

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 dilatateurs 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 grisâtre, 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.

La MARCHÉ de ces lésions dépend en grande partie des soins dont elles sont l'objet, et chez des femmes malpropres on voit les papules envahir de proche en proche pour former des ulcérations assez étendues.

Avec un traitement approprié la sécrétion devient vite moins abondante, les papules se sèchent, s'atrophient et à leur place on trouve finalement une petite tache cuivrée, ou une légère cicatrice s'il y a eu ulcération.

### 8. — POLYPES DU RECTUM

Tumeurs bénignes, qui sont caractérisées par leur aspect pédiculé et leur insertion sur la muqueuse rectale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les polypes du rectum sont en général peu nombreux à la fois; chez l'adulte surtout il est rare d'en rencontrer plus d'un.

D'un volume assez petit, ils atteignent quelquefois les dimensions d'une prune ou même d'un œuf de poule.

La grande richesse en vaisseaux explique d'ailleurs pourquoi ces tumeurs varient de volume d'un moment à l'autre.

De forme arrondie, elles sont soutenues par une partie beaucoup plus étroite connue sous le nom de pédicule.

La surface des polypes est tantôt unie, tantôt couverte de petites saillies.

Suivant leur structure propre, les polypes ont une consistance plus ou moins dure et une couleur plus ou moins rouge.

Généralement situés à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anus, il est rare de les voir insérés plus haut, on en a cependant rencontré à 5, 6 et même 15 centimètres.

Leur siège le plus commun est la paroi postérieure du rectum.

Le *pédicule* qui les rattache à cette paroi est cylindrique, quelquefois aplati; il est gros et court lorsqu'il s'agit de polypes fibreux; long et grêle dans le cas de polypes mous.

Sous l'influence du passage répété des matières fécales, le pédicule s'étire et devient de plus en plus long; quelquefois il est si grêle qu'il se rompt pendant un effort de défécation.

#### STRUCTURE.

A. *Polypes mous ou muqueux.* — Très vasculaires, à trame fibro-cellulaire lâche, ils ont été décrits par *Allingham* sous le nom de polypes mous folliculaires, par *Gross* sous celui de polypes adénoïdes.

Les recherches plus récentes de *Robin* et *Cornil* ont montré qu'ils sont dus à l'hypertrophie des glandes à culs-de-sac ou des follicules.

Recouvertes par une couche de cellules épithéliales, ces tumeurs sont formées de tissu cellulaire.

B. *Polypes durs ou fibreux.* — Plus durs, plus pâles que les polypes muqueux, ils sont constitués par un tissu dense criant sous le bistouri.

*Malassez* a décrit des polypes qui étaient formés en grande partie par des

fibres musculaires lisses, d'autres ont constaté la présence de fibres élastiques.

La *surface* de ces polypes est lisse; dans certains cas cependant, elle prend un aspect papillomateux et même vilieux.

Généralement pédiculés, ils s'insèrent sur la paroi antérieure du rectum.

SYMPTÔMES. — Les polypes peuvent rester pendant longtemps sans qu'on soupçonne leur présence.

Certaines malades ne s'en aperçoivent que lorsque la tumeur paraît à l'anus; d'autres ressentent, déjà bien avant, une série de phénomènes qui attirent leur attention.

Elles ont une certaine gêne au moment de la défécation, gêne qui peut aller jusqu'à atteindre le caractère de véritables douleurs et qui augmente encore par suite d'une sorte de contraction de tout l'anneau sphinctérien.

C'est alors qu'on voit paraître ces élancements, ces sensations de brûlure avec des irradiations multiples, si communes dans toutes les affections des organes du petit bassin.

À côté du phénomène douleur, on voit survenir des écoulements glaireux, muqueux, ou même sanguins, parfois couleur gelée de groseille, dus au mélange d'une certaine quantité de sang avec les glaires.

La santé générale reste ordinairement bonne; elle ne se modifie que lorsque les hémorragies sont trop fréquentes ou assez abondantes pour amener un état d'anémie accusé.

Dans ce dernier cas, les malades ont des vertiges, des tendances à la syncope.

Il n'est pas rare de voir les polypes du rectum se compliquer de fissures, de prolapsus et même de fistules.

La MARCHÉ de l'affection est lente.

Certains auteurs croient à une disparition spontanée possible.

Il se peut en effet que le pédicule se rompe pendant l'effort et que le polype soit expulsé.

Le DIAGNOSTIC est généralement facile, lorsque le polype dépasse l'anus; dans ce cas, l'inspection suffit pour établir la nature de la maladie.

Si la tumeur est cachée, il faut introduire le doigt dans le rectum pour l'explorer directement.

*Chassaignac* recommandait d'amener le polype au dehors et cela au moyen d'un petit ballon qu'il introduisait vide dans le rectum, puis qu'il insufflait; en essayant de retirer le ballon rempli d'air, on amenait en même temps le polype.

Le diagnostic différentiel ne sera pas alors difficile à faire, car on se rappellera que les *hémorroïdes* sont plutôt de petites ampoules plus ou moins turgides, qui sont généralement disposées en collerette autour de l'anus; que dans le *prolapsus du rectum*, on trouve, malgré la saillie considérable de la muqueuse, un orifice central qui admet facilement le doigt et il n'y a nul vestige de pédicule.

Quant aux *tumeurs malignes*, l'adénite inguinale et lombaire, la fétidité extrême des sécrétions, l'altération grave de l'état général constituent autant de signes qui permettront d'éviter l'erreur.

Le pronostic est bénin.

Le traitement est extrêmement varié.

Quelques opérateurs saisissent le polype, l'étirent un peu et le tordent ensuite.

Il est bon de ne pas exagérer ces mouvements de traction parce qu'on pourrait amener, si l'on tirait par trop brusquement, un prolapsus du rectum comme complication du polype.

Autrefois on employait tantôt la cautérisation, tantôt l'écrasement linéaire, méthodes qui sont peu à peu tombées en désuétude.

Aujourd'hui on pratique encore la ligature élastique et dans le cas où le pédicule est volumineux, on le traverse avec un fil double que l'on serre vigoureusement autour de chaque moitié de la tumeur.

La méthode la plus expéditive et la plus sûre consiste à jeter une pince-longuette sur le pédicule, à attirer la tumeur au dehors, et enfin à l'exciser en laissant la pince sur la base du polype.

#### 9. — PROLAPSUS DU RECTUM

La laxité du tissu cellulaire, qui unit la muqueuse du rectum à la tunique musculaire, permet de comprendre que cette muqueuse puisse glisser sur les tissus sous-jacents et venir faire hernie à travers l'orifice anal.

Il suffit, en effet d'un léger effort, comme celui qui accompagne la défécation, pour déterminer l'apparition momentanée à l'anus d'un bourrelet formé par la muqueuse du rectum.

Que cet état s'exagère et l'on pourra observer une issue d'une partie plus ou moins considérable de l'intestin.

Au lieu de la muqueuse seulement, toutes les tuniques sont parfois entraînées, et c'est alors une tumeur cylindrique de 3 à 9 centimètres de hauteur que l'on a sous les yeux (fig. 638).

Si la tumeur est petite, elle porte à son extrémité inférieure un petit orifice arrondi, et souvent, si la tumeur est volumineuse, elle se trouve échan-crée en fer à cheval par la traction du méso-rectum.

Dans cette descente, le cul-de-sac péritonéal est ordinairement entraîné; il peut même arriver qu'une portion de l'intestin grêle glisse dans cette espèce d'entonnoir.

Au lieu de l'intestin, on y a trouvé dans quelques cas l'ovaire.

Il est évident que, malgré la prédisposition naturelle des tissus à glisser et à s'invaginer ainsi, il faut des circonstances adjuvantes pour que le prolapsus puisse se produire.

Tels sont la diarrhée ou la dysenterie chronique, la présence d'un polype ou d'ampoules hémorroïdaires, les grossesses répétées, les tumeurs du sacrum, les efforts de toux dans le cas de bronchite chronique.

SYMPTÔMES. — Le prolapsus simple est formé au début par une légère éversion de la muqueuse, qui disparaît plus ou moins lorsque l'effort cesse; mais à une époque plus avancée, le bourrelet qui dépasse l'anus ne rentre plus et augmente dans le sens de la hauteur jusqu'à former un petit cylindre de 4 à 5 centimètres.

Sa surface est plissée, molle, luisante et rosée; au centre, on trouve un orifice froncé, par lequel on entre dans l'intestin; à la périphérie, ou plutôt au niveau de l'anus, la muqueuse rectale se continue avec la peau.

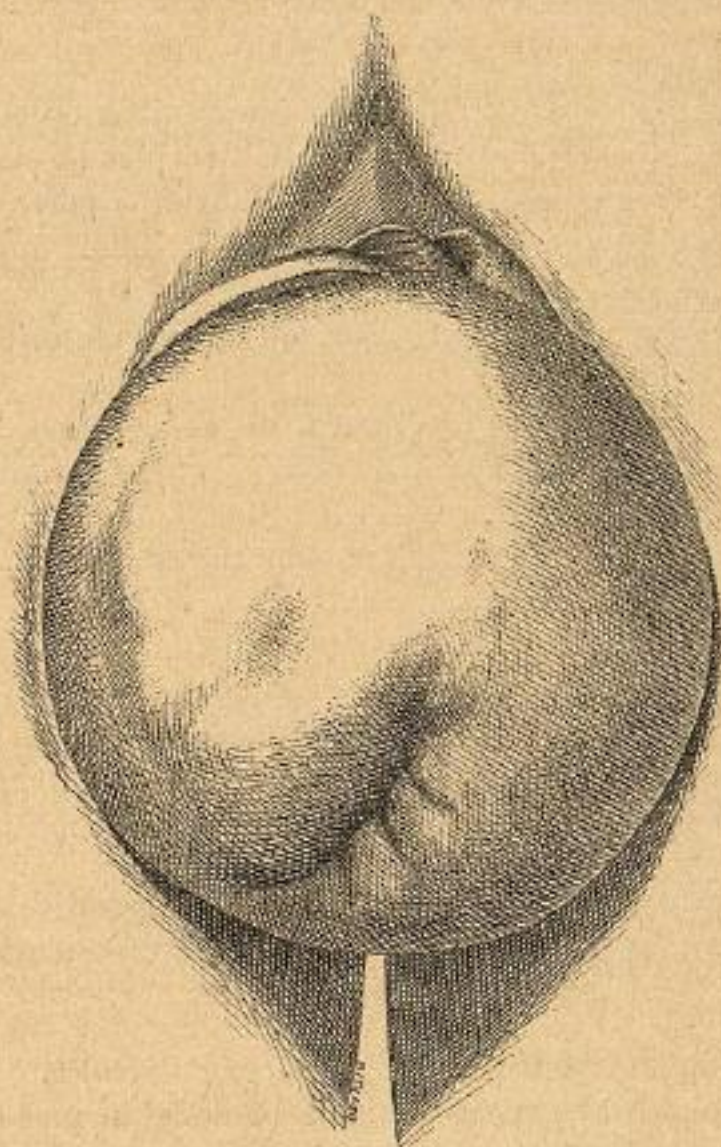


Fig. 638. — Prolapsus du rectum. (Le Dentu.)

Sous l'influence de la pression, on arrive à réduire assez facilement ce léger degré de prolapsus; néanmoins, déjà dès maintenant, les malades commencent à sentir une certaine gêne pendant la marche.

Peu après, on voit le cylindre s'allonger, les caractères de la muqueuse se modifient; au lieu de conserver sa couleur rosée, elle devient congestionnée, plus foncée, plus douloureuse au toucher.

Le mucus, qui recouvrait la surface externe dans la portion prolabée, est remplacé par du pus ou un enduit grisâtre. Cet enduit, en général, cache quelques ulcérations superficielles.

La muqueuse change d'aspect et prend les caractères de la peau, elle perd sa souplesse et sa sensibilité.

Les sillons, les plis transversaux, qui parcouraient la muqueuse éversée, finissent par être de moins en moins appréciables.

La tumeur peut atteindre le volume d'une orange; elle est difficile à réduire, étant donnés la sclérose et l'épaississement du tissu sous-muqueux, qui empêchent le glissement.

Dans le prolapsus qui atteint ce degré, les sphincters dilatés, distendus excentriquement, perdent leur tonicité et n'empêchent plus l'issue des matières fécales.

Le prolapsus *complet* peut acquérir des dimensions excessives.

La forme qu'il revêt une fois arrivé à ce stade est plus ou moins globuleuse.

Sa couleur est rosée ou rouge et la surface externe porte encore la trace des plis transversaux, qui indiquent les endroits où la muqueuse adhère plus fortement à la tunique musculaire.

Au point le plus déclive de la tumeur, on trouve un orifice qui conduit dans la cavité de l'intestin.

La base (partie supérieure) de la tumeur est entourée par l'anus.

Certains auteurs parlent d'un sillon profond qui séparerait l'orifice anal de la portion invaginée, mais ce sillon n'est pas constant et on ne le trouve que lorsque la partie inférieure du rectum est restée fixe, tandis que la portion supérieure s'est seule déplacée.

La portion d'intestin herniée se tuméfié, devient le siège d'une vive inflammation qui peut aller jusqu'au sphacèle; quelquefois il se produit des hémorragies répétées, qui mettent la vie des malades en danger; d'autres fois, c'est la péritonite qui est la complication à craindre; on peut enfin observer une série de symptômes qui rappellent l'étranglement intestinal.

La MARCHÉ du prolapsus est en général lente et progressive, et si l'affection est mal traitée ou négligée, la gêne devient excessive et rend non seulement la marche, mais même la position assise pénible.

Le DIAGNOSTIC du prolapsus ne présente aucune difficulté.

Les *hémorroïdes* sont formées de petites ampoules, plus ou moins indépendantes les unes des autres, et séparées par de petits sillons qui n'ont comme aspect rien d'analogue au rectum prolapsé.

Les *polypes* sont des tumeurs lisses plus ou moins dures et pédiculées à la surface interne du rectum.

Quant aux *épithéliomas*, leur confusion avec le prolapsus est impossible! Dans ce dernier il n'y a ni induration ni végétation en chou-fleur, ni ce écoulement ichorueux qui accompagne les productions malignes.

Le PRONOSTIC varie avec le degré même de l'affection.

Le TRAITEMENT est différent suivant les cas et les degrés de gravité de la lésion; on distinguera deux cas :

Où le prolapsus est réductible,  
Où il est étranglé, irréductible.

a. *Prolapsus réductible*. — On s'efforcera de faire disparaître tous les accidents intestinaux qui entretiennent le prolapsus.

Comme moyen curatif, on emploiera la cautérisation au thermo-cautère.

On pratique sur le bourrelet muqueux trois ou quatre raies de feu, ou quatre pointes de feu sur les limites de l'anus et de la peau.

On donne ensuite du bismuth et une préparation opiacée, pour déterminer une constipation que l'on fera cesser en administrant au huitième ou neuvième jour un léger purgatif.

b. *Prolapsus irréductible*. — On a préconisé un assez grand nombre de moyens, dont les uns étaient purement palliatifs, et qui sous forme de bandage devaient maintenir la tumeur, d'autres s'adressaient à l'anus, et avaient pour but d'exciter la contractilité du plancher pelvien et de tout l'appareil de suspension du rectum; à cet effet, on recommandait l'emploi de la noix vomique, de la strychnine et enfin d'ergotine en injections hypodermiques.

*Dupuytren* cherchait à déterminer un rétrécissement cicatriciel de l'anus et dans ce but enlevait avec des ciseaux courbes de deux jusqu'à six plis rayonnés à droite et à gauche de l'anus.

Plus tard on a essayé d'obtenir un rétrécissement anaplastique de l'orifice anal en faisant une véritable recto-périnéographie postérieure.

Tel est le procédé de *Duret*, qui enlève sur la paroi postérieure du rectum un lambeau muqueux triangulaire dont la base comprend une partie du sphincter. Tel encore le procédé de *Schwartz* qui pratique un avivement très large de la partie antérieure de l'anus et du rectum.

*Mickuliz* a tenté de raccourcir le rectum de la façon suivante :

L'intestin est vidé par un lavement; avant l'opération, on administre de l'opium pour empêcher les contractions de l'intestin.

La malade est placée dans la position vulvaire et le champ opératoire préparé suivant les règles de l'antisepsie.

On commence par fixer l'intestin en le traversant par deux anses de fil. Alors on sectionne à 1 ou 2 centimètres de l'anus, couche par couche, le cylindre externe dans sa moitié antérieure.

Lorsqu'on arrive jusqu'à la séreuse, on aperçoit quelquefois dans le cul-de-sac péritonéal une anse intestinale que l'on réduit; si le sphincter contracté s'oppose à cette réduction, on le fend; on réunit ensuite les feuilletts péritonéaux.

Cela fait, on sectionne couche par couche le cylindre interne en liant chaque vaisseau, et on réunit les deux cylindres par des sutures entrecoupées pénétrant profondément à travers toutes les tuniques.

On laisse les fils longs, de façon à pouvoir servir pendant l'opération à maintenir l'intestin.

Une fois la moitié antérieure du prolapsus achevée, on aborde la dissection et la suture de la moitié postérieure.

Alors tous les fils sont coupés courts, on saupoudre d'iodoforme le moignon et on le réduit, ce qui se fait généralement sans aucune difficulté.

*Verneuil* a imaginé un procédé, désigné sous le nom de *rectopexie*, qui a pour but de venir en aide aux faisceaux fixateurs et suspenseurs formés par le péritoine et le méso-rectum.

L'opération (*Rectopexie*) comprend trois temps :

1° De chaque côté de l'anüs on fait une incision oblique de haut en bas et en arrière, longue de 4 centimètres. Entre l'extrémité antérieure de ces incisions se trouve une portion de la circonférence anale, correspondant à l'étendue dont on veut rétrécir cet orifice. Les incisions commencent à l'endroit où la peau se confond avec la muqueuse; de leurs extrémités postérieures partent deux autres petites incisions qui convergent vers la pointe du coccyx et se rencontrent à ce niveau. Le lambeau ainsi circonscrit est disséqué d'arrière en avant; on enlève en même temps le quart postérieur du sphincter, tout en respectant la paroi rectale, qui se trouve ainsi mise à découvert au fond de la plaie.

2° Le deuxième temps consiste à placer les fils fixateurs avec une aiguille courbe, on passe quatre crins de Florence, qui cheminent transversalement dans la paroi postérieure du rectum et s'échelonnent du coccyx vers l'anüs; il est bien entendu que ces fils ne doivent pas intéresser la muqueuse. Si l'on saisit les fils dans les mains et qu'on les tire dans la direction du sacrum, on constate que la cavité du rectum est notablement rétrécie et que sa paroi postérieure est solidement immobilisée dans une grande étendue. Pour obtenir ce résultat d'une façon définitive, on traverse la peau au niveau de l'articulation sacro-coccygienne à 4 centimètres environ de la ligne médiane, l'aiguille chemine sous la peau et vient enfin se montrer dans la plaie ano-coccygienne; on introduit alors dans son chas un chef du fil, le plus élevé, qu'on amène au dehors en retirant l'aiguille, on fait de même pour l'autre chef. La même manœuvre est répétée pour les autres fils. Ceux-ci une fois bien tendus sont noués un à un.

3° Le troisième temps de la *rectopexie* consiste dans l'excision définitive du lambeau cutané, qui avait été disséqué et laissé adhérent par sa base.

On termine l'opération par quelques sutures supplémentaires au voisinage de l'anüs et un peu plus haut.

La *rectopexie* a de grands avantages, comme on le voit, mais elle ne peut agir que sur une portion restreinte du rectum en largeur comme en longueur.

Aussi faudrait-il pouvoir prendre le rectum un peu plus haut; c'est ce que *M. Jeannel* a essayé de réaliser par la *colopexie*.

On commence par faire une incision au niveau de la fosse iliaque gauche; on va ensuite à la recherche du côlon, et on l'attire au dehors en exerçant des tractions douces; le côlon est ensuite fixé à la partie inférieure de la plaie et ouvert ultérieurement.

L'anüs iliaque constitue, suivant l'auteur, un moyen curatif de première importance; car il supprime les efforts qui accompagnent la défécation, et

la rétention de matières, qui sont les causes fréquentes de récurrence du prolapsus.

La rectite, les ulcérations ont le temps de guérir, l'intestin étant mis à l'abri du contact avec les matières fécales; au besoin, si l'anüs paraissait trop dilaté, on serait à son aise pendant cette phase de repos pour pratiquer une opération plastique sur le périnée, analogue à celle décrite sous le nom de *rectopexie*.

La fixation du côlon amène déjà par elle-même la réduction du prolapsus et le retrait de l'anüs; associée à l'opération de l'anüs artificiel, que l'on pourra supprimer au bout de quelques mois, elle devient une opération très efficace.

#### 40. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

Il est d'usage de comprendre sous ce titre toutes les diminutions de calibre, qui sont produites par la transformation fibreuse d'une portion variable de la paroi rectale, tout en éliminant la description du rétrécissement déterminé par la dégénérescence cancéreuse.

LA PATHOGÉNIE et le mode de production de ces constriction fibreuses sont loin d'être bien établies.

Si la pathogénie est nette alors que la sténose se fait sous l'influence de la dysenterie chronique, de la présence de corps étrangers sur la muqueuse du rectum, d'une intervention chirurgicale, telle qu'une ablation d'hémorroïdes, d'un épithélioma ou de toute autre tumeur; il ne saurait en être de même d'une série d'autres cas où la syphilis étant en cause, le mode de formation du rétrécissement reste difficilement explicable.

Pour expliquer la formation du rétrécissement syphilitique, *Gosselin*, en 1854, invoque une véritable rectite plastique, ou tumeur liée à l'évolution d'un chancre anal.

Plus tard, *Desprès* émet l'opinion que c'est un chancre phagédénique, qui donne lieu à la formation du rétrécissement.

Enfin, *Fournier* parle d'un syphilôme ano-rectal, tout en constatant la difficulté que l'on a à surprendre les premiers stades du rétrécissement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quoi qu'il en soit, le rétrécissement syphilitique est annulaire ou plutôt cylindrique.

Son siège de prédilection est à 5 ou 6 centimètres de l'anüs, mais il peut se trouver bien plus bas et presque au niveau de l'orifice terminal du tube digestif.

Comme les ulcérations syphilitiques ont une étendue assez considérable, on comprend que la hauteur du rétrécissement, indiquée par certains auteurs comme pouvant atteindre 3, 6 et même 8 centimètres, n'a rien de bien surprenant.

Lorsque le rétrécissement est bien constitué, on peut lui décrire plusieurs parties.

C'est d'abord une dilatation parfois très considérable au-dessus du

rétrécissement; l'ampliation du rectum à cet endroit est pour ainsi dire la conséquence fatale de la diminution du calibre de l'intestin; les matières fécales s'amassent petit à petit au-dessus du point rétréci et distendent ses parois, mais en même temps leur présence ne tarde pas à provoquer des phénomènes d'irritation, qui aboutissent en fin de compte à une vaste *ulcération à contours festonnés*.

Quelquefois, les phénomènes inflammatoires ne s'arrêtent pas là et l'on voit survenir des abcès dans le tissu cellulaire péri-rectal, abcès qui amènent la formation de trajets fistuleux, mettant ainsi le rectum en communication avec la peau du périnée ou encore avec le vagin.

Au lieu d'une gangue conjonctive, solide, on a là un tissu formé d'éléments jeunes, très vasculaire et facile à dilacerer, ce qui est d'une importance capitale au point de vue pratique; il faut descendre au-dessous pour rencontrer ce tissu inextensible composé de fibres conjonctives organisées, qui forment la caractéristique de tout tissu cicatriciel.

Ce qu'il faut encore noter, c'est la participation du tissu musculaire de la paroi rectale au travail inflammatoire qui se fait dans l'épaisseur de la muqueuse.

Entre les fibres de la tunique musculaire, on trouve, en effet, une quantité assez considérable de cellules embryonnaires qui se partagent par foyers et aboutissent quelquefois à la formation de petits abcès.

**SYMPTÔMES.** — Ce n'est qu'à l'époque où la lésion est déjà bien constituée, que les malades accusent certains malaises, qui peuvent faire soupçonner l'état pathologique.

La période du début de l'affection est généralement ignorée; puis surviennent des épreintes accompagnées de matières glaireuses striées de sang.

Quand le rétrécissement est accentué, les symptômes caractéristiques de l'occlusion intestinale peuvent se montrer, — le faciès s'altère, devient grippé, la peau prend un aspect terreux, jaune, le ventre se ballonne, — on croit que les phénomènes ne tarderont pas à présenter une gravité extraordinaire, et on songe déjà à quelque intervention sérieuse, lorsqu'une forte débâcle vient mettre fin à ce tableau si tragique.

L'évacuation est accompagnée de l'expulsion de matières liquides d'une fétidité extrême; avec les matières fécales on voit sortir des lambeaux de muqueuse sphacélée, du pus et quelquefois même du sang.

A côté de cette forme, on en trouve toute une série d'autres, une véritable gamme dont les degrés se suivent d'une façon presque insensible.

Certains auteurs ont insisté sur la conformation du bol fécal qui serait caractéristique dans le rétrécissement du rectum.

On a dit qu'il était aplati, rubané, comme passé à la filière, mais ce fait n'est pas constant.

Ce que l'on constate le plus souvent, c'est la forme ovoïde; ce sont de petites boulettes que l'on a désignées sous le nom de matières ovillées.

La **MARCHE** est ordinairement lente; on ne devra jamais oublier que les complications peuvent changer l'évolution de la maladie et le pronostic.

Cependant la patiente est sous la menace de phlegmons, d'abcès et de fistules, d'une occlusion intestinale, d'une rupture de l'intestin et de péritonite.

Le **DIAGNOSTIC** du rétrécissement ne peut être fait qu'après une exploration directe du rectum.

Ne nous arrêtons pas aux signes qui différencient le rétrécissement des hémorroïdes ni des polypes. Ils n'ont rien de commun avec la lésion qui nous occupe.

La *contracture spasmodique* du sphincter est quelquefois capable d'induire, en erreur, mais, pour l'éviter, il suffira de recommencer l'examen plusieurs fois; il est en effet très rare que la contracture spasmodique se maintienne ainsi pendant longtemps sans présenter la moindre rémission. L'emploi du chloroforme pourra d'ailleurs être d'un grand aide, étant donné que sous son influence le spasme cesse rapidement.

Un diagnostic plus difficile est celui du rétrécissement, déterminé par la présence d'une *tumeur du petit bassin*, qui en pressant sur la paroi rectale, diminue son calibre. Un toucher attentif permet de reconnaître qu'il n'y a pas de sténose réelle de l'intestin.

C'est au moyen d'une exploration digitale minutieuse que l'on arrive à se rendre bien compte de la nature du rétrécissement, en même temps qu'on constate et le siège et la forme des tumeurs.

Que le doigt rencontre une masse fongueuse, inégale, bosselée, irrégulière, saignant au moindre contact, qu'il s'agisse de ces tumeurs sans limites bien nettes, que la marche soit assez rapide et l'on aura le droit de penser au cancer du rectum.

Mais si l'exploration permet de constater que la portion rétrécie est tout simplement dure, inextensible, fibreuse, que c'est bien la paroi du rectum qui a subi cette modification de structure, et qu'en outre, on trouve au-dessus du rétrécissement une portion dilatée, légèrement exulcérée, le diagnostic de rétrécissement cicatriciel sera des plus probables.

Le **PRONOSTIC** des rétrécissements cicatriciels est très grave. L'étude des symptômes et de la marche de ce genre d'affection faite plus haut nous dispense de revenir sur ses accidents, ses complications et éventualités.

Le **TRAITEMENT** dépendra du degré du rétrécissement.

Si les troubles sont peu marqués, on pourra se contenter au début de prescrire des laxatifs et des lavements. Si le rétrécissement est de nature syphilitique, le traitement général sera rigoureusement suivi.

Les moyens curatifs peuvent être rangés sous quatre titres: la dilatation, la cautérisation, l'incision et l'extirpation.

La *cautérisation* est abandonnée et l'*extirpation* sera réservée aux rétrécissements cancéreux.

La *dilatation* peut être lente et progressive ou brusque et forcée.

La dilatation lente constitue une méthode assez répandue, assez employée malgré son ancienneté relative.

Aujourd'hui on aime à se servir de bougies et de canules en gomme ou en caoutchouc de calibre de plus en plus fort; on les engage avec beaucoup de prudence dans le rectum, en ayant constamment dans l'esprit l'anatomie de la dernière partie de cet organe.

Combien de temps doit-on laisser la bougie en place pour que celle-ci produise un effet utile?

Certains chirurgiens conseillent de laisser la bougie en permanence pendant la nuit et pendant quelques heures dans la journée.

*Trélat* trouvait que le contact si prolongé de la bougie avec la muqueuse ne pouvait être que nuisible, aussi croyait-il suffisant d'introduire la bougie une ou deux fois par jour et de la laisser d'une à deux heures.

La forme des bougies a été aussi modifiée de façons très différentes; c'est ainsi que, pour atteindre les rétrécissements un peu élevés, on a fait construire des sondes longues, terminées par un bout olivaire, en même temps qu'on leur a donné des calibres différents.

Lorsqu'il y a des pertes de substance, des exulcérations, le cathétérisme rectal doit être rejeté, comme dangereux et peu applicable.

Les résultats définitifs d'ailleurs sont des plus médiocres, peut-être même sont-ils nuls.

S'il en est ainsi de la dilatation progressive, de combien les procédés qui poursuivent la dilatation brusque, forcée, ne doivent-ils pas être plus dangereux et problématiques comme effet. Les accidents graves et même mortels, tels que des phlegmons étendus du tissu cellulaire péri-rectal, des abcès, des fistules et même la péritonite, peuvent rapidement compromettre l'existence des malades.

Dans les cas où la dilatation ne peut suffire, on aura recours avec avantage à l'incision ou rectotomie. La rectotomie interne, c'est-à-dire n'atteignant que la sténose sans toucher au sphincter, est en général abandonnée parce qu'elle expose à l'infiltration des matières fécales.

On pratique plus volontiers la rectotomie externe dans laquelle on divise d'avant en arrière, à l'aide d'un bistouri, le rétrécissement et le sphincter anal; au lieu du bistouri on peut employer, d'après *Verneuil*, l'écraseur de *Chassagnac* dont la chaîne est passée dans le rectum et l'anus d'une part et d'autre part en arrière du rétrécissement et du sphincter.

Une simple mention en terminant pour l'extirpation, à laquelle on préfère à juste titre la rectotomie.

#### 44. — DU CANCER DU RECTUM

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le siège habituel du cancer est l'extrémité inférieure du rectum, surtout lorsqu'il s'agit d'un cancer primitif.

Il peut cependant siéger à la partie moyenne, de même qu'à la partie supé-

rieure, et d'autre part, lorsqu'on aura affaire à un cancer propagé d'une lésion utérine, c'est à environ 10 centimètres au-dessus de l'anus qu'on le trouvera.

La topographie locale du cancer du rectum est aussi sujette à de grandes variations.

Il peut occuper la paroi latérale, être annulaire ou enfin se présenter sous la forme de petits noyaux disséminés.

Souvent, la cloison recto-vaginale est envahie; lorsque la lésion est très avancée, on peut voir survenir une perforation de cette cloison et assister à la formation d'une fistule recto-vaginale; il va sans dire que le col de l'utérus n'échappe que très rarement à la marche envahissante du néoplasme; bien plus insolites sont les propagations du côté de la région périnéale et des organes génitaux externes.

Le cancer peut se présenter sous la forme d'une végétation, d'une tumeur, d'une ulcération ou d'un rétrécissement.

La végétation rappelle l'aspect de choux-fleurs; elle est de consistance molle, saigne au moindre contact; lorsqu'elles sont en assez grand nombre et qu'elles se trouvent réunies sur une étendue plus ou moins considérable, ces végétations forment de véritables tumeurs.

La forme ulcération se rencontre assez souvent, surtout dans le cas où le cancer occupe la région anale. Elle repose sur une base infiltrée, mal circonscrite. Il n'est pas rare de trouver sur ses confins des productions végétales analogues à celles qui viennent d'être mentionnées.

L'évolution progressive du cancer rectal aboutit fatalement au rétrécissement, qui peut aller jusqu'à obstruer presque complètement la lumière de l'anus. On comprend sans difficulté que le rétrécissement causé par le cancer doit donner lieu aux mêmes complications que celles signalées au cours de la description des rétrécissements cicatriciels; peut-être les phlegmons, les abcès et les fistules sont-ils plus fréquents dans le cancer que dans les rétrécissements cicatriciels purs.

Voyons maintenant quelle est l'expression histologique de toutes ces formes de cancers.

Aujourd'hui on distingue surtout deux formes d'épithéliomas.

L'épithélioma lobulé siège ordinairement au niveau de l'orifice anal et se présente sous l'aspect d'un bouton dur, indolent, qui augmente peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'un gros œuf de pigeon. Ce n'est qu'à une période très avancée qu'on voit ce bouton perdre son revêtement épithélial et s'ulcérer. Au microscope on le voit constitué par un amas de cellules pavimenteuses, au milieu desquelles on peut trouver des globes épidermiques caractéristiques de la lésion.

À côté de l'épithélioma lobulé on décrit un épithélioma à cellules cylindriques, caractérisé par une disposition glandulaire des cellules. Tôt ou tard la paroi propre des glandes est traversée par les éléments, qui finissent par envahir, en suivant les voies lymphatiques, la couche sous-muqueuse, la tunique musculaire, et enfin la séreuse.

Il ne faut cependant pas croire que ce soient là les seules tumeurs cancéreuses; on trouve également le *squirithe* et le *carcinome colloïde*.

Le *squirithe* apparaît sous l'aspect d'un tissu cicatriciel. Débutant par le tissu conjonctif sous-muqueux, on voit de longs tractus fibreux qui s'étendent peu à peu en surface, tout en englobant les grosses cellules caractéristiques du carcinome.

Le *carcinome colloïde* est assez fréquent. L'ulcération survient de très bonne heure, elle détermine des pertes de substance qui agrandissent d'abord le calibre du canal du rectum. Déjà pendant la vie on peut trouver dans les évacuations des malades des lambeaux de muqueuse qui, examinés au microscope, se présentent sous forme de masses arrondies, entourées de stries concentriques.

Les SYMPTÔMES, au début, sont insidieux; néanmoins il est facile de constater que l'état général des malades est profondément modifié; il existe des troubles digestifs mal définis, tantôt c'est une certaine lenteur dans les fonctions digestives ou une répugnance pour certains aliments, la viande notamment, tantôt les malades se plaignent de constipation, alternant avec la diarrhée.

D'autres fois, ce sont des selles qui sont comme de la suie, du marc de café.

Si l'on omet d'examiner le rectum, on peut soupçonner un cancer de l'estomac; mais bientôt on voit survenir quelques phénomènes qui attirent l'attention de la malade du côté de l'extrémité inférieure du tube digestif; c'est une sensation de pesanteur, de gêne; il y a là des contractions spasmodiques qui se traduisent par du ténésme, des épreintes.

La défécation devient bientôt douloureuse et accompagnée d'une perte plus ou moins considérable de sang, de mucus et de glaires.

A mesure que le néoplasme s'étend, on observe toute la série des symptômes déjà énumérés au cours de la description du rétrécissement cicatriciel; on assistera à des alternatives de constipation qui dure plusieurs jours, des semaines, et de diarrhée qui prend les caractères d'une véritable débâcle.

La constipation amène des troubles profonds dans l'organisme, la stercorémie, la toxémie; qu'on ajoute à ces effets la résorption de tous les produits de destruction du tissu néoplasique et l'on comprendra la gravité de la maladie.

La menace permanente de l'occlusion intestinale, la douleur continue, cuisante, qui s'irradie à tout le petit bassin, l'impossibilité dans laquelle la malade se trouve de s'asseoir, de se reposer, finissent par rendre la vie absolument intolérable.

Le *toucher* et l'exploration des ganglions inguinaux et lombaires sont absolument indispensables.

Le doigt reconnaîtra la disposition latérale, annulaire, les végétations en choux-fleurs, les indurations en plaques, et les autres particularités signalées déjà à propos de l'anatomie pathologique.

En retirant le doigt, le chirurgien sera frappé, nous dirons même pénible-

ment surpris par l'odeur d'une fétidité extraordinaire qu'il dégage; il s'apercevra que le doigt est couvert de sang et de débris épithéliaux.

Nous voilà donc bien en présence d'une malade atteinte de cancer du rectum.

Comment évoluera-t-il? quelle sera en un mot sa *marche*?

Cette marche dépend de bien des facteurs, elle dépend de la forme du cancer, de l'âge, de l'état des forces de la malade, et surtout des complications; s'il y a propagation du côté du périnée, des organes génitaux externes, la malade peut rarement vivre plus d'un an.

Autrement graves sont les phlegmons, les abcès stercoraux, les cystites purulentes, et surtout la péritonite.

D'ailleurs, toutes ces complications ne font que donner le coup de grâce à la patiente qui, affaiblie par les hémorragies, la douleur, la résorption de matières septiques, n'a qu'une force de résistance minime.

Le DIAGNOSTIC du cancer rectal ne présentera que très rarement quelques difficultés.

L'index introduit aussi profondément que possible, on tâchera de se rendre compte des sensations perçues par le doigt, on examinera bien la forme, l'étendue, la variété du cancer.

On fera un examen complet de la vulve, du vagin, des culs-de-sac et du col.

Quant au diagnostic différentiel, il est bon d'avoir toujours présent à l'esprit les erreurs auxquelles ont donné lieu les tumeurs développées au niveau du rectum ou dans son voisinage.

Les *polypes* du rectum sont des tumeurs bien limitées, lisses, pédiculées et s'implantant sur une muqueuse non altérée.

Les *rétrécissements fibreux* cicatriciels sont réguliers et plus circonscrits, plus limités, ne présentent jamais ces grosses végétations si fréquentes dans l'épithélioma. Néanmoins, il faut avouer que, dans certains cas, distinguer le squirithe avec le rétrécissement fibreux est extrêmement difficile, et souvent ce n'est que la marche qui décide du diagnostic.

Les *hémorroïdes* ne peuvent être que très rarement confondues avec les épithéliomas. En effet, elles sont formées par de petites tumeurs ampullaires bien lisses, arrondies, limitées, et même lorsqu'elles sont le siège d'ulcérations, ces ulcérations sont petites, se réduisant à de légères excoriations.

Quant aux *condylômes*, il suffit de constater la résistance dure, peu friable, l'aspect festonné de la petite tumeur, pour les différencier d'un épithélioma. Jamais l'état général dans celui-ci ne sera comparable à celui d'un individu porteur d'un condylôme.

Le PRONOSTIC est toujours d'une gravité extrême, et la guérison, après les interventions les plus radicales, n'est que temporaire.

Le TRAITEMENT variera suivant les indications.

Il est de toute évidence que si l'évolution de la maladie est trop rapide, si



l'état général est très mauvais et qu'il ait des signes de généralisation, on agira sagement en s'abstenant de toute intervention.

Tout ce qu'on pourra faire, c'est calmer les douleurs par les suppositoires, les injections de morphine, combattre la constipation par les médicaments laxatifs.

On veillera à l'alimentation, on prescrira une nourriture facilement assimilable, surtout le régime lacté, le poisson bouilli, les viandes légères, etc., on interdira tout ce qui est capable d'irriter l'intestin.

Parmi les opérations destinées à venir en aide aux malades :

La *dilatation* au moyen de bougies est à rejeter.

La *rectotomie* consiste à faire une section médiane postérieure comprenant toutes les parties molles depuis l'anus jusqu'aux coccyx. Cette opération a pour but de faciliter la sortie des matières et de mettre les malades à l'abri de l'obstruction; son indication est exceptionnelle.

L'*anus artificiel* a l'avantage de soustraire la paroi rectale malade au contact des matières fécales, et de mettre à l'abri de l'obstruction intestinale. On pratique l'opération au niveau de l'S iliaque ou encore sur le côlon descendant. Ce mode de traitement est surtout indiqué dans les cancers très étalés, étendus, ayant envahi des portions considérables de l'intestin.

Lorsqu'au contraire l'épithélioma est limité au niveau de l'anus ou de l'extrémité inférieure du rectum, on procédera à l'*ectirpation*, qui sera l'opération de choix, quand elle est possible.

Grâce aux moyens d'hémostase que nous avons aujourd'hui, on ne craindra pas de pratiquer l'ablation de la tumeur au moyen du bistouri.

Le thermocautère, auquel certains chirurgiens ont encore recours, a le grave inconvénient d'amener par irradiation une destruction très étendue des tissus dont l'élimination par suppuration retarde d'une façon très considérable la guérison.

La méthode la plus simple consiste à faire, à une distance variable de l'anus, deux incisions elliptiques qui se rejoignent en avant et en arrière, à disséquer les parois rectales ainsi isolées, puis, après les avoir fait descendre, à exciser toutes les parties malades, et enfin à fixer au moyen des fils la nouvelle extrémité du rectum à la peau.

#### 42. — FISSURES A L'ANUS

Sous ce nom on désigne de petites excoriations superficielles, qui siègent entre les plis radiés et s'accompagnent de douleurs très vives en même temps que d'une contraction spasmodique des sphincters.

ÉTILOGIE. — La constipation habituelle semble jouer un rôle important dans la production des fissures; les matières fécales durcies ne peuvent franchir la région anale sans déterminer quelques érosions ou déchirures de la muqueuse.

Quelquefois on trouve, en même temps que ces fissures, des hémorroïdes, de l'eczéma, de l'érythème.

Il n'est pas invraisemblable que toutes ces affections agissent en amenant une contraction réflexe des sphincters et une constipation qui intervient alors de la façon déjà signalée.

Quelques auteurs ont parlé d'étranglement congénital de l'anus.

SYMPTÔMES. — Bien des fissures passent inaperçues, *Gosselin* les nommait *tolérantes*; il faut les chercher pour les découvrir.

D'autres fois, elles sont causes de douleurs très vives, atteignant leur paroxysme au moment de la défécation; peu à peu on voit le calme réapparaître, mais un calme relatif, car la douleur revient au bout de vingt à vingt-cinq minutes, aiguë, lancinante; au niveau de l'anus, tension, picotements, sensations de brûlure avec irradiations douloureuses dans les aines, les cuisses, les lombes.

La crise peut durer assez longtemps, six, huit et dix heures.

Au moment de ces crises les malades restent quelquefois couchées n'osant faire un mouvement; d'autres fois, elles prennent les postures les plus étranges, cherchent à comprimer l'anus en s'asseyant sur l'angle d'un meuble.

Quelques-unes plus soigneuses, plus soucieuses de leur état, prennent des lavements, des bains de siège froids qui les soulagent et les calment.

D'autres évitent d'aller à la garde-robe, d'où constipation voulue, qui ne tarde pas à produire ses effets nuisibles; les malades commencent à accuser des gastralgies, les fonctions digestives languissent et la stercorémie cause finalement un dépérissement, une altération des traits, qui n'est pas loin d'une véritable cachexie; dans certains cas, cet état si grave se complique encore de coliques, de spasmes vésicaux, de névralgies crurales et sciatiques.

DIAGNOSTIC. — Il est quelquefois très facile de reconnaître l'existence de fissures; une simple inspection de la région anale révèle leur présence.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors il faut avoir recours à certains artifices qui rendront le diagnostic possible.

Dans quelques cas, il suffit de promener le doigt autour ou dans l'orifice anal pour déterminer par la douleur bien localisée le siège de la fissure, ou en faisant faire un effort à la malade, on verra la muqueuse rectale sortir peu à peu, et la petite ulcération, qui était cachée par les plis, viendra s'étaler au dehors.

Tantôt uniques, tantôt multiples, les fissures affectent la forme de petits traits, de petites crevasses de couleur rosée; quelquefois leurs bords sont à peine visibles, mais souvent ils sont durs et d'une teinte gris sale.

Dans certains cas, lorsque la fissure date déjà de quelque temps, il se développe dans son voisinage des petites végétations qui peuvent même la cacher et prêter ainsi à l'erreur.

Il est difficile de confondre la fissure qui est une crevasse, une solution de continuité, avec les hémorroïdes, les végétations.

Un diagnostic mérite une mention particulière, c'est celui de la *névralgie essentielle de l'anus*; mais dans cette affection la douleur naît spontanément et se montre en dehors de l'acte de la défécation.

PRONOSTIC. — Affection bénigne, mais qui négligée peut cependant produire des accidents assez graves sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

TRAITEMENT. — Palliatif : bains. Lavements laudanisés.

— Curatif ou chirurgical : dilatation graduelle à l'aide de bougies et surtout dilatation forcée avec les deux pouces introduits dans l'anus.

#### 43. — FISTULES A L'ANUS

La fistule est un trajet, un canal étroit, qui fait communiquer deux régions voisines, mais séparées à l'état normal.

On divise les fistules en *complètes*, s'ouvrant à la surface de la peau en

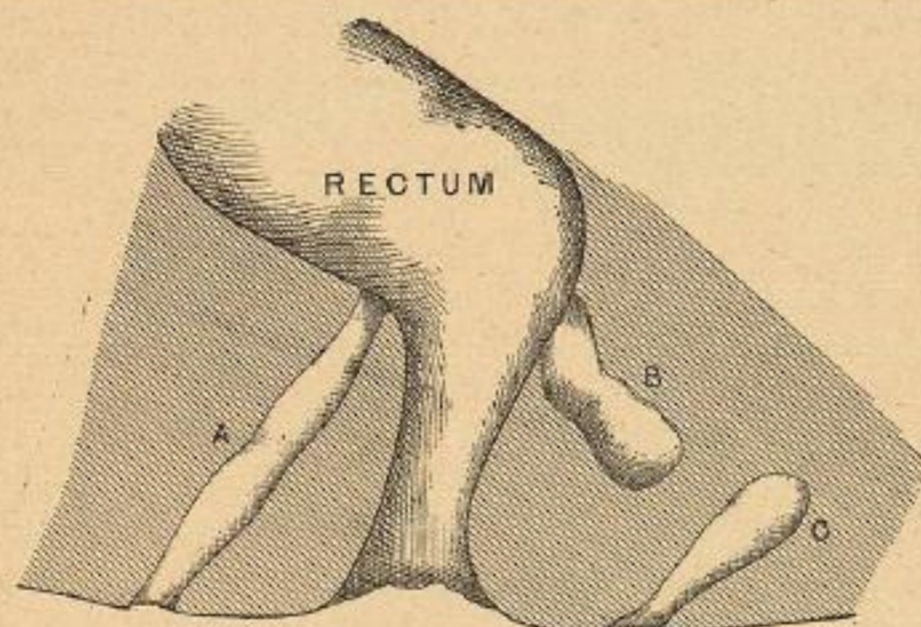


Fig. 639. — Fistules ano-rectales.

A, complète. — B, incomplète; borgne interne. — C, incomplète; borgne externe.

même temps que du côté de la muqueuse (fig. 639 A) en fistules *incomplètes*, *borgnes externes* (fig. 639 C) qui se créent une issue à la surface de la peau sans perforer la muqueuse; et enfin en fistules *incomplètes*, *borgnes internes* (fig. 639 B); celles-ci s'ouvrent à la surface de la muqueuse seulement.

Au point de vue pathogénique les fistules peuvent être divisées :

1° En fistules consécutives à l'inflammation du tissu cellulaire des fosses pelvi-rectales, ce sont là les fistules anales communes ou *fistules pelvi-rectales inférieures*;

2° En fistules qui ont pour source une suppuration de la couche adipeuse de l'espace pelvi-rectal supérieur ou *fistules pelvi-rectales supérieures*;

3° Enfin en fistules qui tirent leur origine d'une lésion osseuse, *fistules ostéopathiques*.

Nous laisserons de côté cette dernière variété pour ne nous occuper que des deux premières.

1° *Fistules pelvi-rectales inférieures*. — Ces fistules sont de beaucoup les

plus fréquentes, et c'est surtout à elles que l'on aura affaire dans la pratique quotidienne.

On distingue généralement trois variétés dans cette grande division de fistules.

Que le trajet fistuleux glisse simplement sous les téguments de l'anus, en respectant les fibres des sphincters, ce sera la variété *sous-tégumentouse* (fig. 640, 1).

Que l'on trouve l'anneau sphinctérien perforé, c'est à la fistule profonde *intra-musculaire* que l'on aura affaire (fig. 640, 2).

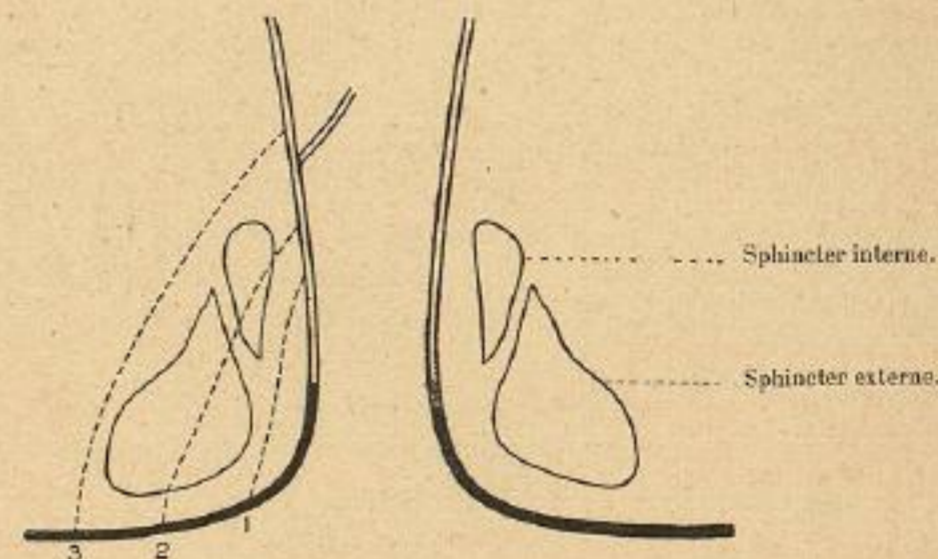


Fig. 640. — Fistules pelvi-rectales inférieures.

1, fistule sous-tégumentouse. — 2, fistule intra-musculaire. — 3, fistule sus-musculaire.

Se fait-il au-dessus des muscles sphincters, on aura la fistule *sus-musculaire* (fig. 640, 3).

La description de toute fistule comprend l'étude des orifices, au nombre de deux, l'un externe, l'autre interne, et celle du trajet intermédiaire.

*Orifice externe ou cutané.* — Le plus souvent unique; on le trouve à droite ou à gauche. — Dans les fistules superficielles sous-tégumentouses, il est situé tantôt tout près, à quelques millimètres de l'anus, tantôt au milieu même des plis radiés. — Dans les fistules profondes l'orifice externe est à quelques centimètres de la terminaison du tube digestif. — Ordinairement assez étroit, on le voit au sommet d'une petite saillie, d'une élévation de couleur rougeâtre et d'aspect fongueux; d'autres fois, l'orifice est dissimulé au fond d'une ulcération. — Dans certains cas on peut voir au sommet d'une proéminence toute une série de pertuis, qui s'ouvrent tantôt dans un seul et même canal, tantôt dans une série de trajets communiquant avec le rectum.

*Orifice interne ou muqueux.* — Celui-ci siège souvent immédiatement au-dessus du point où la peau cède la place à la muqueuse, mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi, il arrive en effet que le trajet fistuleux s'ouvre à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'orifice anal; on est même parfois

très surpris de voir la sonde se diriger si haut vers la surface interne du rectum. — L'aspect de l'orifice interne varie aussi d'une façon très notable, tantôt c'est un simple orifice au niveau d'une saillie de dimension minime; tantôt il est large et comme déchiqueté. — Mais une disposition que l'on retrouve souvent est la suivante : lorsqu'on pratique le toucher rectal et que d'autre part on fait pénétrer le stylet dans le trajet fistuleux, on sent l'instrument cheminer sous la muqueuse pendant quelque temps pour aboutir obliquement à la surface interne du rectum.

*Trajet.* — Tantôt droit, tantôt sinueux, le canal fistuleux se dirige de bas en haut et de dehors en dedans, de la surface cutanée vers le rectum; s'il s'agit de fistule incomplète, ce canal s'arrête à mi-chemin. — Lorsqu'on trouve au pourtour de l'anus plusieurs orifices, l'exploration avec un stylet permet de constater dans bien des cas qu'ils communiquent les uns avec les autres pour se diriger ensuite dans un canal commun vers l'orifice interne. — Cette disposition en demi-cercle au voisinage de l'anus a été désignée sous le nom de fistules en fer à cheval. — Généralement court, le trajet peut atteindre une longueur plus ou moins considérable.

*2° Fistules pelvi-rectales supérieures.* — Celles-ci doivent leur origine à des inflammations et des abcès consécutifs du tissu cellulaire interposé entre le releveur de l'anus et le péritoine.

Les trajets fistuleux, dans cette variété d'affections, sont le plus souvent rectilignes et présentent une longueur très notable (de 7 à 15 centimètres), qui contribue à rendre les signes par lesquels on reconnaît la fistule pelvi-rectale supérieure assez nets.

Si l'on associe à ces indices le fait de l'écartement considérable entre le doigt introduit dans l'anus et le stylet glissé dans le trajet on aura un ensemble de constatations, qui éviteront la confusion avec les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.

*ÉTILOGIE, PATHOGÉNIE.* — Les fistules sont surtout dues à la tuberculose. Les recherches microscopiques démontrent qu'il s'agit de dépôt de tissu tuberculeux au sein du tissu cellulaire pelvi-rectal; la dégénérescence, la fonte, la nécrose en un mot, finissent par amener la disparition du tissu normal, remplacé par un foyer purulent qui se vide tantôt du côté de la peau, tantôt du côté de la muqueuse rectale.

D'autres causes que la tuberculose peuvent, mais avec une rareté relative, donner naissance à des fistules, tels de petits corps étrangers arrêtés au niveau des replis de la région anale, ou la rupture d'un lobe hémorroïdaire, qui facilite l'infection du tissu cellulaire et la formation consécutive d'abcès.

On s'est longtemps demandé pourquoi ces fistules s'obturaient avec tant de lenteur, pourquoi dans bien des cas, malgré les soins et les traitements les mieux appropriés, elles se cicatrisaient si mal et laissaient souvent un petit trajet qui n'avait aucune tendance à se refermer.

Il y a encore peu de temps, on expliquait ces faits par des raisons d'ordre topographique; on disait que la mobilité extrême du rectum, les contrac-

tions fréquentes du releveur de l'anus, rendraient la cicatrisation sinon impossible, du moins très difficile.

Aujourd'hui nous savons que la cause véritable de la lenteur de cicatrisation est dans la nature même de l'affection; tant qu'il y a là des granulations tuberculeuses qui suivent leur évolution, la fistule ne se ferme pas.

*SYMPTÔMES.* — Les malades, atteints de fistules, accusent des sensations diverses; les unes se plaignent de démangeaisons, de prurit; d'autres se trouvent incommodées par la sécrétion du pus, qui parfois peut être assez abondante et qui, presque toujours, répand une odeur fort pénétrante.

Au bout d'un certain temps, on voit apparaître dans le pli interfessier de l'eczéma ou simplement de l'érythème.

Il arrive parfois que l'orifice externe s'oblitére; il y a alors rétention de pus et turgescence des tissus, qui rendent la station assise peu supportable.

Si l'on procède à l'examen de la région anale, on trouve ou un seul petit pertuis ou plusieurs orifices, qui ont fait comparer cette disposition à celle d'une pomme d'arrosoir.

Dans le cas de fistule borgne interne, les malades rendent du pus par l'anus; mais il y a en même temps une sorte de turgescence et de plénitude dans toute la région péri-anale.

*DIAGNOSTIC.* — Pour procéder à l'examen de l'anus, il est bon de mettre les malades dans le décubitus latéral, faire fléchir la cuisse supérieure, étendre l'autre; en même temps qu'on relève la fesse supérieure, on découvre toute la région.

Certains chirurgiens préfèrent mettre les malades dans le décubitus dorsal et relever fortement les membres inférieurs.

La simple inspection peut suffire quelquefois pour faire le diagnostic de fistule.

Le toucher est cependant indispensable pour en reconnaître l'étendue et la variété.

Avec un stylet introduit dans l'orifice externe et le doigt dans le rectum, on saisit ces dispositions particulières qu'affecte le trajet.

Lorsque la fistule est borgne interne, le toucher est très douloureux; la malade rend une petite quantité de pus; le doigt ne rencontre ni ulcération, ni induration, ni fongosités dans la partie terminale du rectum, ce qui permet d'éliminer le cancer, le polype, le rétrécissement cicatriciel du rectum, de même que la syphilis.

La présence d'une certaine induration tout autour de l'anus rendra le diagnostic de fistule borgne interne probable.

Le pronostic est toujours assez sérieux; si l'affection par elle-même ne présente aucune gravité, elle révèle presque toujours un mauvais état général, un sujet prédisposé à la culture du bacille.

*TRAITEMENT.* — Quelques chirurgiens traitent encore les fistules par la ligature élastique. — Avec un stylet aiguillé, armé d'un fil de caoutchouc, on

pénètre par l'orifice externe pour ressortir ensuite par l'anus; on serre le fil et on fait un nœud; petit à petit le fil coupe les tissus en même temps que la cicatrisation s'opère d'une façon insensible au-dessous du lien, qui finit par tomber. Souvent, après cette chute du fil, on voit la fistule résister encore pendant longtemps, ce qui tient à ce que les tissus malades ne sont pas détruits et continuent leur évolution morbide.

L'incision au thermo-cautère est une méthode bien plus efficace. — Une sonde cannelée est introduite dans le trajet; d'autre part, on fait pénétrer le doigt dans le rectum, on suit le chemin que parcourt la sonde; avec quelques tâtonnements on arrive à trouver l'orifice interne par lequel on fait ressortir alors la sonde cannelée. On incise les masses molles chargées sur la sonde, on cautérise le fond du trajet avec le thermo-cautère, on saupoudre la plaie avec de l'iodoforme et on la recouvre avec de la gaze iodoformée.

Une autre méthode consiste à inciser le trajet au bistouri, à le nettoyer avec une curette, à le laver avec une solution antiseptique, puis à suturer les bords de la plaie; récemment enfin on a obtenu de bons résultats en réséquant avec le bistouri le trajet fistuleux, ainsi que les tissus qui le séparent de la superficie, et en fermant la brèche ainsi produite par des sutures, qui permettent la réunion par première intention.

Il importe, en même temps qu'on traite la plaie, d'agir sur l'état général de la malade et de lui faire administrer de l'huile de foie de morue, de la créosote, du phosphate de chaux, de l'iodure de potassium, des toniques.

#### 14. — DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA FACE INTERNE DU BASSIN

Lorsqu'on voudra procéder à l'étude de la nature et du siège d'implantation des tumeurs de la face interne du bassin, il sera indispensable de voir tout d'abord quels sont les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, car si les premiers ne fournissent souvent que peu de données, les seconds peuvent être d'une importance capitale.

On connaît le rôle que jouent la syphilis et la grossesse dans l'évolution des tumeurs en général et de celles du bassin en particulier.

Il faut, en outre, interroger la malade pour savoir s'il n'y a jamais eu de traumatisme violent : fractures, luxations, etc.; quand il y a eu des douleurs, il faut s'appliquer à bien en élucider la nature.

Une fois qu'on aura consigné ces divers points, on emploiera les moyens d'investigation courants.

La *palpation* va nous renseigner sur la forme de la tumeur, ses rapports, sa mobilité, sa consistance, et sur deux signes importants, à savoir les battements et la crépitation.

La *ponction* pourra, dans certaines circonstances, éclairer sur la nature de la tumeur.

Mais c'est sur le *toucher* qu'il faudra reporter toute son attention, car c'est surtout lui qui nous permettra de reconnaître s'il s'agit d'une tumeur du bassin ou d'une affection de l'un des organes (utérus, rectum, vessie, etc.), contenus dans l'excavation.

Lorsqu'on aura établi que la tumeur est bien une tumeur du bassin, le *toucher* nous permettra de reconnaître et le point d'implantation et la consistance, de même qu'il pourra nous fournir certaines données sur les rapports et les conséquences de cette tumeur.

Enfin il est un moyen d'exploration qui, tout exceptionnel qu'il soit, n'en est pas moins important : les néoplasmes de la partie postérieure du pubis et de la branche ischio-pubienne peuvent se compliquer de rétention d'urine ou de dysurie. Dans ce cas, le *cathétérisme*, dirigé contre le premier de ces accidents, pourra donner incidemment des renseignements précieux sur la direction et le calibre de l'urètre.

Si l'on a affaire à une tumeur dure, de consistance osseuse et partout égale, la question à débattre sera :

Y a-t-il *exostose* ou *enchondrome* ?

Ces deux néoplasmes ont quelques points de contact, quelques propriétés communes.

C'est ainsi que tous les deux siègent de préférence à la région *ischio-pubienne*, à la région *sacrée* ou *sacro-iliaque*; ils se développent avec lenteur, sont peu douloureux et n'amènent des phénomènes de compression que quand la tumeur est déjà constituée depuis longtemps.

L'*exostose* reste longtemps semblable à elle-même; elle est uniformément dure dans tous ses points; l'*enchondrome*, au contraire, se couvre de *bosselles* plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, et qui présentent de grandes variétés de consistance; les unes restent dures, d'autres sont élastiques et quelquefois même fluctuantes.

Le diagnostic entre la *saillie du promontoire* dans un bassin rachitique et l'*exostose* provenant du *sacrum* est quelquefois difficile; ce sont surtout les antécédents et la présence de quelques déformations caractéristiques du rachitisme, qui aideront à différencier ces deux états.

On sera peut-être bien moins embarrassé de différencier un cal difforme d'avec une *exostose*; dans ce dernier cas, il est presque constant de trouver en même temps qu'une tumeur intra-pelvienne, dure, inégale, adhérente par sa base à la face antérieure du sacrum, une ou plusieurs dépressions de la surface externe du bassin répondant exactement aux saillies intérieures; les commémoratifs auront ici beaucoup de valeur, car il suffira de savoir qu'il y a eu traumatisme grave (passage d'une roue de voiture, chute sur le siège, etc.), pour rendre le diagnostic de fracture et de cal difforme probable.

L'*enchondrome*, arrivé à sa période de développement complet, pourra faire penser à l'*ostéosarcome*.

Voici les signes qui permettent de différencier ces deux néoplasmes :

L'*enchondrome* siège au pubis, à l'ischion, au sacrum et enfin sur l'os iliaque, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque.

Tout au contraire, l'*ostéosarcome* a son siège de prédilection aux extrémités du diamètre transverse, au voisinage de la cavité cotyloïde.

L'*enchondrome* ne donne lieu que tardivement à des phénomènes de compression; pendant longtemps, il reste à l'état latent.