; elles sont alors ovillées. Ainsi la forme des matières pourrait dans une certaine mesure indiquer non seulement l'existence d'un rétrécissement, mais son siège.

IV. — J'arrive à un nouvel ordre de symptômes, les ÉCOULEMENTS ANORMAUX qui se font par l'anus. Ces écoulements anormaux peuvent être de sang, de pus ou de glaires.

Les *écoulements de sang* se produisent de diverses façons. Tantôt c'est du sang altéré mêlé aux matières ; tantôt c'est du sang pur. L'émission de sang altéré constitue le *mœlena*. Cette altération prouve qu'il a séjourné longtemps dans le tube digestif. Aussi a-t-il le plus souvent une origine lointaine. Le *mœlena* vrai est donc habituellement symptomatique de lésions siégeant plus haut que le rectum. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Si le sang versé est en petite quantité, il peut se faire qu'il ne détermine pas un besoin de défécation immédiat et qu'il s'altère avant d'être émis au dehors, bien qu'ayant le rectum pour origine.

Le sang pur peut, soit s'échapper au moment d'une selle normale, soit être émis indépendamment de toute matière fécale. Dans ce dernier cas, un violent besoin de défécation se fait sentir et le malade émet du sang, rien que du sang, qui peut être d'ailleurs en quantité considérable. Les selles purement sanglantes se produisent dans les cancers avancés, dans les ulcérations rectales, plus particulièrement peut-être dans celles qui sont dues à l'urémie. Dans le premier cas, le sang s'échappe au moment d'une selle, mais sans s'être mêlé aux matières fécales. C'est l'effort de la défécation et le traumatisme produit par le passage du bol qui déterminent l'hémorragie. Tantôt il n'y a que quelques gouttes de sang qui tachent les fèces ; c'est ce qui arrive dans les fissures ou les petites ulcérations ; tantôt le sang s'échappe en quantité considérable sous forme de jets multiples qui tignent le vase, suivant l'expression de Richet. Cet accident sous cette forme est à peu près spécial aux hémorroïdes.

Les *écoulements de pus* sont fréquents. Combien de malades se plaignent d'avoir leur linge taché. Quand l'écoulement est constant, en général, il ne se fait pas par l'anus lui-même, mais par un orifice anormal situé dans son voisinage, il s'agit d'une fistule. Cependant ce n'est pas là une règle absolue. L'écoulement de pus peut être continu, même lorsqu'il se fait par l'anus lui-même. Il faut donc distinguer les écoulements purulents qui se font par l'anus en écoulements permanents et écoulements intermittents liés à la défécation.

Les écoulements permanents supposent que les lésions siègent ou

s'étendent au-dessous des sphincters. C'est ce qui arrive dans les hémorroïdes externes ulcérées, dans la blennorrhagie anale, dans les ulcérations bas situées et dans le prolapsus.

Pour les écoulements de pus qui se produisent au moment des selles, il faut, comme pour les écoulements de sang, distinguer deux cas.

Tantôt le pus est émis en grande quantité et sans mélange de matières fécales. Le malade ressent un violent besoin d'aller à la selle, et est fort étonné, lorsqu'il le satisfait, de ne rendre que du pus. Ce symptôme n'appartient pas aux maladies du rectum lui-même. Il se produit quand une collection purulente développée dans le bassin ou dans le creux ischio-rectal s'ouvre brusquement dans la dernière portion de l'intestin.

Tantôt le pus est mêlé aux matières fécales et rendu avec elles. Cela s'observe dans les rectites intenses et dans toutes les ulcérations.

Les écoulements anormaux de la dernière variété sont constitués par des matières d'apparence gélatineuse auxquelles on donne le nom vulgaire de *glaires*. C'est ce qui constitue la leucorrhée anale. On l'observe dans quelques rectites et aussi dans certaines formes d'hémorroïdes externes.

On peut ranger dans le dernier groupe ces membranes blanchâtres, molles, semi-transparentes, qui sont souvent rendues avec les matières fécales. Elles font partie du cortège symptomatique de la rectite pseudo-membraneuse, qui est elle-même souvent associée aux lésions des trompes et des ovaires.

V. — La PRÉSENCE DE TUMEURS OU DE SAILLIES ANORMALES perceptibles à l'extérieur constitue naturellement un symptôme de grande importance. Certaines de ces saillies sont permanentes ou du moins durables, tandis que d'autres absolument transitoires se produisent au moment des selles pour disparaître immédiatement ou peu après. Quelque chose, qui est dans le rectum, en sort partiellement sous l'influence des efforts de défécation. C'est le phénomène de la procidence. On l'observe dans les hémorroïdes internes, les polypes et le prolapsus. Après la défécation, la partie prolabée se réduit plus ou moins facilement, plus ou moins rapidement; ou bien elle devient irréductible, et la tumeur reste un certain temps au dehors.

L'EXAMEN DE L'ANUS se fait très facilement par le tact et la palpation. Quelle position faut-il donner au malade pour le faire? La position génu-pectorale permet d'exposer la région en pleine lumière, et en écartant les fesses, elle en rend l'inspection plus facile. Mais elle est fort pénible pour les malades et ses avantages ne suffisent pas à compenser cet inconvénient pour les cas ordinaires.

Le décubitus latéral suffit toujours. Lorsque le malade souffre plus

particulièrement d'un côté, il est bon, suivant le conseil de M. Guyon, de le faire coucher sur ce côté. Le tronc est légèrement incliné en avant, le membre qui repose sur le lit est porté en extension complète, celui du côté opposé est au contraire fortement fléchi. Il ne reste plus qu'à soulever la fesse la plus élevée pour que tout le périnée devienne visible. Dans les affections douloureuses, chez les malades très pusillanimes, la contraction des muscles est parfois difficile à vaincre, et il est commode d'avoir un aide qui soulève la fesse.

Lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes externes, ou d'hémorroïdes internes procidentes, on voit immédiatement la ou les tumeurs. Mais s'il s'agit d'une fissure on ne voit rien, et il en est souvent de même en cas de fistule. L'orifice des fistules est parfois très étroit et dissimulé dans les plis radiés de l'anus. Il faut déplisser tous ces plis, bien étaler toute la région en invitant le malade à pousser légèrement comme pour aller à la selle. L'anus devient alors plus saillant; la partie inférieure du canal anal tend à s'extérioriser, ce qui rend l'examen plus facile et plus complet.

La palpation rend aussi des services dans l'examen de l'anus. Il va sans dire qu'elle permet d'apprécier la consistance des abcès. Mais là ne se bornent pas les services qu'elle peut rendre. En cas de fistule, elle permet souvent de suivre le trajet, qui se marque par un cordon induré, et de reconnaître l'épaisseur des parois. Elle permet encore, dans les épithéliomes de l'anus, de constater jusqu'où s'étend l'infiltration. Enfin on peut par la palpation apprécier la contracture du sphincter. Il est toujours possible de sentir ce muscle en raison de sa tonicité, mais de ferme sa consistance devient dure lorsqu'il est contracturé.

L'examen de l'anus lui-même doit toujours être complété par celui de la région inguinale. C'est aux ganglions du pli de l'aîne que se rendent les lymphatiques de la région anale. C'est là que se trouve la première adénopathie dans les cancers de l'anus.

L'examen de l'anus ne suffit jamais à lui seul. Pour arriver à un diagnostic complet, il est indispensable de faire l'*examen du rectum*. Le vrai procédé d'examen est ici le toucher. On peut aussi faire l'examen par la vue, mais il faut toujours commencer par le *toucher*, qui fournit des renseignements bien plus complets et en général suffisants.

Quelle position faut-il donner au malade pour pratiquer le toucher rectal. Curling conseille, pour atteindre les lésions haut situées, de placer le malade debout sur la jambe gauche, tandis que, la jambe droite étant fléchie, le pied correspondant repose sur une chaise. C'est là une position un peu ridicule dont les avantages m'échappent. Aussi n'y ai-je jamais eu recours. On peut pratiquer le toucher le malade étant dans le décubitus latéral où on l'a placé pour faire

l'examen de l'anus. C'est ainsi que je procède d'ordinaire. On peut aussi placer le malade dans le décubitus dorsal. Bien des chirurgiens préfèrent cette position. Elle a d'incontestables avantages quand il s'agit d'apprécier le volume de la prostate ou la consistance des vésicules séminales. Mais il n'en est pas de même, à mon avis, quand on se propose d'examiner le rectum. Il est plus difficile, quand le malade est dans le décubitus dorsal, de faire les mouvements de pronation et de supination qui sont nécessaires pour que la pulpe de l'indicateur atteigne successivement toutes les parties de la circonférence rectale.

Le toucher dont je viens de parler se pratique avec l'index. Il donne des renseignements très précieux, très précis, mais aussi très limités, puisqu'on ne peut guère arriver à plus de huit ou neuf centimètres au-dessus de l'anus.

On a cherché à aller plus loin. Simon (de Heidelberg) a proposé en 1872 d'introduire la main tout entière dans le rectum. Esmarch conseille, pour faciliter l'introduction et éviter les déchirures de la peau, de faire de petits débridements en avant de l'anus. Walsham prétend qu'on peut faire remonter la main jusque dans le côlon, et on a été jusqu'à dire qu'il était possible d'explorer par cette voie le foie, la rate et les reins. Je me garderai bien de décrire la technique de ces étranges manœuvres, car je pense qu'il ne faut jamais les pratiquer. Elles ont d'ailleurs causé déjà un certain nombre de morts.

Le *toucher digital* est donc le seul qu'on doit employer. Chez la femme, il y a grand avantage à associer le toucher vaginal au toucher rectal. Cela est même indispensable dans bien des cas. On peut ainsi palper entre les deux doigts la cloison recto-vaginale, sentir les abcès qui s'y développent, reconnaître l'épaisseur d'un rétrécissement, apprécier l'extension d'un néoplasme. Bref cette association des deux touchers fournit les renseignements les plus précieux au point de vue opératoire.

L'*examen par la vue* est susceptible de rendre des services dans quelques cas. On peut le faire de deux façons, soit en éversant au dehors la partie inférieure du rectum, c'est-à-dire en déterminant un prolapsus artificiel, soit en éclairant artificiellement l'intérieur de la cavité rectale.

L'éversion de la muqueuse rectale peut s'obtenir au moyen du ballon de Chassaignac. C'est un ballon de caoutchouc qu'on introduit vide dans le rectum; on le gonfle par insufflation lorsqu'il est en place, puis on le ramène au dehors en le maintenant gonflé. En sortant, il entraîne la muqueuse qui se renverse au dehors. Ce procédé ne réussit que lorsque la muqueuse très lâche tend à prolaber. Encore ne permet-il d'en voir qu'une minime étendue. Il est donc sans importance pratique.

Storer en 1873 et plus tard Tarnier ont conseillé un autre procédé d'éversion qui n'est applicable que chez la femme. On introduit un doigt dans le vagin; au-dessus du sphincter, on le recourbe de manière à déprimer la cloison recto-vaginale vers le rectum, comme pour la faire sortir par l'anus. Sous l'influence de cette pression, le périnée bouche, l'anus s'entrouvre et la muqueuse de la paroi antérieure du rectum apparaît. Ce procédé est douloureux; il ne réussit que chez les femmes dont la cloison recto-vaginale a été assouplie par des accouchements. Quand il réussit, il ne permet d'examiner que quelques centimètres de la paroi antérieure du rectum. Aussi n'est-il guère employé. En somme, aucun des deux procédés d'éversion n'a d'importance, aucun n'est entré dans la pratique.

En revanche, il est très simple et très pratique, en entr'ouvrant l'anus, de laisser pénétrer dans le rectum la lumière du jour ou un faisceau de lumière artificielle. Bien des spéculums, depuis celui de Barthélemy, ont été inventés pour cet usage. Ceux de Trélat et de Nicaise, très commodes pour les opérations, ne sont pas à proprement parler des instruments d'examen. Les instruments dont on se sert le plus sont celui de Fergusson et la valve de Sims. A mon sens, ils sont moins pratiques pour le simple examen clinique que le petit spéculum construit par Collin.

Esmarch a fait remarquer que lorsqu'on élève le siège, l'intestin s'abaissant vers le diaphragme, la pression diminue dans le bassin. Alors, dès que l'anus est ouvert, l'air pénètre dans le rectum, le distend et permet de le voir dans toute sa hauteur. Otis conseille de recourir de préférence à la position genu-pectorale et d'éclairer la cavité rectale avec la lumière électrique ou un miroir frontal. Ces examens sont pénibles pour les malades et on ne peut guère les pratiquer que sous le chloroforme. Ce sont plutôt des préludes de l'acte opératoire que de véritables moyens d'exploration clinique.

Nous allons étudier successivement les diverses maladies de l'anus et du rectum. Je les classerai en six grands chapitres comprenant plusieurs divisions secondaires.

#### I. MALFORMATIONS.

II. TRAUMATISMES, comprenant : 1° les *corps étrangers*; 2° les *plaies* et 3° les *ruptures*.

III. INFLAMMATIONS, comprenant : 1° les *rectites* et les *rétrécissements*; 2° les *ulcérations*; 3° les *fissures*; 4° les *abcès* et *phlegmons*; 5° les *fistules*.

IV. DÉPLACEMENTS, comprenant les diverses variétés de prolapsus.

#### V. HÉMORROÏDES.

VI. TUMEURS, comprenant les *tumeurs bénignes* et les *tumeurs malignes*.