

explorations permettront en outre d'indiquer à quelle variété on a affaire, quels sont le siège, la vascularité et le mode d'implantation de la tumeur.

Pronostic. — Ce n'est pas une affection grave; la tumeur enlevée ne récidive pas. On a cependant cité des exemples contraires à cette règle (Enaux).

Traitement. — L'ablation d'un polype du rectum peut être effectuée de bien des manières : chez l'enfant, l'arrachement, surtout combiné à la torsion du pédicule, constitue une excellente méthode; il en est de même de la ligature simple ou élastique. — La vascularité que présentent certaines de ces tumeurs doit faire rejeter l'ex-cision.

S'il s'agissait de pédicules un peu volumineux présentant des battements, on aurait recours soit à l'écraseur linéaire, soit à l'emploi du clamp, suivi de cautérisation, suivant la méthode fréquemment employée par Allingham; on a encore conseillé la cautérisation, pratiquée soit au moyen des pinces porte-caustique d'Amussat, soit plus simplement avec le galvano-cautère.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU RECTUM

Définition. — Avec Gosselin, nous définirons le *prolapsus du rectum* : toute issue par l'anus d'une partie plus ou moins étendue d'intestin.

Synonymie. — *Chute, procidence, invagination.*

Division. — Cette définition groupe dans un seul cadre pathologique des états assez différents.

La première forme est représentée par le renversement, la *procidence* de la muqueuse rectale seule.

La deuxième forme, degré plus avancé de la précédente, est le retournement de toutes les tuniques du rectum à partir de l'anus; c'est la *chute du rectum* proprement dite.

La troisième comprend les *invaginations* du rectum.

Étiologie et pathogénie. — Le prolapsus du rectum est une

affection rare; la statistique d'Allingham nous donne la proportion de 1 sur 75 malades du rectum.

C'est surtout une maladie de l'enfance.

Plusieurs raisons anatomiques ont été invoquées pour expliquer cette plus grande fréquence. Chez l'enfant, le bassin est petit, la masse intestinale, qui pèse sur le petit bassin, relativement considérable, le sacrum peu incurvé, et le rectum, lui aussi, sensiblement rectiligne.

Giraldès insistait encore sur la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux; mais Duchaussoy semble avoir pris l'effet pour la cause quand il parle de la faiblesse des sphincters; en réalité, à cet âge, les sphincters sont très résistants chez un enfant bien portant.

D'autres motifs physiologiques et pathologiques ont été mis en avant; ce sont : la détestable habitude qu'on a parfois de laisser les enfants trop longtemps sur le vase de nuit, les efforts déterminés par la constipation, les calculs vésicaux, les ascarides, les diarrhées chroniques persistantes, les polypes du rectum, le phimosis (Allingham), les adhérences préputiales (Bryant), la coexistence d'un rétrécissement congénital du rectum à sa jonction avec l'S iliaque (Eug. Bœckel). Tout cela se résume en deux mots : toutes les affections qui provoquent des efforts expulsifs répétés.

Chez l'adulte, l'affection est plus rare; les causes sont peu différentes, diarrhée, dysentérie chronique, abus de drastiques (Smith) et des lavements, hémorrhoides, polypes, tumeurs du rectum. — Chez la femme, il faut y ajouter l'influence des grossesses répétées, des tumeurs du petit bassin, et noter dans un certain nombre de circonstances la coexistence d'un prolapsus utérin. Les habitudes honteuses de la pédérasie passive doivent également être incriminées dans quelques circonstances.

Chez le vieillard, aux causes précédentes s'ajoutent les efforts expulsifs provoqués par une difficulté quelconque de la miction : calculs, hypertrophie prostatique, rétrécissements de l'urèthre, ou encore par la toux répétée de certaines bronchites chroniques. L'atonie des tissus entre également pour une part importante.

Pathogénie et mécanisme. — En résumé, ce qui frappe dans cette étiologie, ce qu'on y retrouve à chaque pas, c'est le rôle de l'effort expulsif, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et chez le vieillard; certaines conditions anatomiques favorisent, il est vrai, cette

influence, laxité du tissu sous-muqueux chez l'enfant, faiblesse sphinctérienne chez les vieillards; sans doute aussi la débilité produite chez l'enfant comme chez l'adulte par la diarrhée chronique persistante diminue la résistance des tissus, mais ce ne sont là que des causes secondaires : la cause principale, physiologique, c'est un effort expulsif répété souvent, ou exagéré.

Le *mécanisme* de la formation du prolapsus est dès lors facile à comprendre. Sous l'influence de l'effort, la résistance sphinctérienne normale ou affaiblie est vaincue; la muqueuse descend un peu en raison de sa laxité. Ce prolapsus passager, tout à fait analogue à celui qu'on observe physiologiquement chez le cheval, devient à la longue permanent; la muqueuse épaissie, son tissu cellulaire induré, ne glissent plus que difficilement; refoulés par le bol fécal dans sa descente, les tuniques du rectum ne reprennent plus leur place. Le reste de l'intestin est ensuite entraîné petit à petit, ce n'est plus qu'une question de degré. — D. Mollière a fait jouer à l'œdème sous-muqueux un rôle important, dans le cas où l'affection est survenue à la suite de grossesses répétées ou de tumeurs pelviennes.

Anatomie pathologique. — *Première forme.* — *Prolapsus simple de la muqueuse.* — Rien de plus facile à comprendre que cette procidence limitée à la muqueuse, normale et physiologique chez le cheval dans l'acte de la défécation.

La muqueuse se détache, descend comme la *doublure trop longue ou détachée d'une manche d'habit*, suivant la comparaison très exacte de Gosselin, et vient sortir en débordant par l'orifice anal.

Tantôt le déplacement n'est que *partiel, latéral*, tantôt il est *circconférenciel*.

Ce prolapsus de la muqueuse est généralement peu marqué : 2 centimètres chez l'adulte, 5 à 4 centimètres chez l'enfant, telles sont ses dimensions moyennes. Il est constitué par l'adossement de deux muqueuses un peu tuméfiées, et se continue directement à son pourtour avec la peau de la marge de l'anus.

Deuxième forme. — *Chute du rectum proprement dite.* — Elle débute d'ordinaire par le prolapsus de la muqueuse, pour arriver à s'étendre à toutes les tuniques; elle n'est donc qu'un degré plus avancé de la forme précédente.

Sa caractéristique anatomique consiste, comme pour la précédente,

en ce qu'elle se continue par sa base avec la peau de l'orifice anal. — Cette forme n'est décrite isolément que par Gosselin.

Les auteurs modernes la réunissent dans un même chapitre avec l'invagination rectale; il en résulte une confusion dans leurs descriptions. — Nous croyons préférable de la décrire à part, tout en convenant que c'est bien une invagination, mais une invagination spéciale à deux cylindres où il n'y a pas de gaine externe et dont le collier n'est autre que le sphincter lui-même.

C'est une tumeur cylindrique, de 5 à 9 centimètres de hauteur, souvent un peu ovoïde, présentant à sa partie inférieure un petit orifice, *arrondi*, si la tumeur est petite, *échancré en fer à cheval*, par traction du mésorectum, si la tumeur est volumineuse. — Cette tumeur est constituée par l'adossement de deux parois rectales, puisque le rectum est retourné en doigt de gant; le tissu cellulaire qui unit les tuniques est presque toujours œdémateux.

Pour peu que la tumeur descende un peu bas, elle renferme un *prolongement péritonéal*, dont Cruveilhier avait déjà signalé l'importance. Des hernies peuvent s'y faire, *hédrocèles* de Uhde (1867), entrevues déjà par Portal (1768); elles renferment le plus souvent de l'intestin. Pockels a signalé une hernie de l'ovaire.

Troisième forme. — *Invagination proprement dite.* — Anatomiquement caractérisée par l'existence d'un sillon muqueux circulaire compris entre l'anus et l'origine du cylindre moyen, cette forme constitue en réalité une variété de l'invagination commune; il s'agit d'une invagination simple de la moitié supérieure du rectum dans la partie inférieure. Cette lésion ne doit pas être confondue avec les grandes invaginations qui amènent à l'ouverture anale une portion du côlon, la valvule iléo-cæcale ou même l'intestin grêle. Il ne s'agit pas non plus d'une simple chute du rectum. On trouve toujours dans la partie prolapsée deux portions : 1° une portion intra-rectale à trois cylindres, un externe, un moyen, un interne; 2° une portion extra-anales formée seulement par les cylindres moyen et interne. — Le pli supérieur, dont la surface est péritonéale, constitue le collier de l'invagination; le pli inférieur est le pli muqueux.

Symptômes. — *Première forme.* — *Prolapsus de la muqueuse.* — L'affection au début n'est que momentanée; elle succède à la défécation et persiste pendant peu de temps. — Dans quelques cas, l'éversion de la muqueuse n'est que partielle; dans d'autres circon-

stances, elle est totale : dans le premier cas, on voit sortir du fondement deux ou trois replis rougeâtres, mous et humides ; dans le second, c'est un véritable bourrelet qui déborde l'orifice anal.

Peu à peu la réduction spontanée du bourrelet se fait moins facilement ; son volume augmente jusqu'à constituer un petit cylindre de 2 à 4 centimètres de hauteur ; la surface en est plissée, molle, brillante et rougeâtre, au centre existe un orifice froncé par lequel on entre dans l'intestin ; à la périphérie, le cylindre muqueux se continue avec la peau de l'orifice anal, élargi et à sphincter moins résistant qu'à l'état normal. — La pression amène facilement la réduction ; un peu de gêne de la marche constitue à peu près le seul trouble fonctionnel à signaler.

Deuxième forme. — Renversement de toutes les tuniques. — Chute du rectum. — Peu à peu l'affection augmente ; la muqueuse descend davantage, elle entraîne les autres tuniques ; la chute du rectum est constituée et elle fait le tourment des malades et des chirurgiens.

On constate à l'inspection une tumeur cylindrique ou globuleuse, mesurant de 4 à 10 centimètres de hauteur, se continuant par sa base avec les téguments anaux distendus et dont les plis s'effacent de plus en plus ; il existe parfois un léger sillon circulaire peu marqué et fort différent de celui de l'invagination. — La surface de la tumeur est sillonnée de plis muqueux transversaux plus ou moins indiqués et rougeâtres.

La tumeur présente un volume variable qui peut atteindre celui d'une petite pomme et même d'une orange (Gross). — Lorsque la tumeur est petite, l'orifice est circulaire ou linéaire ; lorsqu'elle est volumineuse, la traction du méso-rectum donne à l'orifice l'apparence d'une échancrure en fer à cheval. Cette tumeur est difficile à réduire ; elle fait saillie non seulement par la défécation, mais encore par la marche, la station debout.

Il vient un moment où elle ne rentre plus ; la surface s'irrite par les frottements continuels et peut s'excorier. — Le tissu sous-muqueux s'indure, et un écoulement fétide s'effectue tant à la surface qu'à l'intérieur. — Les sphincters dilatés deviennent paresseux et l'incontinence des matières peut s'ensuivre. — Cet état amène une gêne notable dans la position assise et la marche.

Chez l'enfant l'affection reste longtemps locale, mais chez l'adulte

elle retentit plus rapidement sur l'état général, détermine des troubles digestifs, un affaissement moral auquel l'insuccès des traitements les plus multipliés contribue dans une large part.

Cette marche normale est parfois modifiée par des complications plus sérieuses, sur lesquelles nous aurons à revenir.

Troisième forme. — Invagination du rectum. — L'existence d'un sillon plus ou moins profond entre le bord anal et la surface de la partie prolapsée permet de reconnaître l'invagination du rectum. Limitée à cette portion de l'intestin, une semblable lésion ressemble beaucoup symptomatiquement au simple prolapsus. Dès que l'éversion porte sur une partie plus éloignée, les choses changent. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de ces prolapsus énormes où l'on peut reconnaître la valvule iléo-cæcale et même les valvules conniventes de l'intestin grêle, les phénomènes observés sont dès le début ceux de l'obstruction intestinale. Mais ces lésions ont leur place ailleurs.

Marche. — Complications. — Le prolapsus du rectum est une affection chronique de longue durée, mais sa marche est parfois modifiée par des complications diverses.

Chez la femme, le prolapsus du vagin et même la chute de la matrice peuvent accompagner le prolapsus rectal.

Le prolapsus total et l'invagination, ainsi que nous l'avons déjà dit, peuvent se compliquer d'une hernie spéciale : hédrocèle ; la consistance, la sonorité, l'augmentation par la toux, le gargouillement, servent à la reconnaître comme une hernie intestinale quelconque ; la tumeur ainsi modifiée prend une forme globuleuse, ou celle d'une crosse à direction antéro-postérieure ; l'orifice est reporté en arrière (Allingham), il regarde le sacrum.

Chez le vieillard, l'irréductibilité devient quelquefois à la longue absolue ; mais dans cet état le malade souffre d'accidents plutôt gênants que dangereux. Il n'en est pas de même lorsque surviennent avec plus ou moins de brusquerie d'autres phénomènes qui sont de véritables complications : le prolapsus peut s'étrangler après une période d'irréductibilité plus ou moins longue ; le sphincter joue sans doute un rôle important comme agent de cet étranglement. La partie étranglée se gonfle, devient dure, tendue, violacée, et ne tarde pas à présenter des plaques généralement partielles de sphacèle. — On a cependant noté l'élimination complète par ce procédé de toute la partie prolapsée du rectum. — Des accidents généraux d'occlusion

accompagnent cet étranglement : le ventre est ballonné, douloureux, la constipation opiniâtre, parfois même absolue, et ces phénomènes vont s'accroissant jusqu'à ce que l'élimination de la portion sphacélée se soit faite, pour diminuer ensuite progressivement. Le malade peut succomber avant que cette terminaison favorable se soit produite. — Après l'élimination il est exposé à un rétrécissement circulaire du rectum.

Diagnostic. — Le prolapsus au début, surtout s'il est partiel, peut être confondu avec des hémorroïdes procidentes; nous avons d'ailleurs indiqué, à propos de ces dernières, la possibilité de coexistence des deux lésions; les hémorroïdes procidentes sont généralement plus arrondies, moins plissées, plus tendues, plus bleuâtres.

A une période plus avancée, on pourrait songer au polype du rectum; mais celui-ci se distinguera facilement du prolapsus par l'absence de l'orifice central, sa forme ronde, sa surface framboisée, la notion du pédicule fournie par le toucher rectal. Ici encore les deux affections peuvent coexister; il est, en général, facile de faire la part qui revient à chacune.

En résumé, le diagnostic différentiel ne présente pas de difficultés; il n'est pas toujours aussi simple de reconnaître la variété à laquelle on a affaire. — Le peu de volume de la tumeur, le peu d'épaisseur des replis qui la constituent, feront assez facilement distinguer l'éversion de la muqueuse; l'épaisseur de ces mêmes parois, la longueur de la tumeur, les difficultés du traitement, seront en faveur de la chute complète du rectum. Quant à l'invagination, elle se reconnaît facilement au sillon circulaire qui l'entoure à sa base.

Le prolapsus compliqué de hernie, ou hédrocèle, a des caractères trop nets pour passer inaperçu dans un examen un peu attentif.

Pronostic. — Chez l'enfant le pronostic n'est pas grave, l'affection guérit en général facilement; chez l'adulte, la chute complète du rectum, par sa ténacité, par les complications auxquelles elle donne lieu, doit faire porter un pronostic plus sévère.

Traitement. — Chez un sujet présentant les premiers caractères du prolapsus rectal, le traitement sera d'abord *prophylactique*; si c'est un enfant, on recommandera de ne pas le laisser séjourner trop longtemps sur le vase; on évitera la constipation comme la diarrhée, on supprimera de bonne heure toute cause, comme un polype, pouvant amener le prolapsus; on conseillera la défécation dans la station

débout ou mieux dans la position couchée : à peine sortie la tumeur sera immédiatement réduite. Si la contracture du sphincter rendait la réduction difficile on administrerait le chloroforme.

Le traitement médical sera ensuite indiqué; chez l'enfant surtout il donne de bons résultats : applications astringentes d'alun, de ratahnia, de cachou, de vin chaud; injections hypodermiques de strychnine ou d'ergotine. — Chez l'adulte, la réduction opérée, on aura recours ou à l'introduction d'un morceau de glace en forme d'œuf (Chassaing), ou simplement à une douche ascendante froide.

Dans le traitement chirurgical on se propose des objets différents : en cas de simple prolapsus de la muqueuse, empêcher le glissement trop facile de cette dernière sur les autres membranes de l'intestin : la cautérisation ignée peut suffire dans ce cas. Toute la portion prolabée devra être sillonnée suivant l'axe du rectum par quatre ou six raies de feu qui pénétreront jusqu'au plan sous-muqueux; puis on fera la réduction. Chez l'enfant c'est un excellent moyen déjà indiqué par Blache. Le thermocautère sera toujours préférable aux caustiques chimiques, souvent employés jadis. On se propose ainsi de rétrécir le rectum; le même résultat peut être obtenu en retranchant au bistouri des lambeaux longitudinaux de la muqueuse et en suturant les bords des plaies ainsi produites (Curling, Lange). Cette méthode chirurgicale dépasse quelquefois le but; elle expose aux rétrécissements consécutifs.

La destruction de toute la partie prolabée par cautérisation, ligature ou excision, exposait, avant la période antiseptique et les perfectionnements modernes de l'arsenal chirurgical, à de nombreux dangers : hémorragie, infection purulente, péritonite lorsque l'invagination contient un prolongement péritonéal et plus tard rétrécissement consécutif à la cicatrisation survenue après une période plus ou moins longue de suppuration. Par crainte de l'hémorragie on employait le cautère actuel ou divers procédés de section lente par ligature. Le bistouri était à peu près complètement abandonné. De nos jours l'excision par l'instrument tranchant est remise en honneur. Mikulicz a attaché son nom à un procédé qui consiste à sectionner le cylindre externe d'abord dans la moitié antérieure du prolapsus. Si le péritoine est ouvert on en suture immédiatement les deux feuillettes par un surjet au catgut. On achève ensuite la section du cylindre interne qui est réuni à son tour à l'externe par la suture. La moitié

postérieure restante est traitée de la même façon. Segond et Nelaton fendent le prolapsus de façon à le diviser en deux valves antérieure et postérieure. Une pince longue est placée à la base de chacune d'elles; on sectionne tout ce qui est au-dessous de la pince et la suture est faite comme précédemment.

Quelques chirurgiens, abandonnant le traitement direct du prolapsus, se sont appliqués à obtenir le rétrécissement de l'orifice anal. Dupuytren excisait dans ce but trois ou quatre plis rayonnés de l'anus; Robert enlevait un V de tissu dont le sommet répondait au coccyx et l'ouverture au pourtour de l'anus; les deux lèvres étaient ensuite rapprochées et suturées. Cette restauration a donné à Schwartz et à Duret d'excellents résultats. Dans le cas de Schwartz, la rectopérinéorrhaphie fut combinée à la cautérisation ignée.

Il nous reste à parler d'un dernier groupe d'opérations nées d'hier et qui cherchent à obtenir la guérison du prolapsus par la fixation de l'intestin. Verneuil (1889), G. Marchant (1890) ont imaginé des procédés de *rectopexie*. Jeannel a pratiqué la *colopexie*.

G. Marchant met à nu la face postérieure du rectum en taillant un lambeau en forme de V dont les branches circonscrivent la partie postérieure de l'anus et dont le sommet aboutit à la pointe du coccyx. Deux séries de catguts sont placés dans la paroi postérieure, de chaque côté de la ligne médiane sans intéresser la muqueuse et dans le sens de l'axe du rectum; une fois serrés ils formeront des plis transversaux qui raccourciront l'intestin. Puis on traverse avec les mêmes fils et aussi haut que possible les parties fibreuses qui recouvrent la face antérieure du coccyx. La paroi postérieure du rectum va se trouver ainsi solidement fixée à l'os. Il ne reste plus qu'à suturer les parties molles.

L'opération de Jeannel consiste à aborder l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche, à réduire par traction le prolapsus et à fixer le côlon à la paroi abdominale.

On ne manque pas, on le voit, de procédés chirurgicaux, contre le prolapsus du rectum. Mais il faut convenir que, dans certains cas, aucune des méthodes que nous avons étudiées ne donnera de résultats bien satisfaisants. Quand on a affaire à des prolapsus considérables, avec périnée sans consistance, anus largement béant, mésorectum et mésocôlon distendus, comme cela arrive chez certains vieillards, et chez les femmes qui ont eu des grossesses multiples, il

n'y a d'indication pour aucun traitement actif. Il faudra s'en tenir à la contention au moyen d'un bandage spécial, analogue à celui que l'on met en usage dans la chute de l'utérus.

CHAPITRE VII

ULCÉRATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Nous nous bornerons à rappeler : 1° les ulcérations rectales qui se développent au-dessus des rétrécissements dits syphilitiques et de bon nombre d'autres rétrécissements; 2° les ulcérations qui se font à la surface des tumeurs; 3° les ulcérations cancéreuses. Dans toutes ces affections, en effet, l'ulcération n'est qu'un accessoire qui a été ou sera décrit avec la maladie principale.

Il n'en est pas de même des lésions ulcéreuses de la rectite, de la tuberculose et de la scrofule, des maladies vénériennes; ici l'ulcération est ou peut être l'élément principal de la maladie; nous devons décrire séparément :

1° Les ulcérations simples;

2° Les ulcérations tuberculeuses;

3° Les ulcérations vénériennes et syphilitiques.

Quelle que soit sa nature, l'ulcération occupe le rectum, ou l'anus, ou le rectum et l'anus tout à la fois; les ulcérations anales siègent soit au niveau de la marge, soit dans le canal même de l'anus; la présence des plis rayonnés leur donne une apparence plissée, une forme allongée, une disposition fissurique qui est un de leurs caractères les plus fréquemment observés; cette forme fissurique s'accompagne très souvent des phénomènes douloureux qui sont le propre de la fissure proprement dite de l'anus et sur lesquels nous avons longuement insisté. Cette situation dans les plis radiés de l'anus explique encore pourquoi l'ulcération est souvent entourée d'une sorte de bourrelet qu'on retrouve dans des formes très diverses. Comme toutes les ulcérations, celles du rectum et de l'anus sont uniques ou multiples.

Le phagédénisme, dans les ulcérations rectales diathésiques ou vénériennes, est plus rare qu'on ne pourrait le penser *a priori*,

étant donnés la difficulté des soins, le contact incessant de matières irritantes et l'état de malpropreté si difficile à combattre en pareil cas.

1° *Ulcérations simples et dysentériques.* — Le type de l'ulcération simple de l'anus est bien certainement l'ulcération douloureuse de la fissure anale. L'élément spasmodique qui en est le caractère principal manque souvent dans les ulcérations multiples de l'herpès et de l'éczéma de la région anale. Il s'agit là d'excoriations à bords nets, presque toujours allongées dans le sens des plis, appartenant au type gerçure; c'est ce que Galien et Celse appelaient déjà *rhagades*. Ces ulcérations sont fréquemment le siège d'inoculations secondaires vénériennes et syphilitiques chez la femme.

Au rectum, des ulcérations inflammatoires surviennent dans le cours d'une rectite, au contact d'un corps étranger. C'est l'*ulcère muqueux simple* de Forster. L'érosion des glandes en tube détermine aussi un *ulcère folliculaire* (Rokitansky, Forster), mais ce dernier appartient plutôt au gros intestin, ainsi que Legendre l'avait déjà indiqué; il succède aux diarrhées persistantes chez l'enfant. Les ulcérations rectales sont multiples, petites, à fond grisâtre, à bords rouges; elles siègent fréquemment entre les colonnes du rectum. Des petits corps étrangers peuvent s'y engager, et c'est un mode pathogénique de la formation des abcès et fistules de l'anus.

Les *ulcérations dysentériques* se rencontrent avec leurs caractères, leurs grandes dimensions au rectum, comme dans le reste du gros intestin; le rétrécissement cicatriciel du rectum peut en être la conséquence.

Reste une variété d'ulcération décrite partout d'après Curling et Allingham sous les noms de *chronic ulcer*, *painful ulcer*. Mais il faut bien convenir que les descriptions données séparent mal cette affection des rétrécissements dits syphilitiques. Le rôle pathogénique de la dysentérie dans la production de cet ulcère est aussi l'objet de divergences profondes. Il nous semble utile d'attendre des observations plus complètes. Nous ne faisons donc que mentionner les diverses théories émises à ce sujet; pour Cruveilhier, l'ulcère chronique du rectum se rapprocherait par sa nature de l'ulcère simple de l'estomac, et cette relation est appuyée d'un fait assez probant par E. Vidal, dans le *Dictionnaire encyclopédique*; pour d'autres, l'ulcère chronique pourrait être d'origine variqueuse (Malassez).

2° *Ulcérations tuberculeuses.* — L'ulcération tuberculeuse est assez régulière, parfois même arrondie. Quelquefois isolées, souvent multiples, ces pertes de substance siègent en partie au dehors, en partie dans le canal de l'anus; le fond est granuleux, fréquemment semé de points jaunes, aplati, non creusé de fissures: les bords sont pigmentés, violacés, décollés, souvent riches en granulations tuberculeuses; la base est souple, molle, peu indurée: c'est un caractère distinctif important; l'adénopathie tuberculeuse concomitante n'est pas rare. L'ulcère tuberculeux prend quelquefois des dimensions considérables, revêt la forme phagédénique et mérite ce nom qu'il a reçu d'ulcère lupoidé. Sous cette forme, il est très difficile à distinguer de l'ulcère syphilitique, mais il ne détermine pas de rétrécissement, ne s'accompagne pas d'hypertrophie sous-muqueuse et ne se modifie pas sous l'influence du traitement antisiphilitique. — Très voisin aussi du cancer épithélial, il s'en distingue par la netteté de la muqueuse qui l'entoure, l'absence d'engorgement ganglionnaire, d'induration, de généralisation à distance. Une douleur atroce signale cette ulcération, toujours rare.

La *tuberculose* s'accompagne souvent, comme on sait, d'abcès, de trajets fistuleux, des pertes de substance par gangrène cachectique. Il ne faut pas confondre ces accidents des tuberculeux avec les ulcérations réellement tuberculeuses de l'anus et du rectum. Celles-ci sont rares, et de plus rarement primitives; la thèse d'agrégation de Spillman (1878) en renferme 7 observations; depuis, un nouveau travail a paru sur ce sujet sans y ajouter de nouveaux renseignements (Th. Primet, 1880).

Quand le sujet porteur de l'ulcération n'est pas encore un tuberculeux avancé, l'extirpation peut être suivie de cicatrisation (cas de Duplay).

3° *Ulcérations vénériennes et syphilitiques.* — On observe souvent à l'anus, très rarement dans le rectum, le chancre simple, le chancre induré, les syphilides secondaires et tertiaires.

Chancre simple. — Le chancre simple de l'anus est plus fréquent que la blennorrhagie anale; il est plus fréquent aussi chez la femme, 14 pour 100 (Ricord), que chez l'homme, 3 pour 100. Son inoculation peut se faire artificiellement par grattage; elle se produit naturellement chez la femme par l'écoulement des liquides virulents provenant de la vulve et du vagin: de là sa multiplicité; ces chancres

multiples s'inoculent souvent sur des vésicules d'herpès et en affectent d'abord les caractères : *chancres herpétiformes de Gosselin*; parfois encore il s'agit d'une inoculation sodomique. — Le chancre siège presque toujours dans les plis de l'anus; il est allongé comme ces plis et deviendrait rarement phagédénique (Rollet, Gosselin, Duplay). — Même quand plusieurs chancres existent simultanément, il y en a toujours un plus volumineux, plus large : c'est le chancre inoculateur. Il siège plutôt en avant qu'en arrière, pour Rollet; Gosselin professe l'opinion contraire. — Le chancre simple n'est pas très douloureux au début; plus tard il peut s'accompagner de sphinctéralgie; il progresse, s'entoure d'un bourrelet condylomateux très important, mais non pathognomonique des ulcérations vénériennes. — La réparation est presque toujours très longue, six à dix semaines; enfin, dernier caractère, le chancre simple n'est pas toujours étranger à la formation des rétrécissements.

De grands soins de propreté, des pansements attentifs à l'iodeforme, constitueront les meilleurs agents du traitement.

Chancre syphilitique. — Le chancre syphilitique est aussi plus fréquent chez la femme que chez l'homme; la proportion est de 8 pour 100 dans le sexe féminin, 1 pour 100 dans le sexe masculin. Le chancre rectal est tout à fait une exception. Ricord en a relaté une seule observation incontestable dans un séjour de six ans à Lourcine. Fournier ne l'a pas observé une seule fois. — Le chancre induré occupe la marge de l'anus ou l'orifice anal, plutôt en avant qu'en arrière et latéralement (Rollet); il suppure peu ou pas; sa surface est comme plissée et repose sur une base condylomateuse comme dans le cas précédent.

Les plaques muqueuses sont plus communes à l'anus que dans toute autre région chez l'homme; elles viennent chez la femme comme fréquence après les plaques muqueuses de la vulve; elles se correspondent souvent d'un côté à l'autre, et sont souvent aussi mêlées à des masses condylomateuses.

Outre ces accidents vénériens, on a noté, mais rarement, des syphilides papuleuses de la région anale; Esmarch, Barendsprung, ont parlé de gommès du rectum; Verneuil en a rapporté une observation, mais, au dire de Fournier, elles sont très rares, seulement consécutives à l'extension de gommès périphériques. — On trouvera au chapitre suivant tous les renseignements sur le rôle de ces diverses

lésions dans la pathogénie du rétrécissement dit syphilitique du rectum.

CHAPITRE VIII

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

Sous la dénomination de *rétrécissement du rectum*, on doit ranger toutes les *diminutions permanentes de calibre du rectum* produites par une *altération organique d'une portion variable de la paroi de cet intestin*.

L'aplatissement du rectum par une tumeur d'un des organes du bassin n'est donc pas un rétrécissement vrai; il en sera question au diagnostic.

Quant au *cancer*, auquel on pourrait fort bien appliquer la définition que nous venons de donner plus haut, en raison de ses caractères spéciaux, il doit être étudié séparément.

Nous ne croyons pas devoir étudier non plus les *rétrécissements spasmodiques* admis par les Anglais, en raison même des réserves faites par Allingham, qui déclare n'avoir jamais rencontré un cas dans lequel il y eut uniquement du spasme.

Nous éliminons aussi les *rétrécissements d'origine congénitale*, qui ont été étudiés avec les vices de conformation de l'anus et du rectum.

Il nous reste ainsi à décrire :

- 1° *Des rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne;*
- 2° *Des rétrécissements d'origine cicatricielle ou inflammatoire;*
- 3° *Des rétrécissements musculaires.*

Les rétrécissements du rectum étaient confondus par les anciens dans la classe mal limitée des squirrhes; Morgagni les distingua un des premiers et indiqua leurs relations avec la syphilis.

Étiologie et pathogénie. — 1° *Rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne.* — Les plus fréquents de tous les rétrécissements du rectum, les rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne, ont été l'objet des discussions les plus vives, et, aujourd'hui encore, il est presque impossible de savoir au juste à quoi s'en tenir sur leur nature intime.