

elle-même s'altère, s'épaissit, se sclérose et peut donner lieu à des rétrécissements du rectum.

En dehors des parois de celui-ci, on voit quelquefois des phlegmons, des abcès et des fistules venir compliquer l'inflammation trop intense du rectum.

Le **DIAGNOSTIC** de rectite n'est pas très difficile, la maladie est caractérisée par de la constipation avec douleurs très vives à la défécation, par une ascension notable de la température, le tout suivi d'un écoulement muqueux et accompagné d'épreintes et de ténésme.

Dans la *dysenterie*, la fréquence des selles, les hémorragies, l'expulsion de lambeaux de la membrane muqueuse, sont des symptômes trop caractéristiques pour qu'on puisse songer à les confondre avec la rectite simple.

TRAITEMENT. — Au début, cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre, bains, lavements; plus tard, injections avec une infusion au ratanhia, avec une solution de tanin, suppositoires iodoformés.

4. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'ANUS ET DU RECTUM

On peut les diviser en trois grandes catégories :

A. — La première comprend toutes les inflammations superficielles de la région anale et du rectum.

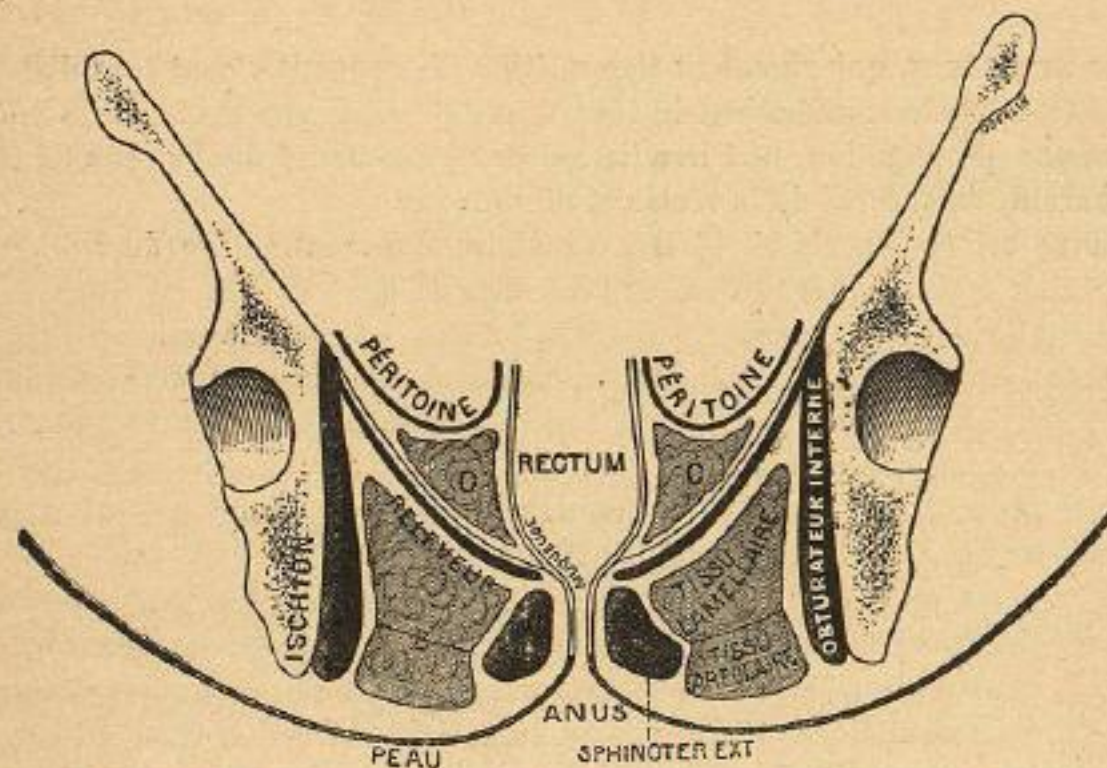


Fig. 636. — Conduit ano-rectal et son voisinage; coupe schématique.

B, tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale, siège de la deuxième catégorie de phlegmons. — C, tissu cellulaire sous-péritonéal, siège de la troisième catégorie de phlegmons.

B. — La deuxième, les phlegmons, qui ont pour siège la fosse ischio-rectale.

C. — La troisième, ceux qui se développent dans le tissu cellulaire, situé au-dessous du péritoine et au-dessus du muscle releveur de l'an.

Les conditions étiologiques, qui président à la naissance et à l'extension de toutes ces phlegmasies, sont fort variées; l'inflammation reconnaît presque toujours pour cause une irritation quelconque, tantôt c'est le grattage de la région anale, tantôt la malpropreté; les écoulements blennorragiques, qu'ils viennent du rectum ou de la cavité vaginale, ne tardent pas à déterminer eux aussi des excoriations; enfin le passage des matières fécales dures peut par le même procédé être le point de départ d'un abcès superficiel de la marge de l'an.

Si l'on est d'accord sur les différentes causes des abcès superficiels, il n'en est plus de même pour ceux de la fosse ischio-rectale inférieure et de la région pelvi-rectale supérieure.

Quelques auteurs parlent même pour ces régions d'abcès idiopathiques; cette désignation cache en somme notre ignorance des véritables causes.

Il est fort probable qu'un assez grand nombre de ces abcès est dû à une tuberculose locale, qui se développe d'une façon insidieuse sans que l'état général s'en ressente.

À côté de cette classe de phlegmons et d'abcès, il faut signaler ceux qui ont pour origine les ulcérations de l'extrémité inférieure du rectum, certaines rectites, le cancer, les rétrécissements du rectum, l'inflammation d'hémorroïdes internes (phlébite), et enfin les interventions chirurgicales telles que la dilatation du rectum, l'excision de condylômes, d'hémorroïdes ou d'autres tumeurs.

Toutes ces causes donnent généralement lieu à des abcès profonds, contrairement à celles que nous avons énumérées au début, qui engendrent plutôt des abcès superficiels.

A. — Inflammations superficielles.

Les inflammations superficielles comprennent les *abcès superficiels* dits *tubéreux* et les *abcès phlegmoneux* ou *phlegmons* proprement dits.

1° Les *abcès superficiels* présentent les SYMPTÔMES suivants :

Il s'agit généralement d'une tumeur du volume d'une noisette, arrondie à la base et saillante.

Elle présente une légère coloration rouge, et lorsqu'on essaie de se rendre compte de son siège, on s'aperçoit qu'il est tout à fait superficiel, se trouvant limité par une induration circonscrite.

Au bout de quelques jours la tumeur, après avoir donné lieu à des douleurs plus ou moins aiguës, se ramollit, devient fluctuante, la peau rougit, s'amincit et cède au pus très fétide, qui sort en plus ou moins grande quantité par un petit pertuis.

La tension cesse, la douleur disparaît, et il ne reste de l'abcès qu'une toute petite induration.

Le **DIAGNOSTIC** de ces abcès superficiels est des plus faciles; il suffit de rappeler les signes que nous venons d'énumérer pour éviter toute erreur.

Quant au **PROGNOSTIC**, on peut dire que c'est là une affection dépourvue de gravité et qui disparaît généralement très vite.

Il n'en est pas de même lorsque le petit abcès tubéreux se développe aux dépens d'un tissu tuberculeux; très souvent, dans ces cas, on voit s'établir et persister pendant assez longtemps une petite fistule, qui donne issue à un liquide séreux ou séro-purulent.

Le TRAITEMENT consiste dans l'application de cataplasmes de fécule de pomme de terre, arrosés de quelques gouttes de laudanum, et plus tard, lorsque la fluctuation sera bien établie, on pourra procéder à l'incision de l'abcès.

2° Les *abcès phlegmoneux* ou le *phlegmon* proprement dit de la marge de l'anus, sont la forme que l'on rencontre le plus souvent.

Le siège ordinaire de cette inflammation est le tissu cellulaire sous-cutané, mais au lieu d'être très limitée et circonscrite, elle a une certaine tendance à s'étendre en surface.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la malade ressent une certaine tension dans la région de l'anus; un peu plus tard le gonflement est assez considérable pour que la station assise et la défécation deviennent douloureuses.

La pression au niveau de la partie tuméfiée donne, à un moment donné la sensation de fluctuation, qui sera surtout très nette lorsqu'on voudra la rechercher à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, l'autre appuyant à l'extérieur.

L'évolution de ces collections purulentes est intimement liée à l'histoire des fistules que nous étudierons ultérieurement.

La perspective de fistules rend le pronostic de ces abcès assez sérieux.

Le TRAITEMENT consistera en une incision large et profonde que l'on pratiquera en conduisant le bistouri sur une sonde cannelée introduite dans la plaie et dirigée sur le rectum; l'abcès vidé sera lavé à l'eau phéniquée forte ou avec une solution de chlorure de zinc. Lorsque le phlegmon s'est ouvert, en partie du moins, dans le rectum, on pourra passer la sonde cannelée à travers l'orifice et la faire ressortir ensuite par l'anus; une fois cela accompli, on incisera tous les tissus, l'anus compris.

B. — Phlegmons et abcès de la fosse ischio-rectale.

Leur début est généralement assez obscur.

Mais bientôt une vaste collection fait apparition dans la région périnéale; elle s'étend de l'anus jusqu'à l'ischion et de la partie antérieure du périnée jusqu'au coccyx.

Les téguments restent cependant durs, ils s'épaississent sous l'influence du travail inflammatoire et forment comme une sorte de coque très résistante.

Le pus, refoulé vers les couches profondes, détruit le tissu cellulaire, les aponévroses et fuse du côté des grandes lèvres, du côté du rectum, et enfin vers les tubérosités ischiatiques.

Comme dans toutes les suppurations qui siègent autour de l'intestin, le pus est ici d'une fétidité extrême.

Trouvant un obstacle par trop considérable du côté du releveur périnéal et du côté de la peau épaissie, le pus passe vers le rectum et peut, après avoir détruit les couches externes, venir se collecter sous la muqueuse rectale.

Dans quelques cas, le contact prolongé du pus finit par user le muscle releveur et par occuper la fosse pelvi-rectale supérieure; c'est l'abcès en bissac.

L'inflammation peut gagner la fosse ischio-rectale voisine et donner lieu à la formation d'un abcès susceptible de communiquer avec celui du côté opposé.

Cette disposition est connue sous le nom d'abcès circulaire ou en fer à cheval, et permet de faire refluer le pus d'une poche dans l'autre en exerçant des pressions alternatives.

Dans certains cas on a vu ces collections purulentes s'ouvrir du côté de la peau.

Les malades atteintes de ces suppurations sont en proie à une fièvre très vive; le pouls est fréquent, la température parfois très élevée; il y a de l'agitation, du délire ou bien une sorte de collapsus, se terminant au bout de quelques jours par la mort.

Les *phlegmons gangréneux de la fosse ischio-rectale* sont assez fréquents, dus généralement à la pénétration de matières fécales ou de l'urine dans le tissu cellulaire qui, sous l'influence de ces éléments destructeurs, subit un sphacèle très étendu.

Rapidement on voit la peau prendre une teinte foncée; des plaques bleuâtres et de larges phlyctènes couvrent sa surface.

Peu à peu cette peau altérée cède et un pus d'une grande fétidité sort mélangé avec des bulles de gaz.

Dans certaines circonstances particulièrement graves, la paroi rectale est aussi frappée de gangrène; la prostration, le délire, la sécheresse de la langue et une diarrhée extrêmement profuse et fétide finissent par faire succomber la malade; on connaît cependant quelques cas de guérison.

Le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés, le toucher rectal rendra ici comme pour les autres variétés les plus grands services.

L'induration péri-rectale ne dépasse guère le releveur.

Le pronostic est très sérieux, étant donné que, dans les phlegmons de la fosse ischio-rectale, des complications graves peuvent amener la mort à bref délai.

Le traitement sera prompt et énergique. On ne reculera pas devant une profonde incision au thermo-cautère, suivie de lavages avec des solutions antiseptiques concentrées, et même de cautérisations au chlorure de zinc.

C. — Phlegmons et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Jusqu'ici nous nous sommes occupé des inflammations du tissu cellulaire situé au-dessous de la sangle musculaire, constituée par le muscle releveur périnéal, nous allons maintenant étudier les phlegmons dont le siège anat-

mique répond à cet espace rempli de tissu cellulo-graisseux et limité en haut par le péritoine pelvien, et en bas par la face supérieure du releveur, recouvert de son aponévrose (fig. 636 C).

Les rapports anatomiques de la vessie, de l'utérus et du rectum permettent de saisir la raison des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur, dont les uns sont sous la dépendance directe des affections des organes génitaux, et les autres doivent leur naissance à des ulcérations du rectum de l'anus ou à des inflammations des veines hémorroïdales.

La carie de la face antérieure du sacrum et, dans certains cas, l'arthrite sacro-iliaque, peuvent être le point de départ des suppurations pelviennes.

Les SYMPTÔMES permettant de reconnaître la pelvi-rectite supérieure sont malheureusement très peu nets.

Le début de l'affection est insidieux; les malades accusent une sorte de pesanteur dans le bassin, parfois une véritable douleur, que l'on a beaucoup de peine à localiser; elles se plaignent en outre de constipation, de difficulté d'aller à la garde-robe et de malaise général accompagné de fièvre.

La *marche* de l'affection diffère suivant les cas.

Le plus souvent le pus collecté use et dissocie les fibres du muscle releveur et se fraie un chemin vers la fosse ischio-rectale; il se forme là un abcès en bissac qui, à une période ultérieure, entre en communication avec l'air extérieur.

Le trajet fistuleux ainsi constitué mesure de 8 à 15 centimètres de long.

D'autres fois, la collection purulente se vide dans le rectum et alors il s'établit une diarrhée symptomatique, qui tranche d'une façon notable avec les caractères du phlegmon observés au début; les malades qui se plaignaient d'une constipation très opiniâtre, de selles très douloureuses, voient survenir de la diarrhée, les matières étant fortement délayées par le produit de l'inflammation du tissu cellulaire et suivies du rejet d'une notable quantité de pus.

Mais l'évacuation du foyer se fait mal, l'orifice de communication étant généralement très petit; aussi voit-on ces phlegmons trainer en longueur ou même devenir chroniques.

Dans certains cas le pus chemine sous l'aponévrose pelvienne et arrive dans le vagin ou la vessie.

Le diagnostic des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur est délicat; le seul moyen, qui soit en notre possession et qui nous permette sinon d'affirmer, du moins de soupçonner ce genre d'affection, est le toucher rectal.

Le TRAITEMENT consistera à ouvrir la collection purulente par le rectum, du côté correspondant au siège de l'empatement.

On fera cette incision aussi large que possible.

5. — HÉMORROÏDES

Par hémorroïdes on entend la dilatation variqueuse des veines de l'anus.

PATHOGÉNIE. — L'anatomie normale nous enseigne que les veines de la

dernière portion du tube digestif sont extrêmement nombreuses et d'un volume assez considérable.

On sait en outre que les veines hémorroïdales supérieures se rendent à la veine mésentérique inférieure qui, elle-même, est une branche de la veine porte; que les veines hémorroïdales inférieures appartiennent à la circulation veineuse générale par l'intermédiaire de la veine hypogastrique.

Les recherches de *Duret* ont établi que les veines hémorroïdales supérieures tirent leur origine de petites dilatations ampullaires, existant au voisinage de l'anus.

Le siège précis de ces varices primitives, originelles si l'on peut dire, est dans le tissu cellulaire sous-muqueux; de là on voit partir de petites branches transversales qui perforent les sphincters interne et externe; c'est au niveau de ce dernier que s'effectue l'anastomose entre les branches du système porte et celui de la veine cave inférieure.

De cette description il ressort déjà que la circulation ne doit pas se faire

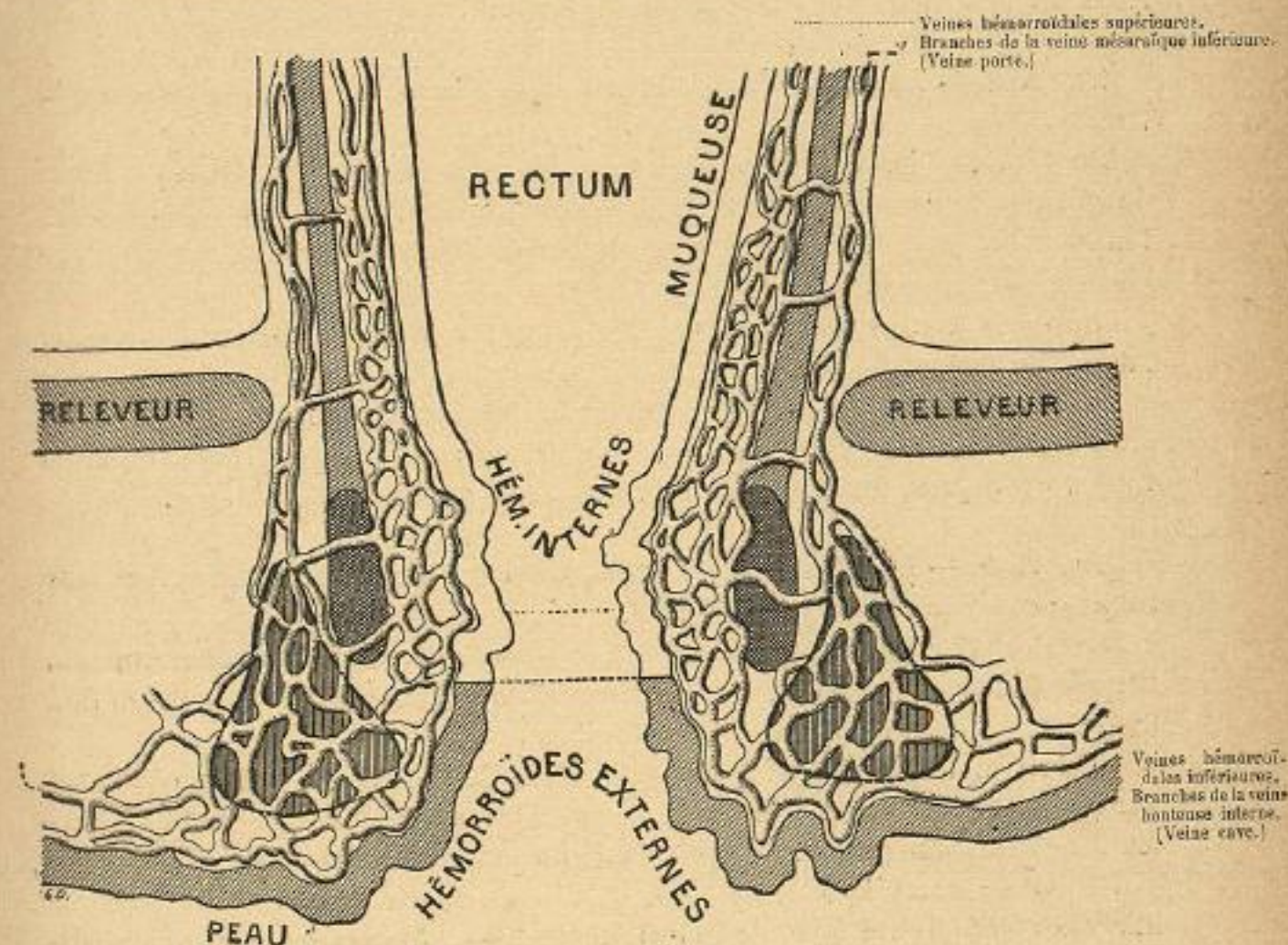


Fig. 637. — Veines variqueuses de l'anus et de la partie terminale du rectum.

avec facilité, le passage du sang s'établissant en grande partie à travers les fibres sphinctériennes.

Que l'on ajoute à cette disposition toute particulière les effets de la constipation, de la distension de la vessie, les contractions intermittentes des sphincters et du releveur de l'anus au moment de la défécation, et l'on com-

prendra que la stase sanguine doit tôt ou tard amener une dilatation des veines hémorroïdales et dans certains cas même leur rupture.

Ainsi s'expliquent d'une façon toute simple et l'origine de ces dilatations variqueuses, énormes parfois, et la pathogénie des hémorragies intermittentes à ce même niveau.

Les dilatations hémorroïdales sont ampullaires; ces dilatations peuvent se compliquer par suite de leur fusion entre elles, ou par le fait de l'apparition d'ampoules nouvelles, développées aux dépens des capillaires.

Il arrive que les vésicules s'oblitérent d'une façon presque complète au niveau même des boutonnières sphinctériennes; les ampoules se transforment alors en kystes hématiques.

Si le sang se coagule, l'hémorroïde devient dure; on pourra même parfois y trouver de véritables phlébolithes, qui, en irritant par leur présence le tissu conjonctif voisin, donneront lieu à la production de scléroses plus ou moins étendues et à la formation de petites tumeurs indurées, désignées par les anciens auteurs sous le nom de *marisques*.

ÉTILOGIE. — Affection très fréquente chez l'homme, encore plus chez la femme.

Les hémorroïdes se rencontrent de préférence chez les individus atteints de goutte, de rhumatisme, et elles s'accroissent d'une façon notable sous l'influence d'une alimentation trop azotée, de l'abus du vin et d'alcool, d'une vie trop sédentaire.

Parmi les causes adjuvantes il faut signaler la constipation habituelle, l'abus des purgatifs, les excès vénériens.

Comme susceptibles de déterminer la production d'hémorroïdes, nous citerons encore les cirrhoses, les lésions mitrales, l'emphysème, certains kystes ovariens, les tumeurs de l'utérus, des parois du bassin, etc.

SYMPTÔMES. — Les femmes, qui sont porteuses d'hémorroïdes, accusent leur souffrance de manières très diverses.

Tantôt c'est une sensation de gêne, de pesanteur, tantôt des élancements, des picotements et parfois une cuisson tellement intolérable que la station assise et la marche deviennent impossibles.

On voit alors les malades couchées dans leur lit, soit sur le côté, soit sur le ventre, craignant de faire le moindre mouvement et mettant tous leurs muscles dans un état de résolution à peu près complète.

Cet état se complique généralement de constipation qui est la source de maux de tête, de vertiges, de bourdonnements d'oreille; les malades pâlisent, perdent l'appétit.

Tous ces phénomènes vont en s'exagérant, puis on voit survenir une véritable période d'état, pendant laquelle les malades sont au comble de leurs souffrances; mais peu à peu la tension dans les ampoules hémorroïdales baisse, la douleur disparaît et la patiente recouvre un bien-être relatif.

Cette tension sanguine, qui était au maximum, baisse brusquement à la suite d'une rupture de varices hémorroïdales ou du passage d'un bol fécal,

dur, volumineux, qui a éraillé la muqueuse ano-rectale et a déterminé un écoulement sanguin plus ou moins abondant.

Si l'on examine la région anale d'une malade affectée d'hémorroïdes, on trouvera, suivant les cas, des dispositions différentes; tantôt l'hémorroïde est à peine perceptible sous forme d'une petite saillie ronde ou légèrement allongée, plus ou moins molle, lisse et vide de sang, c'est l'hémorroïde flasque; tantôt elle est tendue, résistante, douloureuse.

A certains endroits la muqueuse et la peau, qui recouvrent l'hémorroïde, s'épaississent, la petite tumeur devient dure, indolente et prend l'aspect d'un véritable condylôme.

A côté de ces hémorroïdes externes, on en trouve d'autres, dont les caractères ne peuvent être bien appréciés que par un examen avec une valve ou un spéculum, introduit dans la cavité du rectum; on verra alors de petites saillies granuleuses, molles, que le simple toucher suffit parfois à révéler.

Que la malade fasse un effort et l'on ne tardera pas à apercevoir ces hémorroïdes *internes* faire saillie à travers l'anus.

Il existe au niveau de l'anus une double couronne variqueuse, l'une formée par les hémorroïdes externes, l'autre par les hémorroïdes internes *proci-*

dentés.

Celles-ci rentrent dans le rectum avec plus ou moins de facilité.

Quelques-unes se laissent réduire sans la moindre douleur, d'autres déterminent des épreintes, du ténésme très pénibles.

Les hémorroïdes *internes proci-* ne peuvent remonter par suite d'une contraction spasmodique du sphincter anal, le bourrelet hémorroïdaire se trouve emprisonné, étranglé; il devient le siège d'une douleur brûlante intolérable, les malades ont la sensation d'un fer rouge au niveau de l'anus.

Lorsqu'on suit l'évolution locale de l'hémorroïde *proci-* étranglée, on s'aperçoit que tout d'abord dure, tendue, d'une couleur violacée, elle devient brune, ou même noirâtre; cette modification est due à l'interruption de la circulation veineuse; les plis du sphincter anal se contractent spasmodiquement et séparent ainsi l'hémorroïde *proci-* des dilatations veineuses voisines et comme tout organe auquel on a supprimé l'apport du sang, l'hémorroïde devient le siège de la formation d'une escarre.

Au bout de quelques jours celle-ci tombe et les symptômes fonctionnels s'amendent.

Dans certains cas cependant la chute de l'escarre se complique d'inflammation et de suppuration du voisinage et engendre l'érysipèle.

Le DIAGNOSTIC des hémorroïdes n'est pas difficile. Un examen attentif permettra de les différencier des *condylômes* et *polypes*, tumeurs dures et isolées.

Le *prolapsus du rectum* est caractérisé par un bourrelet continu et non par des saillies *iné-* gales.

Quant au *cancer* du rectum, la tumeur ulcérée, fongueuse, sécrétant un liquide ichorueux et s'accompagnant d'hémorragies abondantes, sera rarement confondue avec une hémorroïde ulcérée.

Il est toujours utile, avant de procéder au traitement, de rechercher quelle peut être la cause véritable de l'apparition des tumeurs hémorroïdaires; aussi sera-t-il très important de s'assurer qu'il n'y a ni affection du foie, ni tumeur de la cavité abdominale, et que c'est bien en présence d'hémorroïdes dites idiopathiques qu'on se trouve.

TRAITEMENT. — Certains renseignements sur les conditions hygiéniques dans lesquelles les malades ont vécu permettront en les écartant de faciliter la tâche du chirurgien.

On recommandera donc de s'abstenir de vins, de liqueurs, d'épices, de combattre par tous les moyens existants la constipation, tout en évitant l'emploi de drastiques.

Quant au moyen chirurgical de supprimer les hémorroïdes, le plus simple est de les exciser à l'aide du thermo-cautère; on placera à cet effet une ligature ou une pince hémostatique sur la base de la petite tumeur. On fera bien de se borner à des excisions partielles, car une opération trop complète aurait l'inconvénient d'amener des rétrécissements.

Lorsque les tumeurs hémorroïdales n'ont pas acquis un développement trop considérable, la simple dilatation de l'orifice anal peut suffire pour faire cesser les spasmes et les symptômes douloureux.

On fera cette dilatation sous le chloroforme à l'aide du spéculum ou par la simple introduction dans l'anus des deux pouces qu'on écartera de deux ou trois travers de doigts.

Au lieu de cette dilatation brusque du sphincter qui constitue une véritable opération, on se trouvera bien dans les cas relativement bénins de la dilatation faite avec les dilateurs métalliques à volume progressif en faisant une ou deux séances de dilatation par semaine, pendant quatre ou cinq semaines; on arrivera par ce moyen à procurer un très réel soulagement à la femme.

Ces séances peuvent se faire au cabinet de consultation du médecin, simultanément avec des pansements gynécologiques s'ils sont indiqués.

6. — VÉGÉTATIONS

Les végétations constituent une des complications les plus fréquentes de la blennorragie; elles affectent la forme de verrues, d'excroissances qui rappellent l'aspect de choux-fleurs.

L'étude de ces végétations, déjà faite à propos de la vulve (p. 181), me dispense d'entrer ici dans leur description détaillée.

PATHOGÉNIE. — Au niveau des plis et replis cutanés, là où les sécrétions peuvent séjourner, on voit que l'épithélium tombe au bout de quelques jours.

A cette exfoliation épithéliale succède la formation de petites saillies, qui bientôt prennent la forme de végétations coniques, découpées en festons.

Leur accroissement est très rapide, surtout si la malade néglige les soins de propreté.

SYMPTÔMES. — Les végétations, qui siègent au niveau de l'anus, peuvent causer des douleurs assez vives au moment de la défécation.

En outre, les sécrétions nauséabondes, auxquelles elles donnent lieu, déterminent souvent l'apparition d'un eczéma intertrigineux, qui par lui-même peut devenir le point de départ de souffrances très grandes.

Que la patiente s'expose à des fatigues, à des marches prolongées et l'on verra survenir des hémorragies et même du sphacèle.

Le diagnostic n'est en somme difficile qu'avec les papules humides syphilitiques, mais celles-ci se développent à côté d'autres manifestations de même nature; leurs caractères morphologiques, quoique ressemblant à ceux des condylômes, ne présentent jamais un développement aussi considérable.

Il faut dire cependant que, lorsque ces deux lésions se trouvent les unes à côté des autres, la différenciation peut devenir assez difficile.

Le traitement a déjà été examiné à propos des végétations vulvaires, dont les anales ne sont en quelque sorte que le complément.

7. — CONDYLOMES ET SYPHILIDES

La *syphilide* se modifie suivant le terrain.

Plus l'éruption se rapproche de la région ano-génitale, plus ces éléments prennent un aspect saillant, tuméfié, et plus ils sécrètent un liquide visqueux à odeur pénétrante.

A son origine la syphilide apparaît sous la forme d'une tache grosse comme une lentille, d'une couleur rouge sombre.

Par suite de frottements, de contact avec la sueur, la surface devient gristâtre, diphtéroïde; peu à peu on la voit se transformer en une ulcération, qui, réunie à d'autres analogues, affecte des dessins très variés.

D'autres fois, au lieu de subir la destruction moléculaire les cellules embryonnaires s'organisent et aboutissent à la formation de tissu conjonctif, qui se présente sous l'aspect d'une excroissance du volume d'un haricot et dont la surface prend une apparence lobulée.

Le siège des *condylômes* est assez étendu, on les trouve le plus souvent là où deux surfaces cutanées sont continuellement en contact; on comprend dès lors que le pli inter-fessier et que le pourtour de l'anus leur soient de véritables sièges de prédilection.

Les **SYMPTÔMES** auxquels les condylômes donnent lieu sont assez variables, et, si dans le plus grand nombre des cas ils n'amènent que des démangeaisons, on les voit causer assez souvent des douleurs assez vives, notamment pendant la défécation.

Le suintement constant, le séjour quelquefois prolongé des sécrétions au niveau des replis ne tardent pas à produire des phénomènes d'irritation, qui se traduisent par de l'intertrigo, de l'érythème et la formation de nouvelles papules humides.