

Les vastes ulcérations dysentériques produisent aussi des rétrécissements qui, toutefois, siègent rarement aussi près de l'orifice anal; le plus souvent, on observe en même temps des rétrécissements du côlon ayant succédé également à des ulcérations. Nous avons à mentionner ensuite le processus hémorrhagique, sur le compte duquel doivent être mises le plupart des altérations inflammatoires analogues aux strictures calleuses de l'urètre; enfin viennent, par ordre de fréquence, les rétrécissements succédant à des lésions traumatiques, et ceux qui se produisent à la suite de processus phlegmoneux, avec gangrène de l'intestin.

§ 181. — Le diagnostic d'un rétrécissement du rectum, lorsqu'il ne siège pas à une trop grande hauteur, n'offre, dans la plupart des cas, aucune difficulté. Les symptômes dont se plaint le plus souvent le malade, sont ceux de la **constipation**. On peut même voir survenir des symptômes d'obstruction complète, analogues à ceux de l'obstruction intestinale, sur lesquels nous avons déjà longuement insisté. On observe alors des vomissements simples ou des vomissements stercoraux, avec ballonnement du ventre, etc. Mais, assez souvent, une **diarrhée apparente** vient masquer les phénomènes de constipation. La partie dilatée au-dessus du rétrécissement devient le siège d'une inflammation catarrhale. Grâce au mucus abondant qui y est sécrété, des fragments de matières fécales se détachent, et le malade qui est tourmenté par des accès fréquents de ténésme, évacue un liquide muqueux mélangé de débris stercoraux. On peut, du reste, ordinairement s'assurer facilement que l'on a affaire à des symptômes de coprostase, en constatant l'existence de tumeurs fécales dans l'intestin.

La forme des excréments évacués ne permet de tirer que des conclusions très incertaines sur l'existence ou l'absence d'un rétrécissement. On admettait volontiers autrefois, que la forme rubanée des matières fécales était un signe de stricture de l'intestin. Il se peut que l'on ait parfois raison, mais il arrive tout aussi souvent qu'un rétrécissement de l'intestin ne s'accompagne pas d'un changement notable dans la forme des excréments, ou que ces derniers présentent la forme rubanée, sans qu'il existe de stricture. En effet, lorsque c'est une partie élevée de l'intestin qui est rétrécie, les matières fécales se moule plus bas, et le malade peut avoir des selles de forme et de volume normaux. D'autre part, grâce aux sphincters, les excréments peuvent prendre une forme rubanée, sans qu'il existe de rétrécissement. Sous ce rapport, la consistance des matières fécales a une grande importance; ainsi, les scybales très dures conservent parfaitement leur forme ronde, alors même qu'elles se sont formées au niveau d'une stricture siégeant sur une partie élevée de l'intestin.

Lorsqu'un malade présente les symptômes que nous venons de décrire, le devoir du médecin est de pratiquer l'exploration rectale. Du reste, on y est assez souvent amené par le malade lui-même qui affirme que, de temps en temps, du pus s'écoule par l'orifice anal, ou que la marge de l'anüs est le siège d'orifices fistuleux. Dans la plupart des

cas, le doigt introduit dans le rectum, constate l'existence d'un rétrécissement au-dessus du sphincter, à l'endroit signalé plus haut. Lorsque la stricture siège plus haut, sur un point inaccessible au toucher rectal, le diagnostic est beaucoup plus difficile. L'exploration par les bougies ne donne jamais que des résultats incertains, car elles se prennent facilement dans un repli de la muqueuse ou sont arrêtées par la saillie que forme le promontoire ou quelque tumeur anormale. Les tiges de baleine terminées par une boule d'ivoire, sont plus sûres. Parfois, on arrive le mieux au but au moyen d'une sonde urétrale ou œsophagienne que l'on introduit dans le rectum, tout en y faisant couler de l'eau à l'aide d'un irrigateur. Le liquide fraye ainsi un passage à la sonde, et lorsque celle-ci est tout à coup arrêtée, on peut en conclure qu'il existe probablement un rétrécissement. Les strictures très étroites qui s'accompagnent de phénomènes graves d'obstruction, entraînent, en général, un épuisement rapide du malade. Lorsque le cas se complique, en outre, de suppuration et de la formation de fistules, le malade tombe facilement dans un état d'hectisie, ou bien des processus septiques aigus entraînent une terminaison fatale. Les fistules sont aussi quelquefois le point de départ d'une péritonite par perforation.

§ 182. — Deux méthodes se disputent le **traitement** des rétrécissements du rectum, à savoir la **dilatation progressive** non sanglante et l'**incision**. L'une et l'autre ne sont applicables que lorsque le rétrécissement siège à peu de distance de l'anüs. Lorsque la fistule occupe un point inaccessible au doigt et aux bougies dilatatrices, ou que, tout en étant peu élevée, elle ne peut être soumise à un traitement local, les accidents de coprostase devront être combattus par l'établissement d'un anus artificiel au-dessus du point rétréci, et l'on aura recours dans ce but à la **colotomie**.

Autrefois, on attribuait une grande importance à l'introduction de dilateurs médicamenteux. La mèche de charpie enduite d'onguent jouissait d'une grande faveur, et de nos jours encore, la mèche imprégnée d'onguent belladonné, est souvent employée en France. Ces moyens n'agissent évidemment que par pression, et celle-ci peut être exercée plus efficacement au moyen de tiges cylindriques ou mandrins, semblables aux bougies urétrales, mais plus épaisses, et formées soit de la même substance que ces dernières, soit de corne, d'ivoire, ou de caoutchouc durci. La cire peut être également utilisée dans ce but, et elle a l'avantage de pouvoir s'adapter à la forme du rétrécissement. Une forme pratique de dilateurs, est celle qui consiste en une boule montée sur une tige mince et semblable aux dilateurs de l'œsophage. L'avantage de cet instrument, c'est qu'il ne maintient pas le sphincter dilaté, une fois la boule arrivée au siège du rétrécissement (BUSHE). — On devra avoir à sa disposition une série de bougies dilatatrices, afin de pouvoir passer graduellement des numéros plus forts.

On commence par introduire les plus fins numéros de la série; si le rétrécissement siège à la partie inférieure du rectum, on guide la bougie avec le doigt

jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans la partie rétrécie. Lorsque celle-ci est déjà suffisamment dilatée pour laisser passer un numéro plus fort, il n'est plus nécessaire de se servir du doigt comme conducteur. Si le rétrécissement occupe un point élevé, on devra procéder par tâtonnement, et chercher à introduire avec précaution le dilatateur. On y mettra d'autant moins de force que le numéro de la bougie est plus faible. Le dilatateur ne doit être laissé en place que peu de temps, soit de 5 à 10 minutes; les séances doivent être renouvelées tout au plus chaque jour, parfois seulement tous les deux ou trois jours, lorsqu'on constate des signes d'irritation. On n'obtient pas de meilleurs résultats par des séances plus fréquentes et en laissant plus longtemps la bougie à demeure, ainsi que le conseillent différents chirurgiens. Pendant le traitement, le malade doit être soumis à une diète légère, et l'on cherchera à obtenir des selles molles. Les strictures étendues peuvent être seulement améliorées d'une façon notable, et les bougies doivent être alors toujours introduites de temps en temps.

Pour nombre de strictures la dilatation progressive n'est pas le procédé le plus rationnel. Ainsi, dans les rétrécissements membraneux, c'est à la section de la membrane (voir plus haut) que l'on s'adressera de préférence. D'autre part, on comprend que la fréquence des récidives ait engagé, de temps en temps, les chirurgiens à conseiller et à pratiquer la section des autres formes de rétrécissements. Un procédé radical, et qui certainement n'est pas très dangereux, c'est celui de DIEFFENBACH, qui est applicable aux rétrécissements annulaires situés à un niveau peu élevé et consiste dans l'incision du sphincter suivie de l'excision de l'anneau de coarctation et de la suture du bord supérieur de la plaie annulaire de la muqueuse avec le bord inférieur. Les tentatives de section profonde du rétrécissement dans une direction verticale n'ont souvent donné que de mauvais résultats; la plaie de l'incision était assez fréquemment le point de départ d'un phlegmon auquel succombait le malade. C'est pourquoi, dans la suite, on s'est contenté de pratiquer des scarifications superficielles du rétrécissement, suivies de la dilatation. Dans ces derniers temps, il semble que l'incision ait donné de nouveau de meilleurs résultats, précisément dans les formes les plus graves de strictures. Nous pensons que le pronostic de cette opération s'améliorera beaucoup dans la suite, grâce à l'irrigation antiseptique souvent répétée ou employée même d'une façon permanente au début; nous y reviendrons, du reste, à propos de l'extirpation du rectum. Les jours précédant l'opération, l'intestin sera évacué aussi complètement que possible, à l'aide de purgatifs; avant l'incision on aura soin de soumettre la partie malade à un nettoyage minutieux, puis, une fois la section opérée, la plaie sera saupoudrée d'iodoforme; enfin on provoquera la constipation par une diète sévère et l'opium. Avec ces précautions on n'aura, sans doute, que rarement des accidents à déplorer.

VERNEUIL a conseillé l'incision verticale particulièrement dans les formes

de strictures compliquées de fistules, et il se sert de l'écraseur pour la section de cette dernière. PANAS a apporté à ce procédé une modification; il divise le sphincter et l'intestin jusqu'au siège du rétrécissement et crée ainsi une cavité en forme d'entonnoir à sommet correspondant à la stricture, puis cette dernière est incisée à son tour à une profondeur suffisante pour laisser passer un cylindre de 2 cent. de diamètre. Suivant cet auteur, c'est à la sphinctérotomie qu'il faut attribuer les résultats favorables de cette opération, la section du sphincter assurant, en effet, un libre écoulement aux matières de sécrétion et d'excrétion; d'autres opérateurs sont venus ensuite confirmer l'exactitude de cette proposition. Ce procédé mérite certainement d'être suivi dans les cas graves compliqués de fistules.

Enfin il nous reste à mentionner la méthode de dilatation forcée au moyen d'instruments construits dans ce but. Nous ne pouvons la conseiller, car la déchirure du rétrécissement fait courir au malade plus de dangers que la section avec le bistouri.

Lorsqu'on a affaire à des strictures élevées, non dilatables et s'accompagnant de phénomènes graves de coprostase, ou que le malade est déjà trop affaibli pour supporter un traitement de longue durée, il ne reste plus d'autre ressource que l'établissement d'un **anus artificiel**.

Dans le cours des dernières années cette opération a été appliquée surtout aux strictures graves de cause syphilitique ou blennorrhagique. De fait, le rétrécissement, dans ces cas, s'améliore presque toujours rapidement lorsque, grâce à la colotomie, les matières fécales n'arrivent plus en contact avec la partie rétrécie, et ne sont plus retenues au-dessus de cette dernière. D'autre part, l'extirpation des parties du rectum rétrécies et malades a été plusieurs fois couronnée de succès.

#### Hémorroïdes.

§ 183. — Les symptômes hémorroïdaires sont dus à la dilatation variqueuse des veines du rectum, et à la transformation en **angiomes** des varices ainsi formées (nœud ou tumeur hémorroïdaire). Une autre altération essentielle, c'est le gonflement de la muqueuse rectale, lequel, comme nous le verrons, peut jouer un rôle étiologique lorsqu'il est sous la dépendance d'une inflammation catarrhale de cette membrane; d'autre part, le gonflement de la muqueuse peut être la conséquence de la stase sanguine qui se produit lorsque les hémorroïdes sont déjà complètement développées.

Ce sont les veines hémorroïdales externes (ou inférieures) et moyennes qui jouent un rôle essentiel dans la pathogénie de cette affection. Les veines hémorroïdales internes (ou supérieures) ne commencent qu'à une hauteur d'au moins 10 cent. et ne jouent un rôle direct que dans des cas exceptionnels. Par conséquent la veine porte ne prend qu'une faible part au développement des tumeurs