

Mais je ferai remarquer qu'on ne doit accepter qu'avec de grandes restrictions les statistiques précédentes, attendu que le diagnostic n'est pas toujours assez bien établi pour que l'on soit en droit d'affirmer qu'il s'agit d'une inclusion ou d'une autre tumeur.

Les lipomes et les appendices caudaux sont de toutes les tumeurs celles dont le pronostic est le plus favorable; ils ne paraissent exercer aucune influence fâcheuse sur la vie de l'enfant.

TRAITEMENT. — Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne? Doit-il intervenir, et, dans ce cas, à quelle opération doit-il avoir recours?

Pour quiconque veut se rappeler les différences considérables qui séparent ces tumeurs, au point de vue de leur nature, de leur siège, de leurs rapports, il est évident qu'on ne peut établir aucune règle générale relativement à leur traitement. Je pense cependant que toutes les fois que l'on aura acquis la certitude que la tumeur ne communique pas avec la cavité rachidienne ni avec un organe interne, et qu'elle ne s'étend pas assez loin du côté du bassin pour que l'on ait à craindre de ne pouvoir arriver jusqu'à ses limites supérieures, il y a tout avantage à en tenter l'ablation, si toutefois il n'existe pas de contre-indication particulière dépendant de l'état de santé de l'enfant.

D'ailleurs, les résultats obtenus parlent tout à fait en faveur de l'intervention chirurgicale: sur 12 extirpations de tumeurs fœtales, on compte 11 succès et 1 mort, et encore, dans ce dernier cas, il y avait complication d'un spina bifida.

De même pour les autres tumeurs congénitales (kystes, cystosarcomes, sarcomes, etc.), sur 20 extirpations, on ne compte que trois morts et 2 terminaisons douteuses. Voici, du reste, comment sont répartis ces différents cas: 4 tumeurs communiquant avec le canal spinal, 2 guérisons et 2 morts; 6 cas de lipomes ou de tumeurs caudales, 6 guérisons; 10 cas de tumeurs enkystées, 1 mort, 2 résultats douteux.

D'autres opérations ont été également tentées contre les tumeurs congénitales sacro-coccygiennes; telles sont la ponction, l'incision, la ligature: les résultats ont été déplorables. Ainsi, la ponction et l'incision simple ont été suivies de mort dans 9 cas de tumeurs coccygiennes ou sacrées traitées par cette méthode. Dans un autre cas de tumeur sacrée traitée par la ponction suivie de l'injection iodée, la guérison a été obtenue.

La ligature, employée 5 fois, a donné 3 morts et 2 guérisons.

L'extirpation de la tumeur étant reconnue la meilleure méthode à laquelle le chirurgien puisse recourir, je devrais peut-être donner la description du manuel opératoire. Mais celui-ci varie nécessairement suivant une foule de circonstances qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je me bornerai donc à quelques indications générales.

Une incision simple, longitudinale, ou une incision elliptique comprenant un lambeau de peau plus ou moins considérable, ayant mis la

tumeur à nu, on procède à sa dissection de bas en haut en se rapprochant peu à peu de son point d'implantation. Si l'on craint une hémorrhagie, par suite de la dilatation de l'artère sacrée moyenne qui pénètre souvent dans le pédicule, on lie celui-ci avant d'en faire la section, ou bien on le coupe avec l'écraseur.

Lorsque la tumeur s'enfoncé profondément dans la cavité du bassin, on doit redoubler de précautions à mesure que la dissection devient plus profonde afin d'éviter la lésion des organes pelviens. Le doigt introduit dans le rectum peut alors servir de guide sûr pour garantir l'intestin. Dans un cas rapporté par Holmes (1), le docteur Seuffleben disséquant une de ces tumeurs ouvrit le péritoine, de sorte qu'une portion d'intestin grêle sortit à l'extérieur. Malgré cet accident la guérison fut obtenue.

Mais nous pensons que si la tumeur remonte aussi profondément, il vaut mieux se borner à une extirpation incomplète, qui pourra faire encore courir à l'opéré quelques chances de guérison, plutôt que de l'exposer aux accidents graves qui pourraient résulter de l'ouverture de la cavité péritonéale.

CHAPITRE XX

MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Les maladies de l'anus et du rectum ont été, de tout temps, l'objet d'une étude attentive de la part des chirurgiens, mais depuis le commencement de ce siècle, et principalement depuis une trentaine d'années, la littérature médicale s'est enrichie de nombreux travaux sur ce sujet. Outre les diverses monographies que nous aurons à citer dans le cours de ce chapitre, nous indiquerons tout de suite les traités didactiques qui ont paru en France et surtout à l'étranger.

H. MAYO, *Observ. on injuries and Diseases of the rectum*, Londres, 1833. — J. SYME, *On the Diseases of the rectum*, London, 1837. — QUAIN, *Diseases of the rectum*, London, 1854. — CURLING, *Diseases of the rectum*, London, 1865. — H. SMITH, *The surgery of the rectum*, London, 1871. — W. ALLINGHAM, *Maladies du rectum*, trad. française, Paris, 1877. — DANIEL MOLLIÈRE, *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1877.

EXPLORATION DE L'ANUS ET DU RECTUM. — Quand il s'agit simplement de constater l'existence de lésions superficielles de la région anale, il suffit le plus souvent de faire placer le malade incliné en avant, les deux mains appuyées sur une chaise; écartant alors les fesses avec les deux mains, le chirurgien peut apprécier la forme de l'orifice anal et les diffé-

(1) *Loc. cit.*, p. 18.

rentes lésions siégeant à son pourtour; il peut même, en tirant avec douceur sur les bords de l'anüs, déplier les plis radiés, se rendre compte des lésions qu'ils recèlent et voir à une certaine profondeur au-dessus du sphincter.

Mais, quand l'anüs présente une grande tonicité ou que les lésions sont à une certaine hauteur au-dessus de l'orifice anal, il devient nécessaire d'avoir recours au toucher rectal, à l'application d'un spéculum ou à quelque autre des procédés d'exploration que nous allons successivement passer en revue.

Toucher rectal. — Un soin préliminaire, indispensable, avant de pratiquer l'exploration du rectum par le toucher, est de débarrasser l'intestin des matières fécales qu'il peut contenir au moyen d'un léger laxatif ou d'un lavement d'eau tiède.

Le malade sera placé dans le décubitus dorsal avec les membres inférieurs fléchis sur l'abdomen et la tête inclinée sur le thorax. Cette position a pour effet de diminuer la longueur du rectum et de permettre au chirurgien d'atteindre avec le doigt une portion plus étendue de cette partie du tube digestif. Il sera utile également de relever le bassin, en faisant reposer le siège du malade sur un coussin un peu dur, ou simplement en le priant de placer ses deux poings sous ses ischions. Cette position convient à la plupart des cas dans lesquels il est nécessaire de pratiquer le toucher rectal; cependant il est quelquefois plus commode d'examiner le malade couché sur un côté, de préférence sur le côté gauche, les cuisses fléchies et le siège dépassant un peu le bord du lit, ou, encore mieux, avec la cuisse inférieure étendue et la supérieure fortement fléchie sur le bassin. Cette dernière manière de disposer le malade a l'avantage de convenir pour tous les procédés d'exploration du rectum.

Quelle que soit celle de ces positions que le chirurgien ait choisie, il se placera de préférence du côté droit du lit, et, s'étant graissé le doigt indicateur avec de l'huile ou du cérat, il le portera dans le sillon interfessier, au niveau du coccyx, et, le ramenant d'arrière en avant jusqu'à l'anüs, il pénétrera dans l'orifice par une pression douce aidée d'un léger mouvement de rotation du doigt.

Le toucher rectal doit être pratiqué avec lenteur et sans brusquerie. Le sphincter n'oppose pas, en général, une grande résistance à se laisser franchir, et si, sous l'influence du contact du doigt, l'orifice anal se resserre spasmodiquement, il est facile de faire cesser ce spasme, en engageant le malade à pousser vigoureusement, comme s'il voulait aller à la selle. Le doigt pénètre alors avec la plus grande facilité. Chemin faisant on constate le degré de tonicité de l'anneau sphinctérien, la présence et la nature des tumeurs, des ulcérations ou des coarctations qui peuvent siéger à son niveau. Parvenue dans l'ampoule rectale, l'extrémité du doigt en explore les parois et constate les inégalités de la muqueuse, l'induration des orifices et des trajets fistuleux, la présence

de polypes, de corps étrangers, l'étendue et le siège des rétrécissements. Il faut faire pénétrer l'index aussi loin que possible, et dans ce but placer le médius dans le sillon interfessier. On peut en procédant ainsi explorer le rectum sur une hauteur de 8 centimètres au moins, et avec un peu d'effort, atteindre toute la portion de cet intestin qui répond à la courbure sacrée, surtout si l'on a le soin de se faire légèrement pousser le coude par un aide.

Le toucher rectal pratiqué avec méthode occupe la première place, comme moyen de diagnostic des affections du rectum, et donne même des renseignements plus certains que l'examen direct de la muqueuse rectale à l'aide du spéculum. Il peut, en outre, rendre de grands services, dans tous les cas où il est nécessaire d'explorer la prostate, le bas-fond de la vessie et les vésicules séminales chez l'homme, l'état de la cloison recto-vaginale et l'utérus chez la femme. Chez cette dernière, l'exploration rectale devra être précédée du toucher vaginal.

Nous devons dire quelques mots d'un autre moyen d'exploration du rectum, vivement préconisé par quelques chirurgiens allemands. Gustave Simon (de Heidelberg) (1), dans un mémoire publié il y a quelques années, établit que l'extrême dilatabilité de l'anüs ainsi que la capacité considérable du rectum autorisent, pendant l'anesthésie chloroformique, l'introduction graduelle dans le fondement de plusieurs doigts, puis de la main entière et même de l'avant-bras. Il aurait pu, paraît-il, en procédant avec douceur, explorer l'S iliaque et atteindre du doigt le rein gauche en arrière et l'ombilic en avant. Comme il est fréquent de voir, pendant cette manœuvre, se produire une déchirure du sphincter, Simon conseille de faciliter l'introduction de la main en pratiquant quelques petites incisions sur les parties latérales de l'anüs, ou mieux encore une incision plus ou moins profonde du sphincter dans la direction du coccyx. L'incontinence des matières fécales qui en résulte ne durerait pas plus de dix à douze jours.

L'introduction de la main dans le rectum, telle qu'elle a, du reste, déjà été pratiquée depuis longtemps par quelques accoucheurs, pour réduire certaines rétroversions utérines, est appelée à faciliter peut-être certaines manœuvres opératoires et à rendre des services dans le diagnostic des affections portant sur un point élevé du rectum et que le doigt seul ne saurait atteindre. L'avenir décidera cette question; mais nous ne saurions jamais nous résoudre à imiter la hardiesse de Nussbaum (de Munich), qui aurait pu, dit-on, après avoir introduit la main dans le rectum, atteindre avec les doigts l'appendice xiphoïde. Il a été constaté sur le cadavre qu'au-dessus de l'insertion du méso-rectum, l'intestin se déchire lorsque la dilatation dépasse quinze centimètres en circonférence, et aujourd'hui de nombreuses autopsies sont venues

(1) *Arch. für klinische Chirurgie*, vol. XV, liv. I, p. 99, et *Bulletin de thérapeutique*, 15 avril 1873, t. LXXXIV, p. 328.

montrer les lésions produites sur le vivant par ce genre d'exploration.

Nous ne parlerons que pour le mentionner du *cathétérisme du rectum* au moyen de sondes ou de bougies. Ces divers instruments, analogues à ceux dont on se sert pour l'urèthre, si ce n'est qu'ils sont d'un diamètre plus considérable, ne donnent au diagnostic que des renseignements peu précis, et ne peuvent guère servir qu'au traitement de certaines coarctations rectales par la dilatation lente. Les bougies en cire, destinées autrefois à prendre l'empreinte des points rétrécis, sont aujourd'hui abandonnées.

Examen direct de la muqueuse du rectum. — Cet examen peut se faire soit par le procédé que l'on désigne quelquefois sous le nom d'*éversion de la muqueuse rectale*, soit à l'aide du spéculum.

L'éversion se pratique de deux manières différentes : 1° *directement*, en introduisant dans l'ampoule rectale un pessaire à air qu'on dilate et retire brusquement : la muqueuse entraînée en même temps que le pessaire vient faire hernie à l'extérieur ; 2° *médiatement* chez la femme, d'après l'ingénieux procédé qui a été indiqué par H. R. Storer (1) et qui consiste à introduire un ou deux doigts dans le vagin et à déprimer fortement la cloison recto-vaginale, de manière à l'amener à l'extérieur en lui faisant traverser l'orifice anal. Suivant l'auteur, cette manœuvre permet d'examiner directement, non-seulement la paroi antérieure, mais toute la circonférence du rectum sur une certaine hauteur. Ce procédé encore peu connu peut sans doute, dans certaines circonstances, être appelé à rendre quelque service pour le diagnostic et permettre, par exemple, de mettre à découvert des ulcérations de la partie inférieure du rectum qui auraient passé inaperçues à un simple examen de la région anale ; mais, l'éversion vaginale est douloureuse et, suivant nous, ne permet d'explorer qu'une bien faible portion de la muqueuse rectale. Elle amène en outre fréquemment une légère perte sanguine ; aussi croyons-nous bien préférable d'examiner d'emblée la muqueuse à l'aide d'un spéculum.

Les instruments construits dans le but d'explorer l'état de la muqueuse rectale, et décrits sous le nom de *speculum ani*, sont très-nombreux. Si ce n'est qu'ils sont plus petits, ils sont identiques à ceux qui servent à l'exploration vaginale. Nous ne signalerons que ceux qui sont le plus généralement employés.

Pour les examens superficiels, un spéculum d'étain, conique et échancre sur ses bords, tel que le spéculum de Barthélemy (fig. 73) ou le petit spéculum bivalve d'Amussat (fig. 74), pourront être suffisants ; mais dès qu'il sera nécessaire d'explorer le rectum à une certaine profondeur, il faudra avoir recours à des instruments mieux appropriés à ce but.

Le spéculum de Sims (fig. 75), primitivement imaginé pour l'opéra-

(1) *The Lancet*, mai 1873.

tion de la fistule vésico-vaginale, répond à peu près à toutes les indications. Il est en cuivre argenté ou nikelisé, et se compose d'un manche portant à ses extrémités coudées, deux gouttières hémicylindriques, à courbure spéciale. Le manche, dans certains modèles, est susceptible de se désarticuler et de s'adapter à des gouttières de dimensions différentes.

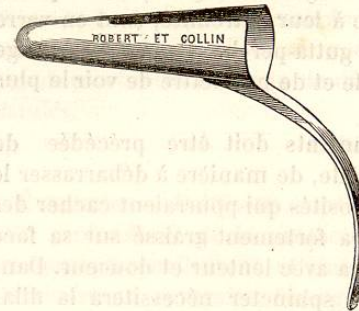


FIG. 73. — Spéculum de Barthélemy.

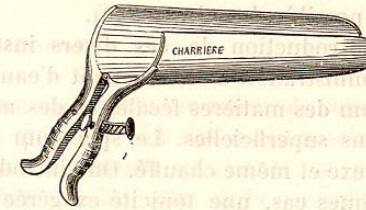


FIG. 74. — Spéculum d'Amussat.

Il est en effet utile de posséder une gouttière très-petite pouvant servir de gorgéret, une autre de grandeur moyenne pour les examens simples, et, enfin, une troisième très-large pour l'exécution des opérations. Le spéculum de Sims est introduit fortement graissé sur sa face convexe,

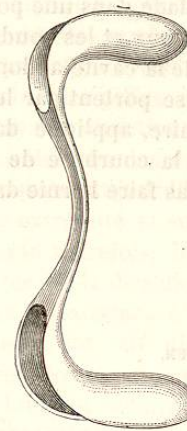


FIG. 75. — Spéculum de Sims.

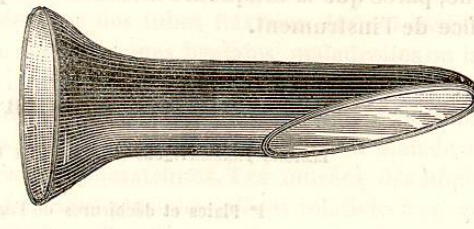


FIG. 76. — Spéculum de Fergusson.

et de telle façon, que la concavité d'une des gouttières regarde et éclaire la portion du rectum qu'on veut examiner. Une fois le spéculum introduit, on imprime à l'instrument une forte traction dans la direction du manche et on l'incline de façon que l'extrémité de la gouttière aille se placer dans la concavité du sacrum, si c'est la paroi antérieure du rectum

qu'on veut examiner, ou vers le bas-fond de la vessie si c'est la paroi postérieure. Cet instrument déplisse et éclaire fortement les parois de la muqueuse et rend les plus grands services dans le diagnostic des affections du rectum et surtout dans la pratique des opérations.

Enfin, on pourra se servir, dans quelques cas, de spéculums cylindriques, analogues à ceux qu'a imaginés Fergusson (fig. 76). Ces spéculums tubulaires, taillés en bec de flûte à leur extrémité, sont en verre étamé et recouverts d'une couche de gutta-percha. Ils ont l'avantage d'éclairer fortement la muqueuse rectale et de permettre de voir le plus loin possible dans le rectum.

L'introduction de ces divers instruments doit être précédée de l'administration d'un lavement d'eau tiède, de manière à débarrasser le rectum des matières fécales et des mucosités qui pourraient cacher des lésions superficielles. Le spéculum sera fortement graissé sur sa face convexe et même chauffé. On l'introduira avec lenteur et douceur. Dans quelques cas, une tonicité exagérée du sphincter nécessitera la dilatation forcée et préalable de l'anus. Le malade sera placé dans la même position que pour une exploration vaginale, ou couché sur un côté en travers du lit, la cuisse inférieure étendue, la supérieure fortement fléchie sur le bassin. L'anus ayant été préalablement entr'ouvert avec les doigts, on dirigera l'extrémité du spéculum d'abord en arrière, puis en haut, de manière à éviter le pincement de la muqueuse rectale entre l'extrémité de l'instrument et la concavité du sacrum.

Dans quelques cas, il y a avantage à placer le malade dans une position un peu différente et telle qu'il repose sur les genoux et les coudes. De cette façon, l'anus occupe le point le plus élevé de la cavité abdominale, et les viscères, au lieu de peser sur le bassin, se portent par leur poids du côté du diaphragme. Un spéculum tubulaire, appliqué dans ces conditions permet, suivant Allingham, de voir la courbure de l'S iliaque, parce que la muqueuse intestinale ne peut pas faire hernie dans l'orifice de l'instrument.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

1° Plaies et déchirures de l'anus.

Les plaies de l'anus, si l'on en excepte celles qui sont produites dans un but opératoire, sont assez rares.

Elles présentent, le plus souvent, les caractères des plaies contuses, et sont ordinairement la conséquence d'une chute sur un corps vulnérant. C'est ainsi qu'il n'est pas rare d'observer, surtout chez les enfants, des blessures plus ou moins profondes de la région anale, produites par les éclats d'un vase de nuit qui s'est brisé sous eux, pendant la déféca-

tion. On a aussi vu l'anneau sphinctérien se déchirer par suite de l'introduction d'un corps étranger dans le rectum, ou par le passage au moment de la défécation de corps acérés accidentellement avalés, ou simplement de matières fécales dures ou trop volumineuses.

Ces plaies guérissent généralement avec la plus grande facilité et présentent peu d'indications particulières. Il sera cependant convenable de prescrire le repos au malade, car la marche pourrait faire naître au sein des tissus infiltrés de sang, des suppurations diffuses plus ou moins étendues et être l'origine de décollements, de fusées purulentes ou de fistules.

2° Plaies du rectum.

ÉTIOLOGIE. — La partie supérieure du rectum, en raison de sa situation profonde et de la protection qu'elle reçoit des os du bassin, est très-exceptionnellement atteinte par les agents vulnérants; sa partie inférieure au contraire, émergeant pour ainsi dire de la concavité du sacrum, pour se réfléchir au devant du coccyx et se diriger en bas et en arrière, est beaucoup plus exposée. Cela est vrai surtout pour la paroi antérieure, non-seulement parce que les instruments vulnérants introduits directement par l'anus ou à travers les parties molles voisines, vont la léser presque fatalement, mais aussi, parce que ses rapports avec le vagin chez la femme, avec l'urèthre, la prostate et le bas-fond de la vessie chez l'homme, l'exposent à participer aux lésions traumatiques qui atteignent ces divers organes.

Produites quelquefois au moment de la défécation, par le passage de corps acérés avalés accidentellement ou volontairement dans un but de suicide, les plaies du rectum sont plus souvent la conséquence de la mauvaise direction donnée aux instruments et en particulier à l'extrémité des canules dans l'administration des lavements. Ces accidents, très-rares aujourd'hui que les canules des irrigateurs sont arrondies à leur extrémité et supportées par des tubes flexibles, étaient assez fréquents autrefois, lorsque des personnes brutales, maladroites ou ignorantes de la direction du rectum, étaient appelées à se servir des seringues métalliques à embout pointu. Nélaton, Chassaignac et d'autres auteurs ont cité plusieurs cas dans lesquels la mort du malade a été la conséquence de semblables traumatismes. Les musées des hôpitaux de Londres renferment également plusieurs pièces relatives à ce genre d'accidents et, en particulier, celle d'un malheureux qui mourut à la suite d'une injection portée par une canule jusque dans la cavité péritonéale.

On a également cité des cas dans lesquels le rectum a été intéressé par une sonde uréthrale rigide, dans le cours d'un cathétérisme mal fait.

Les plaies par instruments tranchants intéressant le rectum sont très-rares et l'on aurait bien peu l'occasion de les observer s'il n'arrivait pas quelquefois à des chirurgiens inexpérimentés de léser l'intestin dans le