

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 QUÉNU¹, 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.

¹ 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'irrigateurs¹ ; 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

¹ NORDMANN. Thèse de Bâle, 1887.

ou criminel. Nous avons dit plus haut, en étudiant les corps étrangers du rectum, quelle est leur variété et quelles lésions multiples ils peuvent produire. Nous ne ferons que signaler les plaies produites par pédérastie.

Les faits de la troisième catégorie sont les plus importants : ce sont eux qu'on a surtout en vue lorsqu'on parle de plaies du rectum. Dans une chute d'un endroit élevé, d'un tas de foin, d'une meule de paille assez souvent, le blessé vient s'empaler pour ainsi dire sur une tige rigide, le manche d'une fourche, un pieu fiché en terre, un objet en fer, des tiges de céréales, etc...

D'autres fois, c'est le corps vulnérant lui-même qui, animé d'une certaine force, vient perforer le rectum, comme par exemple dans les plaies par coups de cornes.

Mais quelle que soit la cause, il nous faut en terminant cette étude étiologique attirer l'attention sur deux points :

1° Le corps vulnérant pénètre soit directement par l'anus, soit par la région péri-anaie, n'intéressant alors le rectum que secondairement. Le premier cas est paraît-il le plus fréquent.

Van Hook⁴ prétend, pour expliquer ce fait, que dans les chutes sur un corps étranger, les cuisses agissent comme des surfaces dirigeant le corps étranger vers l'espace interischiatique, puis que la ceinture osseuse ischio-pubo-coccygienne tend à le porter vers le milieu de l'espace, c'est-à-dire vers l'anus.

2° Il faut pour que la pénétration s'effectue une certaine violence. Le corps contondant une fois dans l'intestin pourra s'y arrêter ou pénétrer plus loin à une profondeur variable. Sa pénétration est ordinairement limitée par la rencontre de la face antérieure du sacrum ou du promontoire.

Esmarch et Nordmann attribuent un rôle à la muqueuse dans la limitation de la pénétration, et en particulier à la valvule de Houston, située à 6 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus. Nous avons peine à croire que ce repli muqueux puisse être un obstacle bien sérieux.

Le corps vulnérant peut entraîner dans la plaie qu'il crée l'in-

⁴ VAN HOOK. *Medecine, a monthly Journal of medicine and Surgery*, Detroit, juin 1896, vol. 2, n° 16.

troduction de germes septiques, de corps étrangers, de débris de vêtements. Il peut aussi s'y briser lui-même, circonstance qui augmente les difficultés d'extraction et aggrave le pronostic.

QUÉNU fait remarquer que la plupart des observations ont trait à des adultes de trente à cinquante ans ; un assez grand nombre pourtant se rapporte à des enfants de douze à quinze ans. La grande majorité des blessés serait du sexe masculin (47 sur 50 dans la statistique de van Hook).

Anatomie pathologique. — Le siège de la plaie rectale est à une hauteur variable qui peut aller jusqu'à 20 ou 25 centimètres de l'anus et intéresser par conséquent soit le canal anal, soit le rectum proprement dit ou même le colon pelvien sus-jacent. La plaie rectale peut ou non s'étendre au péritoine, point capital au point de vue des symptômes et du traitement.

PLAIES DE LA PORTION NON PÉRITONÉALE DU RECTUM. — Ce sont les plus fréquentes.

Le corps vulnérant a pénétré par l'anus : il rencontre une des parois du rectum, l'antérieure le plus souvent, et suivant la force dont il est animé, déchire la muqueuse seule, ou toutes les tuniques rectales, ou même les organes voisins.

La pénétration peut se faire par la région péri-anaie, dans l'empalement par exemple ; il n'est pas rare de voir alors deux perforations en regard l'une de l'autre, suivant la direction de l'instrument. Les dimensions de ces perforations, leur forme, sont éminemment variables suivant les causes.

Les organes voisins peuvent être blessés, avons-nous dit, surtout ceux qui sont à la partie antérieure, vessie et prostate chez l'homme, vagin chez la femme, plus rarement les fosses ischio-rectales ou la face antérieure du sacrum.

Les lésions secondaires sont des lésions infectieuses, phlegmon du creux ischio-rectal, phlegmon rétro-péritonéal, phlegmon diffus péri-anal, ou des fistules recto-vésicales, recto-vaginales.

QUÉNU¹ et BRANCA ont étudié le mode de cicatrisation de ces

¹ QUÉNU. Plaies du rectum. *Revue de Chirurgie*, mai 1900.

plaies intestinales. Lors de la section, la muqueuse plissée se rétracte moins que le chorion sous-jacent. Elle forme deux lambeaux flottants, dont la face profonde retombe comme un tapis de table sur la surface de section du chorion qu'elle recouvre. Pendant la cicatrisation il se fait une fusion entre les divers tissus : tuniques musculaires, chorion. Il n'en va plus de même au niveau des épithéliums ; là, plus de transition entre l'épiderme cutané et l'épithélium intestinal qui gardent, l'un et l'autre, leurs caractères typiques ; ils s'accolent sans s'unir.

PLAIES DE LA PORTION PÉRITONÉALE DU RECTUM. — Le cul-de-sac péritonéal est à 6 centimètres environ de l'anus : c'est assez souvent à ce niveau que siège l'orifice de pénétration. Il y a perforation soit de la paroi antérieure péritonéale du rectum, soit du colon pelvien. La violence a été grande et nombreux sont les cas de blessure des organes voisins. Par ordre de fréquence citons la vessie, le gros intestin (dans un cas de LAMBOTTE, le corps étranger vint perforer l'S iliaque en deux points opposés), le psoas, l'intestin grêle, le mésentère, le grand épiploon et même le foie, le diaphragme et le médiastin antérieur (CHATTERGEE). Les lésions secondaires sont des lésions dues à l'hémorragie et à la péritonite.

§ 2. — PLAIES PAR ARMES À FEU

Les plaies du rectum par armes à feu sont relativement peu étudiées et l'on en connaît environ 200 observations recueillies pendant les dernières guerres de ce siècle. Lorsque le projectile atteint le rectum après avoir perforé la paroi abdominale antérieure, c'est d'une plaie pénétrante de l'abdomen qu'il s'agit et au point de vue des symptômes le siège rectal de la perforation est d'importance secondaire. Au point de vue du traitement, il faut savoir que l'occlusion de ces plaies est très difficile à exécuter.

Les vraies plaies du rectum sont celles qui l'atteignent en traversant la ceinture pelvienne. QUÉNU, après examen des observations publiées sur ce sujet, conclut :

1° Que dans la majorité des cas les perforations du rectum par balles s'accompagnent de fractures pelviennes.

2° Dans tous les cas où la ceinture pelvienne est respectée, la balle passe, tantôt d'une échancrure sciatique à l'autre, tantôt d'une échancrure sciatique au trou obturateur du même côté ou inversement, tantôt enfin de la grande échancrure sciatique d'un côté au trou obturateur du côté opposé.

Suivant la direction du projectile on peut observer des lésions des organes voisins : la balle vient s'incruster dans le sacrum, ou elle perfore la vessie. Cette dernière complication est assez fréquente : ORIS, dans sa statistique, sur 103 cas compte 34 plaies vésicales concomitantes.

Symptômes. — En clinique, ce qu'on rencontre le plus souvent ce sont les plaies par empalement ; aussi allons-nous les étudier tout d'abord.

PHÉNOMÈNES IMMÉDIATS. — Dans les premiers moments, la douleur est souvent peu considérable et il n'est pas rare de voir des malades marcher, parcourir une assez longue distance et rester plusieurs heures en se plaignant à peine. Dans les cas plus graves pourtant et chez des sujets plus impressionnables, la douleur est vive dès le début et peut aller jusqu'à la syncope. Elle s'accompagne de malaises, d'angoisse, de nausées et même de vomissements.

En même temps peut se produire une hémorragie, très variable suivant le traumatisme ; tantôt elle consiste en quelques gouttes de sang mélangées aux matières, parfois au contraire elle est véritablement considérable.

PHÉNOMÈNES SECONDAIRES. — *Plaies de la portion non péritonéale.* — Si la blessure est peu profonde, un peu de douleur à la défécation, un écoulement purulent plus ou moins abondant, un certain degré d'incontinence si le sphincter a été touché, voilà tout ce qu'on observe ; encore tous ces phénomènes ne tardent-ils pas à disparaître et la guérison survient en quelques jours, deux à trois semaines au plus.

Mais il est des cas plus graves ; la plaie rectale sert de porte d'entrée à l'infection qui s'étend aux tissus voisins, et en particulier au tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale ou encore au tissu cellulaire sous-péritonéal. Dans ce dernier cas la séreuse réagit au contact du foyer enflammé ; le pouls rapide, les vomissements, le ballonnement du ventre, peuvent en imposer pour une péritonite et faire croire à une pénétration qui n'existe pas.

Dans des circonstances rares, fort heureusement, la septicité du milieu, le peu de résistance du sujet, expliquent ces infections sévères, ces phlegmons diffus péri-anaux qui amènent rapidement la mort.

D'une façon générale, les plaies non péritonéales ne sont pas très graves ; elles guérissent, mais parfois en laissant à leur suite une fistule ou de l'incontinence.

Plaies de la portion péritonéale. — Souvent rien ne fait supposer au début que la séreuse a été intéressée, puis au bout de quelques jours les douleurs deviennent plus vives, irradient par tout le ventre, tout en gardant leur maximum d'intensité à l'hypogastre et autour de l'ombilic ; le ventre se ballonne, les vomissements apparaissent, la température monte, le facies devient anxieux, le pouls petit, rapide, bref tout le cortège de la péritonite avec sa marche ordinaire et sa terminaison fatale si rien ne vient enrayer son évolution.

Ces symptômes peuvent même éclater *d'emblée* et il en est ainsi le plus souvent, quand, dans un rétrécissement ou un cancer, la perforation succède à une dilatation ou à une exploration un peu trop brusque.

De même que précédemment, des symptômes d'infection diffuse peuvent aussi s'observer ; la mort survient en quelques heures (douze, vingt, vingt-quatre), dans l'hypothermie, sans que le péritoine ait eu le temps de réagir.

La mort est la terminaison habituelle des plaies de la portion péritonéale du rectum. Dans le mémoire de QUÉNU, sur 36 observations, on relève 27 morts et seulement 9 guérisons.

La mort n'est cependant pas absolument fatale si l'on n'inter-

vient pas. L'infection peut se localiser, un abcès se collecte et la guérison survient assez lentement d'ailleurs.

Enfin, mais exceptionnellement, la guérison se produit très rapidement : un jeune malade de Teichmann guérit en quatorze jours, et cependant la pénétration avait été telle qu'on sentait le manche de l'instrument jusque dans l'hypochondre.

On pense à une *blessure de la vessie* quand, après le traumatisme, le blessé se plaint de douleurs dans la région vésicale et présente des troubles de la miction. Il urine difficilement, parfois même plus du tout, soit qu'il existe une rétention complète, soit qu'une communication large permette l'écoulement de la totalité de l'urine par le rectum. Une sonde introduite dans la vessie renseignera sur son contenu ; parfois même, signe important, elle donnera issue à des gaz qui ne peuvent provenir que de l'intestin.

Si le péritoine est indemne, la complication n'est pas très grave ; il n'en est pas de même quand la séreuse est intéressée, comme le montre bien la statistique de van Hook : sur 11 cas de blessures de la vessie par empalement, dans 5 où il y eut pénétration péritonéale, 3 morts ; dans les 6 autres où le péritoine était resté intact, 6 guérisons.

Dans les plaies par armes à feu, on observe immédiatement deux choses : la *douleur* pas très vive mais qui augmentera graduellement, l'*hémorragie* qui peut être abondante, mais qui est grave surtout par sa répétition, car les hémorragies secondaires sont de beaucoup les plus sérieuses.

Lorsqu'il existe une plaie péri-anales, elle peut aussi laisser passer du sang. Elle ne tarde pas à s'infecter et ses bords machés et tuméfiés livrent passage à de la sérosité louche ou à du pus plus ou moins mélangé de matières fécales, parfois à des gaz et à de l'urine. Si l'on n'intervient pas énergiquement le mal se propage, des décollements se font, se compliquant de phlegmons gangreneux, d'infiltration d'urine. Ces complications sont graves et entraînent souvent la mort. Sur 103 cas, ORIS compte 44 morts soit 42,7 p. 100. C'est à peu près la mortalité moyenne des blessures du rectum d'après les différentes statistiques (42 à

48 p. 100). Elles sont donc, contrairement à ce qu'on pourrait penser *a priori*, plus graves que celles de l'intestin grêle, mais il faut bien dire que ces résultats se rapportent à des cas observés en temps de guerre.

Quand la guérison s'obtient, ce n'est souvent encore qu'au prix d'une fistule stercorale, vésicale ou osseuse, d'un peu d'incontinence des matières fécales, d'un rétrécissement du rectum, etc. Le pronostic est donc grave, le traitement chirurgical immédiat s'impose.

Traitement. — C'est ici surtout que la division en plaies péritonéales et plaies non péritonéales présente une importance capitale, le diagnostic de plaie péritonéale entraînant comme corollaire la laparotomie immédiate. Le toucher rectal est tout à fait insuffisant et trompeur, une plaie en apparence insignifiante pouvant très bien être pénétrante : il faut voir, explorer.

Si la plaie est bas située, dans le canal anal, une valve introduite doucement dans l'anus et déprimant la paroi opposée, permettra souvent une exploration suffisante. Si non, il ne faut pas hésiter à endormir le malade : l'anus dilaté, la valve placée, une bonne irrigation chaude nettoie le rectum, des compresses abstergent la muqueuse et l'on découvre la plaie rectale. Une pince à petites dents fixe sa commissure supérieure, on fait une hémostase rapide, puis à l'aide d'un instrument mousse, d'un stylet, d'un hystéromètre, on pénètre doucement par l'orifice et on cherche à cathétériser le trajet. Si le stylet s'enfonce profondément, si son extrémité paraît libre, il y a de grandes chances pour qu'il y ait pénétration. On s'assurera, bien entendu, que l'extrémité libre n'est pas dans la vessie ou dans un décollement sous-péritonéal, cause d'erreur que signale QUÉNU.

Une plaie haut située serait découverte plus facilement par la rectoscopie. C'est un mode d'exploration précieux qu'il ne faut pas négliger. Dans le cas où malgré un examen attentif on reste dans le doute, la laparotomie exploratrice est indiquée au moindre signe de réaction péritonéale.

PLAIES SANS PÉNÉTRATION PÉRITONÉALE. — Nous avons ici deux choses à combattre : l'hémorragie, l'infection.

L'hémostase est facile pour les plaies bas situées ; on pince les points qui donnent, on lie ou on laisse les pinces à demeure pendant 48 heures, à moins qu'en présence d'une plaie bien nette, on ne tente la suture. Une hémorragie venant d'un point plus élevé sera combattue par la compression en prenant soin de laisser un gros drain au centre du tamponnement pour permettre l'issue des gaz.

L'infection est le principal danger. Si la plaie est seulement rectale, il faut, après avoir dilaté largement le sphincter, laver, nettoyer, tamponner. La dilatation du sphincter suffit ; la section n'est recommandée que s'il y a plus tard des symptômes de rétention. Si l'orifice de pénétration siège au dehors de l'anus, QUÉNU conseille de suturer la plaie au catgut par le rectum si c'est possible et d'établir un large drainage par l'orifice de la plaie para-rectale.

Dans les grands délabrements il faut faire plus : il faut fendre d'emblée le sphincter et la paroi rectale au niveau de la commissure postérieure ; et par cette rectotomie remontant aussi haut qu'il est nécessaire, on se crée une brèche pré-coccygienne considérable. — Voici la manœuvre que conseille LEJARS.

« Une incision transversale de 2 centimètres est pratiquée au bistouri au-devant de la pointe du coccyx, elle ouvre la loge graisseuse recto-coccygienne dans laquelle pénètre une grosse sonde cannelée : la sonde est dirigée vers la paroi postérieure du rectum qu'elle vient perforer à une hauteur variable au-dessus de l'anus, pendant qu'une large valve soulève et protège la paroi antérieure. Vous avez dès lors un conducteur et avec le thermocautère au rouge sombre, vous sectionnez couche par couche tout le pont ano-rectal qu'il a chargé. »

La diète et l'opium sont nécessaires pour empêcher le fonctionnement de l'intestin.

Si la vessie a été blessée, la première chose à faire est de placer une sonde à demeure ; l'urine ainsi dérivée, la communication se fermera souvent d'elle-même ; s'il persistait une fistule on l'oblitérerait secondairement par un des procédés ordinaires, en particulier par le procédé du store.

PLAIES PÉRITONÉALES. — *Il faut intervenir* dans les plaies péritonéales, voilà ce que la statistique nous démontre d'une façon très nette, et ce que presque tous les chirurgiens admettent aujourd'hui. Sur 6 blessés qui ont été laparotomisés, 4 ont guéri, soit une mortalité de 33,3 p. 100. Sur 29 non laparotomisés, 3 seulement ont guéri, soit une mortalité de 82 p. 100.

Il faut de plus intervenir immédiatement, car les lésions de péritonite se développent parfois avec une rapidité extrême. Dans une observation de QUÉNU, on trouvait déjà, six heures après l'accident, du liquide louche dans l'abdomen et pourtant la perforation était petite.

Le plan incliné est indispensable : la masse de l'intestin grêle étant éviscérée, on recherche l'orifice de la perforation qu'indiquent soit des adhérences soit une ecchymose sous-péritonéale. Cet orifice est obstrué par deux plans de suture. On aveuglerait de même une perforation vésicale, s'il en existait une. Les choses ne vont pas toujours sans difficultés, et dans quelques cas il pourrait être avantageux d'introduire dans le rectum, comme le suggère QUÉNU, un petit ballon qu'un aide gonfle d'air plus ou moins selon les besoins. On fait ensuite la toilette du petit bassin, au moyen de compresses aseptiques qui abstergent toute trace de liquide, et l'on draine par la partie inférieure de la plaie abdominale.

Dans des cas exceptionnels, l'intestin grêle peut faire issue à travers une large perforation rectale ; nous avons étudié aux ruptures du rectum le traitement de cette complication.

PLAIES PAR ARMES À FEU

Ces plaies seront traitées d'après les mêmes principes. De nombreux chirurgiens conseillent, quand le rectum a été traversé par une balle, d'inciser le sphincter pour s'opposer à la stase des matières fécales.

Cette conduite, depuis BÉGIN et DUPUYTREN qui l'ont préconisée, a donné de nombreux succès et mérite d'être imitée.

VI

AFFECTIONS PRURIGINEUSES DE L'ANUS

On observe assez fréquemment à la région anale un certain nombre d'affections comme l'intertrigo, l'érythème, l'eczéma, le lichen, l'herpès, qui peuvent s'accompagner de prurit anal. Ces affections prurigineuses reconnaissent pour origine : l'existence de parasites, de vers intestinaux, d'oxyures, en particulier chez l'enfant — toutes les causes d'irritation, constipation prolongée, diarrhée persistante, hémorroïdes, rectites, les écoulements purulents, qu'ils viennent du rectum ou du vagin, parfois même certaines actions extérieures, la disposition des poils en brosse après qu'ils ont été coupés. Mais ce qu'il faut dire, c'est que le terrain joue ici un rôle considérable ; il y a certaines prédispositions spéciales qui expliquent pourquoi avec les mêmes lésions le prurit existe intense dans certains cas et manque dans d'autres.

Le véritable prurit anal même est celui qui existe sans modifications pathologiques des téguments, autres que les lésions de grattage. On l'observe chez les arthritiques, les rhumatisants, les goutteux où il peut alterner avec des crises de douleurs articulaires. C'est une affection bénigne mais qui peut être fort pénible, car les démangeaisons sont vives. A l'occasion d'un écart de régime ou simplement le soir à la chaleur du lit, le prurit s'exagère, le malade ne peut résister au besoin de se gratter et les lésions de grattage augmentent encore les sensations d'agacement et de douleur. Ces phénomènes peuvent se compliquer de ténésme rectal ou vésical, de mouvements fébriles, de crises nerveuses ; on les voit chez certaines femmes survenir presque périodiquement à chaque retour des règles ou pendant la grossesse.

L'inspection, comme nous l'avons dit, peut ne révéler aucune lésion des téguments ; d'ordinaire cependant la peau est le siège d'éruptions variées, herpès, eczéma, lichen, qui ne présentent ici rien de bien spécial. La région est baignée par un liquide muco-purulent qui l'irrite, l'enflamme et va jusqu'à produire des ulcérations. Ces lésions gagnent la marge de l'anus dont les plis se fendillent, s'épaississent et perdent leur souplesse ; elles s'étendent d'autre part à la rainure interfessière, à la face interne des cuisses.

Sans être graves, ces affections prurigineuses sont fort gênantes en raison de leur extrême ténacité.

Avant d'instituer un traitement quelconque il faut tâcher de se rendre compte des causes du prurit. L'examen local suffit à les révéler, quand elles existent au niveau de l'anus et du rectum ; mais il faut savoir que certaines affections de la vessie, de l'urèthre, ou des organes génitaux chez la femme peuvent être en cause. Il faudra faire également l'examen des urines et s'attacher soigneusement à l'étude de l'état général.

Le traitement sera donc tout d'abord celui de la cause, constipation, diarrhée, vers intestinaux, rectite, etc... Les lésions locales seront modifiées par des topiques appropriés et contre les phénomènes inflammatoires, on obtiendra de bons résultats par les lavages très chauds suivis d'application de corps gras.

En présence de prurit sans lésions on doit essayer les badiageonnages avec une solution faible de nitrate d'argent, ou encore, suivant la pratique de GOSSELIN, avec le glycérolé d'alun et de calomel pulvérisé.

Alun.	4 grammes
Calome.	2 —
Glycérine.	15 —

Il faut surtout maintenir la région dans le plus grand état de propreté, éviter les grattages et tenir constamment écartées les lèvres de la rainure interfessière par l'interposition d'un linge fin ou d'une poudre inerte. Ajoutons que le traitement général a dans ces cas la plus grande importance.

VII

RECTITES

Sous le nom de rectites nous comprenons l'ensemble des lésions auxquelles peut donner lieu l'infection microbienne du rectum. Ici comme dans toutes les infections nous avons des formes aiguës et des formes chroniques.

RECTITES AIGUES

Étiologie. — 1° La rectite peut faire partie d'un ensemble de lésions étendues à tout ou partie du gros intestin, ou même au tube intestinal tout entier (colites, entéro-colites). C'est souvent le cas pour les rectites qui relèvent de causes dites médicales (rectites dysentériques, dothiéntériques, médicamenteuses, etc.).

2° *Le plus ordinairement l'infection est limitée au rectum.*

a. Elle peut porter sur un *rectum sain* lorsque la rectite succède à l'inoculation d'une plaie chirurgicale ou traumatique, à une ulcération due soit au séjour d'un corps étranger, soit à toute autre cause.

b. Elle peut porter sur un *rectum malade*, atteint d'hémorroïdes, de prolapsus, de polypes, etc.

Les causes générales incriminées, comme la goutte par exemple, n'ont tout au plus qu'un rôle de causes prédisposantes. Il en est de même de l'action du froid.

La rectite succède à une inoculation.

L'inoculation est directe, apportée du dehors par des rapports contre nature, des instruments, un thermomètre, ou consécutive à l'ouverture dans le rectum d'un abcès pelvien d'origine salpingienne, prostatique ou osseuse.

Elle est indirecte quand l'infection, gagne de proche en proche, infectant les tuniques de l'intestin sans véritable effraction de la muqueuse (par exemple la rectite membraneuse dans les salpingites).

Les microbes, causes de l'infection, sont nombreux; on sait, en effet, la richesse de la flore bactérienne du rectum. On connaît deux espèces de rectites spécifiques, la *rectite diphtérique* et la *rectite blennorragique*.

Nous étudierons plus loin cette dernière : l'autre n'a aucun intérêt chirurgical.

Anatomie pathologique. — Suivant les degrés, la muqueuse est rouge pâle ou rouge plus ou moins sombre; elle est teintée d'une façon uniforme, ou parsemée d'une sorte de piqueté hémorragique. L'épithélium cylindrique qui la tapisse tombe en certains points, et l'exagération de cette desquamation peut amener la formation de petites ulcérations.

La muqueuse est épaissie; elle a un aspect trouble dû à l'infiltration du chorion par les cellules migratrices, infiltration qui d'ailleurs envahit la sous-muqueuse et même la musculature. Il peut se former des abcès sous-muqueux qui soulèvent la muqueuse, la perforent et s'ouvrent à l'intérieur du rectum.

Les glandes sécrètent abondamment; la muqueuse est baignée d'un liquide séreux d'abord, puis bientôt trouble, épais, puriforme.

Symptômes. — La rectite aiguë peut débiter par des douleurs sourdes, assez vagues, par une sorte de pesanteur plutôt que de douleur vraie; mais souvent la douleur est vive, c'est une sensation continue de chaleur avec battements. Le décubitus la calme; les efforts, la défécation surtout, l'exagèrent. Elle irradie alors vers le périnée, les organes génitaux, les régions lombaires. C'est parfois un véritable ténesme, de faux besoins de défécation que les efforts du malade ne peuvent parvenir à satisfaire. C'est à grand-peine que se fait l'expulsion de quelques matières striées de mucus, de pus et de sang. Si la desquamation est intense, on y trouve aussi des glaires et même des fausses membranes : c'est la rectite membraneuse.

En dehors de la défécation le sphincter peut laisser échapper du pus, parfois en si grande abondance qu'il arrive à couler goutte à goutte.

L'*inspection* montre la région périnéale enflammée, irritée par le contact du pus; l'érythème s'étend aux fesses, au scrotum. Au centre l'anus est rouge, la muqueuse œdématiée, éversée, fait en quelque sorte ectropion.

Au *toucher*, qui est très douloureux, la muqueuse paraît brûlante; elle est épaisse, glissant mal sur les tissus sous-jacents et le doigt qui en parcourt la surface arrive parfois à sentir l'ulcération, point de départ de l'infection. Il ramène un mucus épais, sanguinolent.

Le *spéculum*, introduit pendant l'anesthésie, pour faire la dilatation par exemple, montre la muqueuse turgescente et rouge, parcourue de veines gonflées. Sa surface est tantôt sèche, tantôt recouverte d'un enduit muco-purulent. Au milieu des plis de la muqueuse, on voit parfois de petites escarres diphtéroïdes jaunâtres, de telle sorte, disent QUÉNU et HARTMANN, que la surface paraît saupoudrée de son.

Les *symptômes généraux* prennent rarement de l'importance et sont ceux que comporte toute infection : inappétence, état saburral, fièvre, etc... Il y a d'ailleurs tous les intermédiaires entre les formes très aiguës et les formes bénignes, comme par exemple certaines rectites blennorragiques qui peuvent passer complètement inaperçues.

Certaines *complications* sont possibles, soit immédiates, ce sont les suppurations périrectales, soit tardives, c'est le passage à l'état chronique avec toutes les suites fâcheuses qu'il comporte.

Ce passage à l'état chronique survient malheureusement trop fréquemment; c'est lui qui assombrit le *pronostic* de la rectite aiguë.

Diagnostic. — Le diagnostic de la rectite est facile : en trouver l'origine est chose plus délicate. L'examen bactériologique peut faire connaître la nature blennorragique de l'affection.

Traitement. — La rectite n'étant en somme qu'une complica-

tion, c'est à la cause qu'il faut s'adresser tout d'abord. Deux indications doivent dominer le traitement : lutter contre l'infection établie ; diminuer les chances de réinfection.

Pour diminuer l'infection, on s'efforce par le régime de diminuer la quantité des matières fécales, en supprimant tous les aliments qui laissent beaucoup de résidu ; le régime lacté, les antiseptiques intestinaux parviennent à les aseptiser dans une certaine mesure.

Localement on combattra l'infection par les bains de siège, les suppositoires iodoformés, et dès qu'ils seront possibles par les grands lavages avec des solutions d'acide borique ou de permanganate de potasse. Ces grands lavages seront suivis d'un petit lavement au bismuth ; la poudre qui se dépose sur les parois du rectum les isole dans une certaine mesure. Contre la douleur nous avons la cocaïne, le laudanum, la morphine.

Pour détruire le spasme et permettre à l'ulcération de se cicatriser, il peut être indiqué de pratiquer la dilatation anale suivie de quelques cautérisations.

Quand la rectite a tendance à devenir chronique, outre le régime et les antiseptiques intestinaux, il faut insister pour faire disparaître l'œdème inflammatoire et l'infiltration sous-muqueuse sur les grandes irrigations rectales chaudes, suivies plus tard de lavements astringents.

VIII

RECTITES CHRONIQUES

Sous l'influence d'irritations, d'infections répétées, la muqueuse intestinale réagit de deux façons différentes sans que nous sachions bien au juste les causes de cette évolution dans un sens ou dans l'autre. Il y a lutte pour ainsi dire entre l'élément conjonctif et l'élément glandulaire.

Dans certains cas les glandes l'emportent, elles prolifèrent, formant de nombreuses petites tumeurs à la surface de la muqueuse : ce sont les polyadénomes, que leur tendance à l'isolement, à la pédiculisation a fait aussi décrire sous le nom de polypes multiples ou de polypose. Le danger de cette forme est la transformation en cancer.

Dans d'autres cas, c'est l'élément conjonctif qui domine. La rectite est interstitielle ; proliférante au début, elle a souvent une tendance marquée à la sclérose secondaire. Le danger est ici le rétrécissement.

Il existe, bien entendu, entre ces deux types de nombreuses formes intermédiaires où les lésions sont mixtes.

RECTITES INTERSTITIELLES

Ce sont celles que l'on observe le plus fréquemment, les seules qu'on ait coutume de décrire sous le nom de rectites chroniques.

Étiologie. — Les causes en sont les mêmes que pour la rectite aiguë, à laquelle bien souvent elles succèdent. Nous ne reviendrons pas sur toutes les causes d'infection auxquelles peut être soumise la muqueuse rectale. Comme l'a fort bien dit TRÉ-