

sera trop éloignée de l'orifice anal pour qu'on puisse l'atteindre, ou son calibre trop étroit pour qu'on se rende compte de sa hauteur verticale. S'il s'agit d'une femme, le toucher vaginal, uni au toucher rectal, peut rendre de grands services, en permettant de mesurer directement l'épaisseur des tissus indurés, et même d'en déterminer la hauteur.

Si, par son élévation, le rétrécissement échappait aux deux modes d'exploration vaginale et rectale, on pourrait, avec avantage, à l'exemple de Laugier (1), se servir d'une sonde d'un moyen calibre, munie à son extrémité d'un petit sac de baudruche qu'on introduit vide au-dessus du rétrécissement. On insuffle alors le petit instrument, puis on le ramène à soi jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le bord supérieur du rétrécissement dont la hauteur est ainsi facilement évaluée.

On pourrait aussi faire usage de bougies à boule, analogues à celle qu'on emploie pour le diagnostic des rétrécissements de l'urèthre.

On a encore proposé d'autres moyens. Les *injections*, par la difficulté qu'elles éprouvent à pénétrer, peuvent faire soupçonner un obstacle, mais n'en indiquent absolument pas la nature. Les *sondes* sont dangereuses, et quant aux *bougies de cire* destinées à se mouler sur le rétrécissement, elles ne peuvent donner des renseignements certains sur la forme d'une coarctation rectale, car l'empreinte qu'elles ont prise s'efface au moment où l'instrument franchit le sphincter de l'anus.

L'usage du *speculum ani* n'est pas d'une grande utilité pour le diagnostic des rétrécissements du rectum, car il ne permet guère de voir que les lésions situées au-dessous de la coarctation. Si l'on veut en faire l'application, on usera de grandes précautions et on fera coucher le malade sur le dos avec le siège élevé, et de manière à ce que le rectum s'étende et que les replis de sa muqueuse ne viennent pas tomber dans l'orifice de l'instrument.

L'*endoscope* de Desormeaux pourrait donner des renseignements utiles au diagnostic.

A l'aide des moyens que nous venons de passer en revue, pour peu que le rétrécissement soit accessible, il est rare que le diagnostic offre des difficultés sérieuses. Les hémorroïdes et les polypes se présentent avec des caractères trop particuliers pour donner lieu à une confusion. De même, l'hypertrophie de la prostate et les tumeurs du petit bassin se reconnaissent facilement par le toucher rectal.

Le cancer du rectum peut plus facilement donner lieu à une méprise. Mais, dans les cas de cancer, on trouve généralement, par le toucher, une tumeur de consistance inégale, très-dure en certains points, molle et fongueuse en d'autres, ulcérée par places, saillante tour à tour ou excavée; le doigt peut même, si l'on n'y prend garde, s'engager dans le tissu cancéreux, et faire une fausse route. En outre, le cancer saigne facilement et sécrète un ichor sanieux à odeur caractéristique.

(1) *Bull. chir.*, 1840, p. 203 et *Dict.* en 30 vol., 1843, t. XXVII, p. 206

Dans un cas de cancer non ulcéré, la confusion serait bien plus facile, car ce genre de dégénérescence présente la même dureté que les rétrécissements fibreux. Mais, ceux-ci se montrent généralement sous forme d'un cylindre fibreux, tandis que le cancer constitue beaucoup plus volontiers une tumeur proprement dite, donnant au toucher la sensation d'une production plus ramassée et plus globuleuse que le rétrécissement fibreux. En outre, au point de vue de la durée, les premiers symptômes du rétrécissement remontent, en général, à une époque beaucoup plus éloignée que ceux du cancer. Inutile de dire que, lorsque le rétrécissement est très-élevé au-dessus de l'anus, le diagnostic peut être très-difficile et souvent même impossible.

Quant à la nature du rétrécissement, en l'absence d'antécédents syphilitiques avérés ou de signes concomitants de syphilis, il est très-délicat de décider si l'on a affaire à un rétrécissement syphilitique ou à un rétrécissement fibreux simple. Gross indique, comme caractères propres du rétrécissement syphilitique, sa plus grande fréquence chez la femme, son siège immédiatement au-dessus du sphincter, et son calibre qui est tel qu'il admet difficilement la pulpe du doigt. Il serait, en outre, plus sensible au toucher que le rétrécissement fibreux simple, et donnerait lieu à un écoulement plus abondant de pus. Mais, aucun de ces signes n'est pathognomonique.

Le traitement spécifique, comme nous le verrons le plus souvent, ne peut pas non plus trancher la difficulté.

**PRONOSTIC.** — Les rétrécissements du rectum constituent une affection grave parce que, abandonnés à eux-mêmes, ils mènent fatalement les malades au tombeau, et que, traités, on peut rarement compter sur leur cure radicale; ils récidivent presque toujours. Toutes choses égales, d'ailleurs, on peut dire que les rétrécissements valvulaires sont moins graves que ceux qui ont envahi une certaine hauteur des parois du rectum. Un rétrécissement syphilitique pourra être jugé moins grave qu'une coarctation relevant d'une autre cause, s'il est assez récent pour être influencé par un traitement spécifique.

**TRAITEMENT.** — Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur les moyens médicaux à employer dans le traitement du rétrécissement du rectum. Ils ne peuvent servir qu'à combattre certains symptômes et à soulager momentanément les malades. On traitera la constipation par les lavements, les purgatifs doux, les douches ascendantes, les bains, le galvanisme; la diarrhée par les astringents, les opiacés, le bismuth.

Lorsqu'il existe des douleurs vives, on pourra administrer les opiacés par la bouche ou par le rectum. Les applications de sangsues autour de l'anus seront utiles pour combattre les complications inflammatoires; les injections détersives chlorurées, alcoolisées ou phéniquées, trouveront leur emploi dans les cas d'ulcération rectale étendue ou de suppuration abondante.

Pour combattre l'état cachectique dans lequel tombent presque fata-

lement les malades, on prescrira les amers, les ferrugineux, le quinquina, l'alcool, une bonne alimentation.

Enfin, doit-on administrer du mercure et de l'iodure de potassium aux malades atteints de rétrécissements du rectum ? Quoiqu'on ait pu dire sur l'inefficacité de ces médicaments pour la cure de cette affection, nous croyons qu'en raison de certaines observations, rares il est vrai, ou le traitement spécifique a sauvé le malade, on est autorisé à donner l'iodure de potassium dans toutes les néoplasies du rectum.

Nous devons maintenant passer en revue les différentes méthodes qui ont été proposées pour la cure des rétrécissements. Les principales d'entre elles sont les suivantes : 1° la dilatation graduelle ; 2° la dilatation brusque ou divulsion ; 3° la cautérisation ; 4° l'électrolyse ; 5° la rectotomie ; 6° l'extirpation et l'anus artificiel.

1° *Dilatation graduelle.* — Elle fut tout d'abord pratiquée et l'est encore quelquefois aujourd'hui à l'aide de mèches qu'on enduit de pommade belladonée et dont on augmente progressivement le volume. Lorsque le rétrécissement est très-étroit et qu'on ne peut le franchir, on doit, d'après le conseil de Dupuytren, se borner à engager l'extrémité de la mèche dans la partie inférieure du rétrécissement. Le contact de ce corps étranger suffit pour ramollir le tissu cicatriciel et permettre de franchir la partie rétrécie quelques jours plus tard. Actuellement, on a généralement substitué aux mèches, l'emploi des bougies et des sondes en gomme élastique ou en caoutchouc dont on augmente graduellement le diamètre, à mesure que la dilatation se fait. Les sondes en caoutchouc, bien que préférables à celles en gomme, en raison de leur plus grande souplesse, présentent l'inconvénient de s'altérer au contact des corps gras ; aussi, est-il mieux de les enduire d'un glycérolé plutôt que d'une pommade. Char-

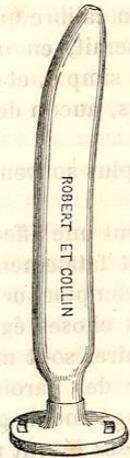


FIG. 100. — Bougie rectale.

rière a fabriqué des bougies en ivoire flexibles (fig. 100). Bushe emploie un instrument analogue aux bougies à boule qui servent à la dilatation des rétrécissements de l'œsophage. Le renflement olivaire qui termine l'instrument, peut être progressivement augmenté. Ces sondes sont surtout avantageuses dans les cas de rétrécissements élevés, parce qu'elles ne dilatent pas l'anus en même temps que le point coacté, et qu'elles sont, pour cette raison, plus facilement supportées par les malades.

Lorsqu'on veut avoir recours à la dilatation lente au moyen de ces divers instruments, il est quelques précautions à prendre. Le doigt introduit dans le rectum doit toujours servir de guide à l'instrument dilateur ; celui-ci doit être trempé dans l'eau chaude pour éviter les

spasmes du rectum, qui rendraient l'introduction très-difficile ; il doit être huilé avec soin. Il ne doit, en outre, jamais être poussé avec force, et il est inutile de l'engager trop loin au-dessus du rétrécissement, car une dilatation trop brusque ou trop énergique serait plus nuisible qu'utile et exposerait à faire des fausses routes. Il est nécessaire aussi d'avoir toujours bien présente à l'esprit la direction du rectum qui, oblique en haut et en avant dans sa dernière portion, se courbe ensuite pour se diriger en haut et en arrière. C'est suivant cette double obliquité que l'instrument doit être dirigé.

Quant à la fréquence du cathétérisme rectal et à la durée du temps pendant lequel on doit laisser les sondes dans le rectum, les auteurs sont loin d'être d'accord. Tandis que les uns conseillent de laisser en place le corps dilatant aussi longtemps que possible, par exemple durant toute la nuit et une partie de la journée ; d'autres, redoutant les accidents inflammatoires qui peuvent être le résultat de ce contact trop prolongé, veulent qu'on ne cathétérise le rectum qu'à des espaces éloignés et qu'on ne laisse en place le corps dilatant que pendant un temps peu considérable. Gross conseille de pratiquer le cathétérisme tous les deux jours et de ne laisser la sonde que cinq minutes. Suivant Allingham, il n'est pas utile d'introduire la bougie plus de trois fois par semaine, et cet auteur pense même que lorsque l'irritabilité du rétrécissement est grande, deux fois suffiront amplement. Nous croyons qu'il y a exagération des deux côtés et qu'on doit, dans ces circonstances, se laisser guider par l'irritation plus ou moins vive que le corps dilatant détermine et la manière dont le malade supporte la présence de ce corps étranger.

Dans les cas où le rétrécissement résiste à la dilatation, on peut chercher à obtenir celle-ci au moyen de corps susceptibles d'augmenter de volume par absorption de l'humidité. On a employé dans ce but, surtout en Amérique, l'éponge préparée ; mais on ne peut en recommander l'usage, car elle a l'inconvénient de se dilater d'une manière inégale suivant les points et d'exposer à des déchirures au moment où on la retire. Elle peut être avantageusement remplacée par les tiges de *laminara digitata* desséchées et polies avec soin. Dornier (1) l'a vue employer avec succès par le professeur Schützenberger. Ce moyen semble devoir rendre des services lorsque le calibre du rétrécissement est très-petit et qu'il est urgent d'obtenir une dilatation un peu rapide.

On s'est aussi servi d'une poche de caoutchouc qui, introduite vide à travers le rétrécissement, peut être insufflée et produire une dilatation lente et progressive. Un pessaire de Gariel pourrait remplir l'indication. Trélat et Delens parlent d'un petit appareil dont ils ignorent l'auteur, mais qui suivant eux, répond très bien au but désiré. Ils le décrivent de la manière suivante : Une poche de baudruche ou de

(1) *Des rétrécissements fibreux du rectum.* Thèse de Strasbourg, 1868, n° 141.

caoutchouc mince est solidement fixée à l'extrémité d'une sonde uréthrale en gomme d'un diamètre moyen. L'extrémité de la sonde doit pénétrer assez avant dans l'intérieur de la poche qu'elle sert à conduire jusque dans le rétrécissement. Par son autre extrémité libre la sonde est adaptée à un tube en caoutchouc d'une longueur de 1<sup>m</sup>,50 à 2 mètres, et ce dernier, par son extrémité libre plonge, faisant siphon, au fond d'un vase rempli d'eau. Une bouteille ordinaire suffit à cela. Lorsque le tube de caoutchouc, la sonde et la poche de baudruche sont remplis d'eau, on comprend qu'il suffit de faire varier la hauteur à laquelle on place le réservoir pour faire varier la pression intérieure qui s'exerce sur les parois de la poche. Pour appliquer ce petit appareil à la dilatation d'un rétrécissement du rectum, on introduit par l'anus la sonde coiffée de la poche dégonflée jusqu'à ce que l'extrémité terminale de cette dernière ait dépassée le rétrécissement; puis on élève le réservoir d'eau à une certaine hauteur. Il est à remarquer qu'il suffit d'une faible colonne d'eau pour produire un effet relativement considérable sur le rétrécissement. »

La dilatation lente et progressive doit être essayée dans tous les cas de rétrécissement, mais surtout dans ceux qui siègent sur un point élevé du rectum, car elle constitue alors la seule méthode de traitement possible. Elle sera employée avec avantage dans les cas légers et récents, dans lesquels l'induration des parois du rectum n'est pas très-prononcée. Mais il faut savoir que les rétrécissements étroits et très-résistants ne sont guère susceptibles d'être améliorés par cette méthode; que lorsque la muqueuse est enflammée ou ulcérée, la dilatation peut aggraver la maladie et infliger des douleurs insupportables au malade; qu'elle peut donner lieu à de la rectite, de la rétention d'urine, de la contracture spasmodique du sphincter et quelquefois à des accidents plus graves encore, tels que l'inflammation ulcéreuse de la muqueuse, des phlegmons péri-rectaux, des abcès, des fistules et la perforation de l'intestin.

La dilatation lente et progressive peut-elle amener la guérison des rétrécissements du rectum? Desault et après lui Costallat l'on affirmé. Il n'est pas douteux que, sous l'influence de ce mode de traitement, l'état du malade peut être amélioré et que certains sujets reprennent leur embonpoint et leurs fonctions rectales, mais il ne sont pas pour cela guéris, car, si quelques temps après on pratique le toucher rectal, on retrouve encore la lésion première et l'on est même quelquefois surpris de pouvoir à peine introduire le doigt dans le rétrécissement: la coarctation est en voie de reproduction. La dilatation graduelle ne guérit donc pas le rétrécissement du rectum; elle ne fait que soulager les malades. Si l'on a pu momentanément obtenir l'extension du tissu morbide, sa propriété rétractile subsiste toujours, et l'amélioration tend à disparaître avec la cessation des moyens dilatants.

2° *Dilatation forcée ou divulsion.* — La dilatation forcée consiste à intro-

duire dans le calibre du rétrécissement des sondes dures d'un volume considérable. Ce procédé fut préconisé par Ast. Cooper, qui guérit, dit-on, un rétrécissement du rectum en y introduisant une tenette à cystotomie. Un grand nombre d'instruments ont été proposés pour opérer la divulsion. Elle peut être faite avec l'ancien instrument à quatre branches d'Ancein, le dilateur de Weiss, celui de Charrière ou celui de Demarquay. Verneuil s'est servi d'un simple spéculum bivalve qu'il introduisit fermé et dont il écarta les branches. Nélaton a inventé un dilateur spécial qui, en raison de sa courbure, a l'avantage de pouvoir s'appliquer aux rétrécissements très-élevés. Les deux branches de l'instrument peuvent s'écarter au niveau du point malade sans que la partie qui répond au sphincter augmente de volume. Enfin, dans les cas de rétrécissements voisins de l'anus, on peut opérer la divulsion à l'aide des doigts introduits dans le rectum comme pour l'opération de la fissure à l'anus.

Le seul avantage de la dilatation forcée est de faire disparaître rapidement l'obstacle au cours des matières et de soulager les malades immédiatement. Mais qu'est cet avantage en face des inconvénients et des dangers que présente la méthode? Elle n'est du reste applicable qu'aux rétrécissements valvulaires et à ceux qui, voisins de l'anus, sont peu serrés; les coarctations très-étendues et très-denses résistent à son action. En outre, c'est une opération douloureuse, et la rupture des tissus, qui en est la conséquence, et à laquelle assez souvent participe la muqueuse, entraîne fréquemment la formation d'un nouveau tissu cicatriciel qui, en se rétractant, rétrécit de nouveau le rectum, de telle sorte que l'on est obligé de répéter l'opération ou bien d'avoir recours à l'introduction prolongée de mèches ou de bougies, pour maintenir l'écartement des parties.

Enfin, outre que cette méthode ne donne presque jamais de guérison radicale, elle expose à des dangers si considérables, qu'elle doit être absolument condamnée comme méthode générale de traitement. Son emploi est fréquemment suivi de phlegmons péri-rectaux, d'abcès, de fistules, de péritonite. Les cas de mort à la suite de la divulsion abondent dans les auteurs. Trélat, Verneuil, Ledentu en ont rapporté des exemples. Ces faits n'ont rien d'extraordinaire quand on sait qu'une malade de Lannelongue, atteinte de rétrécissement syphilitique, succomba à la suite d'une simple exploration du rectum avec le doigt.

3° *Cautérisation.* — Cette méthode est à peu près complètement abandonnée aujourd'hui. Employée pour la première fois par Ev. Home, elle a été successivement préconisée par Sanson, Amussat, Robert. Suivant Chassaignac, cette méthode est plus propre à produire la maladie ou à en exagérer l'intensité qu'à en amener la guérison. Cependant Nélaton et Richet pensent qu'elle peut être utile dans les cas où le rétré-

(1) *Nouveau mode de dilatation du rectum*, Paris, 1834.

cissement s'accompagne de fongosités ou de granulations de la muqueuse.

Les caustiques mis en usage sont : le nitrate d'argent, le fer rouge, le caustique de Vienne solidifié, la potasse caustique.

Très souvent la cautérisation est associée à la dilatation, de sorte qu'il est difficile de juger de sa valeur propre; mais il est certain qu'une cautérisation légère est sans action sur les indurations considérables dont sont formés certains rétrécissements et qu'une cautérisation énergique, appliquée dans les coarctations avec conservation de la muqueuse, détruit cette membrane et transforme une coarctation par induration chronique en un rétrécissement cicatriciel beaucoup plus grave encore. Appliquée sur un rétrécissement cicatriciel, elle ne détruit le tissu inodulaire que pour produire une autre cicatrice. Cette méthode doit donc être rejetée.

4° *Electrolyse*. — L'électrolyse a été employée, en 1873, par le professeur Lefort (1), qui lui a dû un succès chez une femme atteinte d'un rétrécissement du rectum. Lefort s'est servi d'un long cône plein en gutta-percha, au centre duquel cheminaient deux fils métalliques qui, vers son extrémité, faisaient saillie à l'extérieur. Ces fils étaient en communication avec quatre éléments au sulfate de cuivre; l'autre réopore communiquait avec une plaque placée sur l'abdomen. La malade introduisait l'appareil chaque soir et le gardait toute la nuit. Au bout d'une vingtaine d'applications, le doigt s'engageait librement dans le rectum.

Cette méthode peut être appelée à rendre des services, mais elle n'a pas été employée un nombre de fois suffisant pour qu'il soit possible d'apprécier sa réelle valeur dans le traitement des rétrécissements du rectum.

5° *Rectotomie*. — L'idée d'inciser les rétrécissements du rectum n'est pas moderne. Dès le commencement de ce siècle, les chirurgiens anglais ont pratiqué la rectotomie. Wiseman, Copeland, Hawkins (2), Stafford, parlent de cette opération.

En France, Desault, Boyer, Amussat, A. Bérard, Maslicurat-Lagemard, Velpeau, Malgaigne, ont pratiqué l'incision des rétrécissements, mais paraissent, comme les chirurgiens anglais, avoir réservé cette opération pour les rétrécissements valvulaires et dans le but de faciliter la dilatation.

La rectotomie se fait par trois procédés différents : *a.* la rectotomie interne, *b.* la rectotomie externe, *c.* la rectotomie linéaire.

*a. Rectotomie interne*. — Elle consiste à diviser le rétrécissement de dedans en dehors sans toucher au sphincter anal. Cette méthode ne s'adresse qu'aux rétrécissements valvulaires ou en forme de brides, et doit être suivie de la dilatation. Un grand nombre d'instruments ont été

(1) *Soc. de chir.*, 19 fév., 1873 et *Gaz. des hôpit.*, 8 mars 1873, p. 221.

(2) *On the treatment of the strictures of the rectum* (*The lancet*, 1838).

imaginés pour pratiquer cette opération : le lithotome caché, le bistouri herniaire de Cooper, le coupe-bridés de Desault, le rectotome emportepièce de Richet, le rectotome de Tillaux. Ce dernier consiste en un manche gradué, surmonté d'une olive que l'on introduit jusqu'au-dessus du rétrécissement et de laquelle on peut faire saillir deux petites lames qui sectionnent le rétrécissement en deux points opposés. Mais le simple bistouri boutonné vaut encore mieux que tous ces instruments compliqués. On le conduit sur l'index gauche préalablement introduit dans le rectum, de manière à agir avec sécurité et à se rendre compte de l'étendue et de la profondeur des incisions que l'on pratique. Cependant, quand le rétrécissement est élevé ou qu'il est trop étroit pour laisser passer l'index, on peut employer un des instruments que nous avons cités plus haut.

L'incision peut être unique ou multiple, superficielle ou profonde.

L'incision *profonde* est, on le comprend, des plus dangereuses, et ne peut être appliquée que dans les cas de rétrécissements très-voisins de l'anus. L'incision ne doit porter que sur la partie postérieure du rectum, sous peine de s'exposer à léser le vagin chez la femme, la vessie, les vésicules séminales, l'urèthre chez l'homme. On peut aussi intéresser le cul-de-sac péritonéal. Richet raconte avoir vu dans le service de Breschet, à l'Hôtel-Dieu, un malade mourir de péritonite en quelques heures à la suite de l'opération d'un rétrécissement annulaire qu'on incisa sur sa partie antérieure. Même pratiquée en arrière, une incision profonde peut être suivie de phlegmons diffus, ayant pour origine un épanchement stercoral dans le tissu cellulaire péri-rectal.

L'incision *superficielle*, c'est-à-dire n'intéressant que les tissus qui constituent le rétrécissement, est moins dangereuse et plus généralement pratiquée.

Les incisions *multiples* se font à l'aide d'un bistouri boutonné que l'on guide sur le doigt indicateur de la main gauche et que l'on introduit dans la lumière du rétrécissement. On incise les tissus indurés dans une petite étendue en avant, sur les parties latérales et en arrière. On pourrait aussi se servir de l'instrument de Rigaud, qui se compose d'une sorte de spéculum conique à quatre valves. Son extrémité, lorsqu'il est fermé, présente un volume assez peu considérable pour qu'il puisse être introduit à travers le rétrécissement, toutes les fois que celui-ci est assez large pour admettre l'index. Une fois l'instrument en place, on en écarte les branches, et, ayant retiré l'embout, on pratique quatre incisions dans les espaces intervalvaires.

La méthode des incisions multiples, de beaucoup la moins dangereuse, doit être, comme les autres, suivie de l'emploi de moyens dilatants, tels que mèches, bougies, canules, ayant pour objet de maintenir l'agrandissement du point rétréci et d'empêcher les lèvres de l'incision de se réunir par première intention.

En somme la rectotomie interne doit-elle être conservée comme mé-

thode générale de traitement des rétrécissements du rectum? Elle peut rendre des services dans les cas de rétrécissement valvulaire, mais elle est presque toujours inefficace et suivie de récurrence dans les cas d'indurations étendues. En effet, si l'incision est superficielle, les lèvres de la plaie n'ont aucune tendance à s'écarter, et si elle est profonde, outre les dangers auxquels on expose le malade, on sera obligé de maintenir l'écartement des lèvres de la plaie à l'aide de mèches ou de canules volumineuses, dont la présence est le plus souvent insupportable. D'ailleurs, en admettant que la plaie se cicatrise par seconde intention, il y aura production de tissu inodulaire et tendance nouvelle à la rétraction. Pour ces raisons, la rectotomie interne n'agit le plus souvent que comme palliatif et ne procure qu'une guérison plus ou moins passagère.

b. *Rectotomie externe.* — Elle diffère de la rectotomie interne en ce que l'incision, au lieu de porter uniquement sur le rétrécissement, divise en même temps le sphincter dans toute son épaisseur. Cette division du sphincter anal a pour but de prévenir les accidents qu'on observe à la suite de la rectotomie interne comme conséquence de la rétention des matières fécales au-dessus du sphincter contracturé et de leur infiltration dans le tissu cellulaire péri-rectal.

Cette méthode, qui paraît avoir été employée pour la première fois par Stafford (1), en 1838, fut exécutée par Nélaton en 1865, en présence de Panas (2), qui, depuis, l'a mise en pratique. Selon les préceptes de Panas, le malade doit être chloroformé et couché sur le dos, le bassin au bord du lit ou d'une table, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen. Le doigt indicateur gauche étant introduit jusqu'au rétrécissement, on s'en sert comme guide pour conduire à plat un bistouri boutonné qui, après avoir été tourné le tranchant en arrière, divisera toutes les parties molles y compris le sphincter sur la ligne médiane. Cette incision doit être d'autant plus profonde, qu'on s'approche davantage de la peau, et donner lieu à une plaie triangulaire dont la base est à l'extérieur et le sommet au rétrécissement. De cette façon, le rétrécissement étant rendu visible, il devient facile d'inciser les tissus indurés en arrière dans l'étendue exactement nécessaire pour y passer d'abord le doigt, puis une canule de deux centimètres de diamètre qu'on laisse en place jusqu'à cicatrisation de la plaie.

Suivant Panas, la rectotomie pratiquée dans ces conditions a l'avantage d'exposer beaucoup moins le malade à l'infiltration des matières septiques, puisque le sphincter anal divisé ne s'oppose plus à leur sortie; de permettre d'inciser le rétrécissement à ciel ouvert, par conséquent, de ne plus agir en aveugle; de rendre facile la répression des hémorrhagies; de transformer les rétrécissements les plus étroits

(1) *Section d'un rétrécissement du rectum à l'aide d'instruments nouveaux* (London, *Med. gaz.*, t. XIV, 26 juillet 1834.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 12 et 14 déc. 1872.

en coarctations peu serrées compatibles avec une défécation régulière.

J'ai pratiqué plusieurs fois avec avantage la rectotomie externe, en me servant du bistouri ou du thermo-cautère, et je crois devoir conseiller cette opération. Néanmoins on ne doit pas se dissimuler qu'elle ne peut pas s'appliquer aux rétrécissements élevés; qu'elle expose le malade à une incontinence des matières fécales, fréquente quoique parfois passagère, et qu'elle entraîne la nécessité de faire suivre l'opération de l'application de corps dilatants volumineux. Or, cette dilatation est très-souvent fort douloureuse, et doit être continuée longtemps encore après l'opération, sans quoi le rétrécissement se reproduirait par rétraction cicatricielle.

c. *Rectotomie linéaire.* — Cette méthode consiste à employer, pour faire la section du rétrécissement, l'écraseur linéaire de Chassaignac. L'idée en appartient à Verneuil, quoique Chassaignac en ait réclamé la priorité.

Le procédé opératoire varie un peu selon que le rétrécissement est ou n'est pas compliqué de fistules.

Lorsqu'il existe un trajet fistuleux s'ouvrant au-dessus du rétrécissement, on doit s'en servir pour y faire passer la chaîne de l'écraseur qu'on entraîne à l'aide d'un stylet ou d'une sonde introduite par le trajet et venant ressortir par l'anus. On sectionne alors verticalement la paroi rectale de haut en bas.

S'il y a plusieurs fistules, il faut choisir autant que possible le trajet le plus direct ou le plus rapproché de la ligne médiane postérieure. Si toutes les fistules aboutissent au-dessous du rétrécissement, il faut, soit avec une aiguille courbe, soit avec un trocart, prolonger un des trajets jusque au-dessus de la coarctation. Quand la limite supérieure du rétrécissement n'est pas accessible, on se borne à opérer les fistules, et l'on renvoie l'opération du rétrécissement à une époque où le dégorgement des parties permettra d'arriver au-dessus de la coarctation.

Lorsqu'il n'existe pas de fistule dans le voisinage de l'anus ou que les trajets offrent une disposition telle, qu'on ne peut pas les utiliser, le chirurgien se sert d'un trocart courbe et crée un trajet artificiel à la partie postérieure et sur la ligne médiane. Pour cela le malade étant chloroformé et couché sur un des côtés, on introduit dans le rectum l'indicateur gauche jusqu'au-dessus du rétrécissement; puis on plonge un trocart courbe à deux centimètres en avant de la pointe du coccyx et on le fait ressortir dans le rectum, au-dessus du rétrécissement, en un point où la pulpe de l'index de la main gauche sent la pointe de l'instrument. Cela fait, on remplace le trocart par une bougie qu'on fait ressortir par l'anus et qui sert à entraîner la chaîne de l'écraseur.

Une seule section du rétrécissement suffit généralement. On panse la plaie avec de la charpie sèche ou des compresses d'eau fraîche. On ne met ni mèche ni canule dans le rectum, parce que les lèvres de la plaie n'ont aucune tendance à se réunir par première intention. Cepen-

dant si la section de l'écraseur n'a pas compris toute l'épaisseur du rétrécissement, comme cela arrive lorsqu'on s'est servi d'un trajet passant à travers les tissus indurés et non en dehors d'eux, les corps dilatants seront utilement employés. A partir du deuxième ou du troisième jour, des injections d'eau chlorurée, alcoolisée ou phéniquée, seront faites pour nettoyer la plaie. Celle-ci prend alors un aspect vermeil et est cicatrisée complètement au bout de deux ou trois mois.

Cette opération est relativement facile, toutes les fois que la coarctation ne remonte pas à plus de cinq ou six centimètres au-dessus de l'anus.

La rectotomie linéaire a donné à Verneuil d'excellents résultats dans des cas qui pouvaient être considérés comme incurables. Il n'a vu survenir d'accident chez aucun de ses sept opérés; chez quatre d'entre eux, la guérison ne s'était pas encore démentie après deux, quatre, six et neuf ans, sans qu'on ait eu recours à la dilatation; un cinquième fut perdu de vue. On ne peut juger aisément de la guérison des deux derniers malades, car leur opération est de date encore trop récente.

On pourrait reprocher à ce mode opératoire de ne s'appliquer qu'aux rétrécissements peu élevés, mais ne peut-on pas adresser ce reproche à toutes les autres méthodes?

La question de la guérison radicale ne saurait être encore définitivement jugée, les faits sont trop peu nombreux et la méthode trop récente pour savoir si la lésion ne se reproduit pas.

Allingham a eu recours deux fois à la ligature élastique pour remplacer l'écraseur linéaire dans le traitement des rétrécissements du rectum. Sa tentative a été suivie de succès.

6° *Extirpation du rectum.* — Cette opération a été autrefois proposée par quelques chirurgiens comme ressource extrême dans les cas désespérés. Mais aujourd'hui qu'on a entre les mains deux procédés tels que la rectotomie externe et la rectotomie linéaire, on ne songera plus à y avoir recours, car c'est une opération excessivement grave, suivie souvent de l'incontinence des matières fécales et de la reproduction du rétrécissement lorsque les parties sont cicatrisées.

7° *Anus artificiel.* — Quand les rétrécissements sont très élevés et, par conséquent, non justiciables des méthodes de traitement que nous avons étudiées; que, d'autre part, il existe un obstacle infranchissable au cours des matières, la *colotomie lombaire*, malgré ses difficultés et ses dangers, doit être tentée, comme la seule chance de salut à offrir à des malheureux voués à une mort certaine. Cette opération a été pratiquée plusieurs fois en Angleterre avec un plein succès dans des cas de rétrécissement du rectum.

### ARTICLE III

#### VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM

Nous ne parlerons dans ce chapitre que des malformations *congénitales*, laissant de côté celles qui peuvent être la conséquence de mala-

dies ou d'accidents ayant atteint l'ouverture anale ou le rectum. Mais, avant d'entreprendre cette étude, il ne sera pas inutile d'indiquer sommairement le mode de développement du canal intestinal et des organes génito-urinaires. De cette manière, croyons-nous, on comprendra plus facilement comment la plupart de ces vices de conformation peuvent être considérés comme le vestige d'un état embryonnaire transitoire, ou, mieux encore, comme le résultat d'une irrégularité dans l'évolution de l'embryon.

On consultera avec fruit, pour le développement du rectum, les ouvrages suivants :

RATKE, *Abhandl. z. Bild. und Entw.* Leipsig, I th., p. 57, 1832-33. — VALENTIN, *Handb. d. Entw. d. Menschen*, etc., p. 417, Berlin, 1835. — COSTE, *Hist. gén. et part. du développement des corps organisés.* — ERDL, *Entw. des Liebesform d. Menschen*, Leipzig, 1846. — TIEDEMANN, *Anat. d. Kopf. Missgeb.*, p. 84. — CAMPANA, *Dict. encycl. des sciences médic.*, t. V, 1<sup>re</sup> série, p. 428, 1867. — TH. LIÉGEAIS, *Traité de physiologie.* Paris, 1869.

L'intestin commence à se dessiner dès que l'embryon se creuse en nacelle. Alors que les feuillet moyen et interne du blastoderme passent encore presque à plat au-dessous de lui, le canal intestinal se trouve situé au-devant du rachis et est représenté par une gouttière dont les bords et les extrémités, en s'incurvant en avant, finissent par s'unir et constituer un tube. A cette période l'intestin ainsi formé, encore droit et parallèle à l'axe de la colonne vertébrale, communique largement avec la vésicule ombilicale; mais peu à peu, par étranglement progressif, il se sépare de cette vésicule et devient libre. On peut alors lui considérer trois portions. La partie antérieure sert à constituer le pharynx, l'œsophage, l'estomac et le duodénum; la partie moyenne, par le fait du développement considérable qu'elle prend, ne tarde pas à former les nombreuses circonvolutions de l'intestin grêle, le cæcum et le côlon; quant à la partie postérieure ou anale, qui représente le rectum futur, elle conserve, au contraire, sa direction rectiligne et reste encore terminée en cul-de-sac. A cette époque, et à peu de distance de cette extrémité aveugle, se montre la vésicule allantoïde qui, plus tard, en se séparant du rectum, deviendra la vessie urinaire. C'est cette communication temporaire qui constitue ce que l'on a appelé le *cloaque interne*.

Quant à la cavité de l'anus, elle se développe aux dépens du feuillet externe du blastoderme.

A mesure que l'allantoïde et l'intestin progressent dans leur développement, on voit apparaître, au niveau de la région où doivent se développer les organes externes de la génération et l'anus, une éminence cutanée, ovale, incomplètement divisée en deux lèvres par une fente médiane longitudinale qui constitue le *cloaque externe*. L'époque d'apparition de cette dépression cutanée varie, suivant les auteurs, entre la quatrième et la sixième semaine de la vie fœtale. Le cloaque externe