

## III

## CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM

**Définition.** — Les véritables corps étrangers du rectum sont ceux qui sont introduits directement par l'anus. *Les corps étrangers avalés par mégarde* et traversant sans occasionner d'accidents tout le tube intestinal, sont d'ordinaire assez peu volumineux ; ils sont évacués spontanément lors d'une défécation et nécessitent bien rarement l'intervention du chirurgien.

L'*accumulation de matières fécales* dans l'ampoule distendue peut avoir des conséquences plus graves au point de vue pathologique, et occasionner de sérieux accidents d'obstruction intestinale. Les femmes surtout sont exposées à cet accident.

**Étiologie.** — *Les véritables corps étrangers du rectum*, nous le répétons, sont ceux qui pénètrent directement par l'anus. Nous n'entreprendrons pas l'énumération des différents objets qu'on a rencontrés dans l'ampoule rectale ; ils sont extrêmement variés au point de vue de leur forme, de leur volume, de leur nature. Parmi les plus fréquemment observés, citons les morceaux de bois arrondis, les tiges de fer, les pots, les verres, les bouteilles et d'autres objets d'un volume encore plus considérable. L'observation est classique du malade chez qui MONTANARI eut à extraire un pilon de mortier de cuisine, long de trente centimètres et épais de six centimètres et demi. Plus tard, cet homme s'étant introduit dans le rectum un pilon encore plus volumineux (cinquante-cinq centimètres de long sur sept centimètres d'épaisseur), se fit une perforation de l'S iliaque dont il mourut.

Parfois ces corps étrangers sont introduits accidentellement ;

c'est par exemple une bougie qui échappe à la main du chirurgien pendant la dilatation d'un rétrécissement. Presque toujours c'est le malade lui-même qui, dans un but inavouable, est responsable de l'accident. L'objet est-il long, plus long que la distance comprise entre le coccyx et le promontoire, il ne peut se loger dans la concavité sacrée et s'enclave. DELBET<sup>1</sup>, à propos d'une bouteille extirpée du rectum, a fait des recherches sur le *mécanisme de cet enclavement*. L'expérience renouvelée sur plusieurs cadavres permit de constater que les choses se passent toujours de même avec de simples différences de degré. Le premier temps de l'introduction, lorsque le sphincter est dilaté, est assez facile ; mais lorsqu'on a dépassé le col de la bouteille, il faut pour continuer l'introduction déployer une force un peu variable suivant les sujets, mais en général sérieuse. Dans plusieurs cas, DELBET n'a pu réussir à lui seul cette introduction et il a dû se faire aider. Deux personnes vigoureuses ne sont pas de trop pour triompher des résistances qui se produisent alors chez certains sujets. Voici en effet ce qui se passe : le promontoire repoussant le goulot en avant, la prostate et le ligament de Carcassonne violemment soulevés, repoussent le corps en arrière contre le coccyx, et la bouteille est coincée entre ces trois points d'appui : *le promontoire, la forte aponévrose périnéale et le coccyx*. Dès que le fond a dépassé le sphincter, ou plutôt le coccyx, la bouteille change de position  *brusquement*, comme si elle était mue par un ressort (le ressort, c'est l'aponévrose périnéale). Le fond file en arrière dans l'excavation sacrée tandis que le goulot s'incline  *en avant et à gauche*. Les rapports sont alors les suivants ; le goulot entraîne la partie supérieure du rectum et la partie inférieure de l'S iliaque dont il est coiffé, et le méso de cette partie de l'intestin est fortement tendu. Le fond de la bouteille est logé dans l'excavation sacrée de telle façon que le coccyx se recourbe au-dessous comme  *un taquet*. Quand on veut faire l'extraction par les voies naturelles, le ligament de Carcassonne et la prostate, qui au lieu de se soulever comme pendant

<sup>1</sup> P. DELBET. Des corps étrangers du rectum. Rapport du Dr Gérard-Marchant. *Bull. Soc. Chir.*, 3 nov. 1897, p. 632.

l'introduction, tendent à s'abaisser, s'opposent invinciblement à ce que le corps de la bouteille puisse être ramené assez en avant pour que le fond évite le taquet coccygien.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions qu'entraîne au niveau du rectum la présence de ces corps étrangers sont de deux sortes : *les unes sont mécaniques*, dues à l'introduction même du corps étranger, en rapport par conséquent avec son volume, sa forme, la violence de l'introduction. Elles varient depuis les déchirures superficielles de la muqueuse jusqu'à la rupture complète du rectum et la perforation du péritoine.

*Les autres sont d'ordre inflammatoire* : l'infection se produit vite au niveau de ces points contus et ulcérés, d'où rougeur et gonflement de la muqueuse, suintement muco-purulent, en un mot phénomènes de rectite intense. Les lésions peuvent même dépasser le rectum, l'inflammation envahir les tissus péri-rectaux et y amener la production de suppurations plus ou moins étendues.

Quant à l'anus, il est ordinairement relâché ; l'atonie du sphincter explique pourquoi l'introduction de corps étrangers relativement très volumineux peut se faire en ne provoquant que de légères déchirures de l'orifice anal.

**Symptômes et complications.** — Il arrive que des corps étrangers peu volumineux et réguliers restent un temps relativement long dans le rectum, sans y manifester leur présence, ou en ne produisant que des troubles légers dont le malade n'a garde de venir se plaindre. Ce n'est qu'en présence de douleurs vives surtout au moment de la défécation, de phénomènes de rectite, de crises même d'obstruction ou de troubles urinaires que la malade se décide enfin à venir trouver le chirurgien. Encore ne fait-il que des aveux incomplets mêlés de réticences, inventant les histoires les plus invraisemblables pour expliquer la présence du malheureux corps étranger.

La *simple inspection* de l'anus infundibuliforme, dilaté, déchiré, renseigne souvent plus que tous les dires, et le *toucher rectal* démontre la présence du corps étranger dont il permet d'apprécier le volume, la position.

Celui-ci est-il volumineux, allongé comme l'est par exemple une bouteille, la palpation fait sentir à travers la paroi abdominale son extrémité, le plus souvent du côté gauche, soit vers l'épine iliaque, soit dans la direction de l'ombilic.

La *coprostase* est plus difficile à reconnaître. Les troubles fonctionnels qu'elle occasionne sont vagues : sensation de pesanteur ou de corps étranger au niveau de l'anus, douleurs dans les lombes, les aines, les membres inférieurs, rétention d'urine quand la tumeur stercorale pèse sur la vessie ou hémorroïdes symptomatiques quand elle gêne la circulation veineuse du rectum. La quantité de matières que peut renfermer un rectum dilaté est en effet considérable. Ces masses agglomérées donnent fort bien, à la palpation abdominale, la sensation d'une tumeur et le doute subsiste parfois même après le toucher rectal. On pense d'autant moins à la coprostase que l'obstruction n'est pas absolue. Des gaz, des liquides peuvent passer de temps à autre autour de la tumeur ; l'irritation produite par la présence des matières provoque l'hypersécrétion de la muqueuse enflammée et même une véritable diarrhée. Le toucher montre la présence d'une masse *mobile, pâteuse*, donnant la sensation de mastic, et s'il existait un doute l'examen au spéculum le lèverait facilement.

Trois fois je me suis trouvé en présence de tumeurs de la paroi postérieure du rectum, amenant des phénomènes d'obstruction et simulant, à s'y méprendre, des néoplasmes. Ces tumeurs arrondies, coiffées de la muqueuse, du volume d'un gros œuf, logées, fixées et enclavées dans la concavité du sacrum, me donnèrent d'autant plus le change que la première malade avait beaucoup maigri depuis cinq ou six mois et allait très difficilement à la garde-robe. La seconde avait un épithélioma de la cloison recto-vaginale, et je crus à une adénopathie du néoplasme. La troisième malade souffrait constamment du rectum.

Les masses fécales, très probablement logées dans une dépression de la muqueuse, qu'elles avaient refoulée en doigt de gant, ne devinrent appréciables que lorsque, dégagées de cette muqueuse, elles firent saillie à nu dans la lumière rectale, leur

consistance était ligneuse et elles durent être broyées pour être éliminées.

QUE DEVIENNENT CES CORPS ÉTRANGERS ? Les corps peu volumineux sont expulsés au moment d'une défécation, sans que, bien souvent, l'on s'en aperçoive. Parfois pourtant leur expulsion est plus pénible et ne se fait qu'après des efforts nombreux provoqués par la rétention des matières agglomérées autour d'eux. Une débâcle suit alors leur élimination.

Des accidents plus graves peuvent s'observer : *les uns traumatiques*, perforations du rectum, des organes voisins, des vaisseaux, du péritoine ; *les autres, inflammatoires*, sont soit limités au rectum, rectites, sphacèle des parois, soit propagés aux tissus voisins, abcès gangreneux de la fosse ischio-rectale, péritonite, etc. On a cité exceptionnellement la propagation au tissu cellulaire du bassin, l'ouverture de la vessie primitivement accolée au rectum par la péritonite circonscrite (PLATER, BARTOLIN, BOREL), l'élimination au niveau de la paroi abdominale antérieure, etc.

**Pronostic.** — Le pronostic varie suivant la nature du corps étranger, son mode d'introduction, le maximum de gravité répondant aux objets irréguliers, fragiles et cassants.

**Traitement.** — L'extraction s'impose sitôt la présence du corps étranger reconnue. Elle est facile pour les objets volumineux non enclavés ; il n'est pas besoin pour eux d'instrumentation spéciale.

Pour peu que l'objet soit gros, irrégulier ou fragile et que son extraction paraisse devoir être délicate, mieux vaut endormir le malade que de s'exposer à faire de fausses manœuvres. Le malade anesthésié, l'anus est largement dilaté ; deux valves introduites dans le rectum permettent ordinairement de voir le corps étranger, et de l'extraire. On peut suivant les cas recourir pour cela à des artifices particuliers. Le FORT coula du plâtre dans une chope pour l'empêcher de se briser. MARCHETTIS entourait d'un roseau creux une queue de cochon introduite dans

le rectum et put ainsi l'extraire sans que les soies se présentant à rebrousse-poil vinssent blesser la muqueuse.

Les corps étrangers *volumineux et enclavés* présentent de sérieuses difficultés d'extraction. Nous avons étudié précédemment le mécanisme de leur fixation et vu quel était le rôle du *taquet coccygien*. La connaissance de cet obstacle nous explique comment, dans les cas restés classiques, le forceps a pu, en raison de sa conformation spéciale et du sens de ses tractions, répropulser le coccyx et permettre l'extraction. On pourra aussi, suivant l'exemple de BAZY<sup>1</sup>, essayer de placer une valve postérieure entre le coccyx et le corps étranger : une faible pression peut suffire, par une sorte de mouvement de bascule, à provoquer l'expulsion de ce dernier.

Ces moyens simples sont-ils insuffisants ? il faut sans hésiter recourir à *l'intervention sanglante*. Le remède découle de l'obstacle et la résection du coccyx s'impose avec ou sans rectotomie. D'une façon générale, mieux vaut respecter le sphincter qui après dilatation n'est pas gênant, et commencer par enlever le coccyx sans intéresser le rectum. L'observation de BUFFET<sup>2</sup> montre qu'en agissant ainsi on peut obtenir facilement un bon résultat. L'extraction d'un corps étranger par trop volumineux menace-t-elle de provoquer la rupture de la muqueuse ou des parois rectales, l'objet est-il fragile, cassant, difficile à saisir, mieux vaut alors faire franchement la rectotomie.

En pratique, il est parfois difficile de poser les indications de l'intervention sanglante. Les trop nombreuses tentatives d'extraction faites pour l'éviter n'ont d'autres résultats que de traumatiser le rectum et d'ouvrir à l'infection de nombreuses portes d'entrée. En présence de corps étrangers volumineux, si après quelques tentatives faites soigneusement sous chloroforme l'extraction est impossible, mieux vaut se décider à intervenir. La rectotomie, si l'on prend soin de bien restaurer les différents plans de la région, ne comporte pas de suites fâcheuses au point de vue fonctionnel.

<sup>1</sup> BAZY. *Bull. Soc. Chir.*, 3 nov. 1897, p. 656.

<sup>2</sup> BUFFET. *Bull. Soc. Chir.*, nov. 1897, p. 654.

DELBET, après rectotomie pour extraction d'un corps étranger volumineux, pratiqua pour fermer la plaie une sorte de péri-néorrhaphie : traversant les tissus profondément avec une aiguille d'Emmet, il plaça trois gros fils d'argent. Avant de rapprocher ces fils profonds, il fit deux sutures, l'une muqueuse, rectale, au catgut ; l'autre superficielle, cutanée, au fil d'argent. La réunion se fit complète par première intention et le malade sortit au bout de douze jours complètement guéri et avec un sphincter efficace. Cette conduite est évidemment celle qu'il faudrait suivre dans un cas semblable.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, le corps étranger, très haut situé, est devenu inaccessible par le rectum. La laparotomie soit médiane, soit latérale, permettra seule de l'atteindre ; on peut selon les circonstances soit le repousser dans le rectum pour l'extraire ensuite par les voies naturelles comme le fit VERNEUIL (1880), soit faire tout simplement l'entérotomie (RÉALI<sup>1</sup>, STUDSGAARD<sup>2</sup>). Sur 34 cas réunis par MONOD<sup>3</sup> dans une statistique présentée à la Société de chirurgie, 27 fois le corps étranger fut extrait par les voies naturelles, et cela avec 5 morts. De ces morts, 3 sont bien dues aux manœuvres d'extraction. Les 7 autres cas où l'on intervint chirurgicalement (résection du coccyx, rectotomies, laparo-entérotomie) se terminèrent tous par la guérison.

<sup>1</sup> RÉALI. *Gaz. médic. de Paris*, 1849, p. 895.

<sup>2</sup> STUDSGAARD. Corps étranger dans l'S iliaque extrait par laparo-entérotomie. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 658.

<sup>3</sup> Ch. MONOD. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 nov. 1897, p. 668.

## IV

## RUPTURES DU RECTUM

Sous ce titre on fait rentrer des cas de nature très différente. Les véritables ruptures du rectum, les ruptures spontanées sont très rares.

**Étiologie.** — On range en trois catégories les ruptures du rectum<sup>1</sup> :

1° Les *ruptures d'origine obstétricale* dans lesquelles on distingue :

a. Les déchirures complètes du périnée et de la plus grande partie de la cloison recto-vaginale ;

b. Les ruptures centrales du rectum dans lesquelles le fœtus passe au travers de la cloison recto-vaginale et sort par l'anus.

2° Les *ruptures par distension*, qui sont très rares.

On les observait, paraît-il, après un emploi prolongé du ballon de Petersen.

QUÉNU<sup>1</sup> a vu dans ses expériences qu'il fallait pour rompre le rectum une pression brusque dépassant 70 centimètres de mercure. « Il n'est pas supposable, dit-il, que de pareilles pressions se fassent jamais sentir dans l'abdomen. »

Aussi n'est-ce pas ainsi que la rupture se produit. Sous l'influence de la distension énorme que peut subir l'intestin, la circulation est considérablement gênée ; la paroi se sphacèle et c'est en ces points que se fait la rupture. Si le fait n'a guère été observé au niveau du rectum, il a été bien constaté au niveau du gros intestin.

<sup>1</sup> P. DELBET. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII, p. 409.

3° Les *ruptures par effort* sont les vraies ruptures du rectum. Il n'en existe que peu d'observations.

La malade, une femme le plus souvent, soulève un corps pesant ou encore fait un effort de vomissement, de défécation, et brusquement la rupture se produit. Mais il est un point que dès maintenant nous voulons mettre en relief en raison de son importance, c'est que dans la plupart des cas observés les malades étaient porteurs d'un *prolapsus rectal*.

**Anatomie pathologique.** — La déchirure siège d'ordinaire au niveau du cul-de-sac de DOUGLAS : elle est longitudinale, ou transversale, ou irrégulièrement étoilée. Ses dimensions sont fort variables; elles peuvent aller jusqu'à 12 ou 15 centimètres.

La séreuse est plus déchirée que les autres tuniques : elle pourrait l'être seule (un cas de CHEVASSU).

QUÉNU a étudié l'état des tuniques rectales et il fait remarquer la présence d'un épanchement sanguin qui dissèque en quelque sorte ces tuniques.

Les anses intestinales prolabées sont en quantité plus ou moins considérable, variant de 2 à 5 ou 6 mètres. Étranglées par la déchirure et surtout par le sphincter, elles sont épaissies, violacées, souillées ou de matières fécales, ou de poussières venant de l'extérieur.

**MÉCANISME.** — Les cas de rupture chez les individus atteints de prolapsus s'expliquent assez bien. Nous verrons plus loin l'importance qu'on tend de plus en plus à donner à l'hédrocèle dans la pathogénie du prolapsus, de sorte que cette affection ne serait en somme qu'une hernie périméale. Il s'agirait donc simplement de la rupture d'un sac herniaire. Cette rupture ici est grandement favorisée d'ailleurs par l'altération des vaisseaux, des veines en particulier, du rectum prolabé. Sous l'influence des efforts, ces vaisseaux se rompent, le sang épanché dissocie les tuniques, les affaiblit par un procédé analogue à celui qui prépare les ruptures de l'œsophage ou les ruptures de la trompe dans la grossesse tubaire.

La rupture faite, l'intestin s'échappe au dehors, agrandissant

la brèche primitive et le sac se vide de son contenu; on peut s'expliquer ainsi pourquoi dans certains cas, après la rupture, le prolapsus se réduit.

Peut-il se faire des ruptures du rectum en dehors de l'existence d'un prolapsus? Evidemment oui, si l'on s'en rapporte à la simple lecture des cas publiés. Mais il faut bien dire que le prolapsus peut exister et rester méconnu; nous verrons plus tard, en étudiant sa pathogénie, qu'on peut dans nombre de cas expliquer sa formation par la production d'une hernie périméale. C'est de haut en bas que se produit alors le prolapsus; la hernie existe donc, elle est constituée avant d'avoir franchi l'orifice anal et d'être devenue visible à l'extérieur. Mais pour être restée à son premier stade, elle n'en est pas moins susceptible de se compliquer de certains accidents, de la rupture en particulier.

Je pense en définitive que la rupture du rectum en dehors des cas du prolapsus est exceptionnelle, si tant est qu'elle existe.

Quoi qu'il en soit, le siège presque constant de la rupture au niveau du cul-de-sac de DOUGLAS, la déchirure de la séreuse plus étendue que celle des autres tuniques, tout plaide en faveur de la théorie de la rupture d'un sac herniaire constitué par le rectum.

**Symptômes.** — Une douleur vive, une sensation de rupture, de déchirement au moment d'un effort de défécation, tel est en général le premier symptôme. Immédiatement les anses intestinales s'échappent, en petite quantité tout d'abord, si bien que le malade prend la tumeur pour son prolapsus devenu plus volumineux. Puis chaque poussée chasse au dehors de nouvelles anses qui glissent et sont pour ainsi dire « *déféquées* » suivant l'expression de Pierre DELBET. Elles ne tardent pas à s'altérer; elles deviennent turgides, épaissies, violacées, puis parsemées de marbrures, de plaques noirâtres de sphacèle.

Par le toucher rectal on suit dans le rectum le pédicule de la masse prolabée; on peut parfois atteindre la déchirure si le sphincter relâché n'oppose aucun obstacle à cette exploration.

La douleur n'est pas bien vive, mais l'état général est très altéré; la prostration est extrême, le refroidissement survient et

la mort arrive ordinairement par épuisement nerveux ; l'intelligence reste conservée jusqu'à la fin.

L'hémorragie, quand elle existe, peut aggraver la scène et contribuer à amener plus vite le collapsus. Si le malade résiste, la péritonite qui ne tarde pas à se déclarer, l'emportera.

**Pronostic.** — Le pronostic est donc très grave et le traitement chirurgical doit être imposé sans retard.

**Traitement.** — L'accident date de quelques heures : on est tenté quand les anses intestinales sont saines de les réintégrer dans l'abdomen par une sorte de taxis prudent, en réduisant tout d'abord, comme dans une hernie, les anses intestinales sorties les dernières. La chose ne va pas d'ordinaire sans difficultés ; mais fût-elle possible qu'il ne faut jamais la tenter, tant sont grands les dangers d'infection si l'on réintègre dans l'abdomen des anses intestinales ainsi souillées. Il faut faire la laparotomie et réduire de haut en bas.

Si les anses sont saines, après un lavage soigné du rectum, la laparotomie permettra de débrider l'orifice, de réduire l'intestin, puis d'obturer la déchirure. Il est de toute prudence de laisser un Mickulicz.

Si l'intestin est flétri, gangrené, perforé, il faut, suivant la pratique conseillée par QUÉNU<sup>1</sup>, se débarrasser d'abord par le rectum de la partie gangrenée de l'anse, en plaçant une ligature de chaque côté. La réduction des deux moignons dans l'abdomen est suivie ou d'une entérorraphie, ou d'un simple abouchement des deux bouts à la peau, suivant l'état du sujet qui bien souvent est incapable de supporter une longue intervention.

<sup>1</sup> QUÉNU. De l'intervention chirurgicale dans les ruptures spontanées du rectum. *Semaine médicale*, 1888, p. 26.

## V

## PLAIES DU RECTUM

Parmi les causes très nombreuses de plaies du rectum, deux catégories différentes sont à établir :

1° Plaies par instruments tranchants, piquants et contondants ;

2° Plaies par armes à feu.

§ 1. — PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS,  
PIQUANTS ET CONTONDANTS

**Étiologie.** — En dehors des plaies faites dans un but chirurgical, que l'intervention porte sur le rectum lui-même (rectotomie) ou sur les organes voisins (urèthre, prostate, vagin, etc.), les plaies par instruments tranchants sont rares. Le plus souvent les plaies du rectum sont produites par des instruments mous ou pointus, de forme à peu près cylindrique ou conique, de dimensions variables.

Les uns sont introduits dans un but thérapeutique : ce sont des canules de seringues, d'irrigateurs<sup>1</sup> ; ce sont bien plus souvent des bougies dilatatrices employées pour combattre un rétrécissement. Il faut tenir compte, comme nous le dirons dans un instant, de l'altération des parois du rectum ; elle nous explique comment une violence en apparence insignifiante suffit à produire la perforation.

Dans d'autres cas, ce sont des corps étrangers introduits soit par le malade lui-même, soit par d'autres, dans un but lubrique

<sup>1</sup> NORDMANN. Thèse de Bâle, 1887.