

perçus pendant l'enfance et la jeunesse, puis déterminer des accidents, voire même des accidents graves, à un âge relativement avancé.

Bœckel a signalé un autre accident des rétrécissements congénitaux du rectum, le prolapsus. Le bol fécal, lorsqu'il est résistant, s'arrête au-dessus du rétrécissement et tend à le refouler devant lui pendant les efforts de défécation. Il l'entraîne de plus en plus bas et même jusqu'en dehors de l'anus. Le prolapsus est alors constitué.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ne peut présenter de difficultés que dans le cas où le rétrécissement, ayant passé inaperçu, commence à déterminer des accidents à l'âge adulte. Alors même, les difficultés ne sont pas sérieuses, car aucun des rétrécissements acquis du rectum n'a les caractères physiques des rétrécissements congénitaux. L'étude du diagnostic trouvera mieux sa place au chapitre des rectites et des rétrécissements qu'elles engendrent.

Je dois cependant signaler un caractère particulier de ces rétrécissements congénitaux, sur lequel insistait Trélat, c'est qu'ils présentent une certaine mobilité verticale qui peut tromper sur leur siège réel. Ils se laissent refouler devant le doigt qui les explore, si bien que lorsqu'on les examine par le toucher, on est tenté de croire qu'ils siègent à 5 ou 6 centimètres. Puis si l'on vient à introduire au-dessus d'eux un instrument qui les accroche par en haut, et que tirant cet instrument en bas, on mesure la partie qui reste engagée, lorsqu'il est arrêté, on trouve qu'elle n'a que 2 centimètres. Ainsi, dans le premier examen, le rétrécissement paraît situé à 5 ou 6 centimètres; puis dans le second, il n'est plus qu'à deux. En réalité, il a été entraîné en haut, puis en bas; il n'est ni à 5, ni à 2 centimètres. Sa position vraie est intermédiaire, à 3 centimètres en général.

**Traitement.** — Il est tout à fait exceptionnel qu'on ait à intervenir pour un rétrécissement au moment de la naissance. Tant que les matières sont molles, il n'y a pas d'accident et le rétrécissement reste ignoré.

Ce n'est qu'au bout de quelques mois, et même souvent de plusieurs années, que les accidents surviennent et nécessitent un traitement.

La dilatation ne donne que des résultats insignifiants ou temporaires. Il faut agir plus énergiquement si l'on veut guérir le malade; et il est important de le faire, car les troubles de la défécation s'accroissent avec l'âge et des complications graves peuvent survenir.

Lorsque le rétrécissement est en forme de croissant on peut l'inciser verticalement. La plaie prend alors la forme d'un losange, et en réunissant les deux côtés supérieurs aux deux côtés inférieurs, on obtient une suture transversale qui élargit le point rétréci.

Si le rétrécissement est très bas situé, on peut prolonger l'incision verticale jusqu'à l'anus, et abaisser l'angle supérieur de la plaie de façon à la suturer à la peau.

Lorsque le rétrécissement est en forme de diaphragme complet,

on peut, ou bien faire en deux ou trois points la même opération que pour les rétrécissements en croissant, ou bien réséquer complètement la valvule. Si l'on prend ce dernier parti, il faut faire une suture très soignée de la plaie pour éviter la formation ultérieure d'un rétrécissement cicatriciel.

## II

## TRAUMATISMES

Dans ce chapitre des traumatismes, je décrirai les *corps étrangers du rectum*, les *plaies* et les *ruptures*.

## 1° CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM.

Les corps étrangers du rectum sont de trois ordres : 1° les matières fécales accumulées en excès; — 2° les corps étrangers avalés; — 3° les corps étrangers introduits par l'anus. On pourrait ajouter un quatrième groupe pour les corps étrangers qui pénètrent à la faveur d'une plaie. Mais outre que ceux-ci sont très rares, il est bien clair que la plaie devient alors plus importante que le corps étranger.

**A. Coprostase.** — Dans certains cas, les matières intestinales s'accumulent dans le rectum en telle quantité qu'elles y jouent le rôle de corps étrangers. Certains aliments prédisposent à la coprostase en rendant les matières plus abondantes ou plus résistantes. On conte qu'en Irlande, lors de la disette de 1846, ces accidents étaient fréquents chez les malheureux qui se nourrissaient principalement de pommes de terre avariées.

Parfois les matières s'agglutinent autour de corps non digérés, paquets de cheveux, coquilles de noix, noyaux de fruit, calculs biliaires, ascarides chez les enfants.

Ce qui prédispose le plus à ces coprostases excessives, c'est la parésie intestinale. Aussi la rencontre-t-on plus souvent chez les vieillards.

La quantité des matières accumulées peut être énorme. J'ai vu, à l'école pratique, un sujet dont le rectum distendu mesurait huit centimètres de diamètre. Non seulement les matières remplissent le rectum, mais elles remontent jusque dans le côlon. Tantôt elles forment une seule masse de la consistance d'un mastic épais; tantôt c'est un amas de matières ovillées enrobées dans du mucus grisâtre, produit d'une hypersécrétion de la muqueuse enflammée.

Les symptômes sont souvent très flous. Il ne faut pas s'attendre à trouver des signes d'occlusion intestinale bien manifeste, car



les gaz peuvent filtrer au travers des matières et s'échapper au dehors. Souvent même les malades ont de la diarrhée. Les matières liquides, soit qu'elles viennent de plus haut après avoir filtré comme les gaz, soit qu'elles résultent de l'hypersécrétion du bout inférieur, sont émises en quantité exagérée.

Cependant il y a un certain ballonnement avec de l'inappétence ou des nausées. Les matières remontant jusqu'au côlon forment une tumeur abdominale. La compression peut amener de la rétention d'urine chez l'homme. Si cet état persiste, les malades s'affaiblissent, et lorsqu'ils sont âgés finissent par s'éteindre.

Le diagnostic bien qu'il paraisse simple, peut être égaré par la diarrhée. Si l'on n'est pas prévenu, on ne songe pas à la coprostase chez un malade qui rend des matières liquides en abondance, et la masse stercorale qui vient faire saillie à la partie inférieure de l'abdomen peut conduire à d'étranges erreurs. Richerand a cru qu'il s'agissait d'un cancer de l'utérus. Cependant les tumeurs stercorales ont des caractères particuliers. Elles sont toujours un peu pâteuses et se laissent déformer sous la pression du doigt comme de la cire. Ce symptôme doit éveiller l'attention, et le diagnostic devient immédiatement très facile. Si on examine le périnée, on le voit bomber sous la pression des matières, et le toucher rectal ne laisse plus place au doute.

Le traitement consiste en purgatifs et lavements, irrigations rectales à l'eau glycéricée pour ramollir les matières et réveiller les contractions intestinales. Le lavement électrique rend de grands services quand ces moyens ont échoué. Mais il y a des cas où rien ne peut faire sortir l'intestin de son atonie, et l'on est obligé d'enlever les matières avec des cuillers mousses, de vidanger le rectum.

B. *Corps étrangers avalés.* — Les corps qui ont pénétré par la bouche et qui arrivent jusque dans le rectum ne peuvent pas être dangereux par leur volume, mais ils peuvent l'être par leur forme ou leur nombre.

Tantôt ces corps sont avalés par bravade ou à la suite de pari. Brodie raconte l'histoire d'un matelot américain qui avait avalé une lame de couteau. Celle-ci, après avoir traversé sans encombre tout l'intestin, vint perforer la partie moyenne du rectum, ce qui détermina des accidents mortels. Un malade de Nicaise avait mangé une telle quantité de cerises que le rectum et la partie inférieure du côlon étaient encombrés par les noyaux. On trouva chez un autre soixante coquilles d'escargots, chez d'autres encore des coquilles de noix, des débris de saladier, des dents de fourchette, des manches de porte-plume.

Les aliénés détiennent le record dans ce genre. Il en est un qui avait avalé cent clous, plusieurs morceaux de fer et de verre, des épingles à cheveux; un autre s'était régalé de 19 gros clous, une vis de

7 centimètres, des morceaux de fonte et de verre, des aiguilles à coudre, à tricoter et un fanon de baleine.

Tantôt ces corps non alimentaires sont avalés par mégarde. Il n'est pas rare que des enfants avalent des billes, des boutons, des jouets, ce qui n'a pas grand inconvénient. Les tapissiers avalent souvent les petits clous qu'ils ont coutume de se mettre dans la bouche. Ces petits clous peuvent traverser tout le tube digestif pour venir se piquer au niveau des valvules de Morgagni, où ils déterminent des accidents inflammatoires.

Il n'est pas très rare que des dents artificielles, des rateliers partiels soient déglutis accidentellement par ceux qui en sont porteurs. Cas plus étrange : un malade d'Esmarch avait avalé un œil artificiel, dont l'effet a dû être au moins singulier lorsqu'il s'est présenté à l'anüs.

Les accidents produits par les corps étrangers déglutis sont très variables. On peut en distinguer quatre groupes.

Très souvent les corps étrangers sont expulsés au prix de quelques douleurs, mais sans déterminer d'accidents.

Quelquefois ils amènent des accidents d'obstruction, ainsi les noyaux de cerises, les coquilles de noix ou d'escargots.

Certains corps étrangers séjournent dans le rectum et engendrent de la rectite.

Enfin il en est qui perforent le rectum. Tantôt la perforation est mécanique. Ainsi le couteau avalé par le matelot de Brodie avait sectionné les tuniques rectales. Un fragment d'os pointu peut agir de même. On a vu une arête de poisson traverser le rectum, se piquer dans l'utérus gravide et déterminer l'avortement. Tantôt la perforation se fait lentement à la suite de rectite, par ulcération. Des abcès se développent qui vont s'ouvrir plus ou moins loin. Les corps étrangers pénètrent du rectum dans la cavité de l'abcès, d'où ils sont éliminés avec le pus. C'est ainsi qu'ils peuvent pénétrer dans la vessie, sortir par le vagin, par le périnée et même par la paroi abdominale.

Le vrai traitement consiste, cela va de soi, à enlever les corps étrangers du rectum avant qu'ils n'aient déterminé ces accidents. Quand il s'agit de corps étrangers déglutis, l'extirpation ne saurait présenter aucune difficulté.

C. *CORPS ÉTRANGERS INTRODUIITS PAR L'ANUS.* — C'est dans cette catégorie qu'on trouve les faits les plus intéressants et les plus singuliers.

*Étiologie.* — Quelquefois, mais bien rarement, les corps étrangers pénètrent par accident. Un individu, par exemple, tombe assis sur une grille ou sur un échelas. C'est un empalement accidentel. Il y a toujours dans ces cas des plaies non seulement du rectum, mais des organes voisins, et ces blessures constituent le fait important. On a vu aussi, accident plus rare et moins dangereux, une sangsue égarée pénétrer insidieusement dans le rectum.



Je n'ai pas à parler ici du supplice du pal, ni de la rave pilée et saupoudrée de cendre chaude que les Grecs enfonçaient, dit-on, dans le rectum pour punir l'adultère. On peut rapprocher de ces supplices la mésaventure de cette fille publique dont Marchettis nous a rapporté l'histoire. Des étudiants en gaieté lui avaient introduit dans le rectum une queue de cochon.

On est surpris de trouver la dissimulation dans l'étiologie des corps étrangers du rectum. Il paraît cependant que les forçats ont coutume de cacher, non pas dans leur sein, mais dans leur viscère, le nécessaire où ils renferment les instruments destinés à leur évasion.

Quelques corps étrangers ont été introduits par jactance, à la suite de paris; mais la plupart le sont pour satisfaire de honteuses passions. Les malheureux affolés par la lubricité, arrivent à s'introduire dans le rectum les corps les plus singuliers : tuyaux de pipe, phallus, morceaux de bois, cailloux, navettes de tisserand, dents de rateau, manches de fourche, pots de confitures, verres, chopes, bouteilles. Le malade de Montanari, — c'est à lui que revient la palme, — s'introduisit un pilon de mortier long de 30 centimètres et épais de six. Ayant réalisé sans dommage cette singulière expérience, il en voulut faire une autre plus complète, qui fut moins heureuse. Il s'enfonça un instrument du même genre qui mesurait 55 centimètres de long, et se perfora l'intestin.

**Anatomie pathologique.** — Les corps étrangers introduits par lubricité sont réguliers et lisses. C'est par leurs dimensions qu'ils deviennent dangereux. Il faut à ce point de vue les diviser en trois catégories.

Les objets courts, plus ou moins arrondis, sont les plus inoffensifs. Ils sont expulsés spontanément ou facilement extraits. Ils peuvent cependant, sous l'influence des mouvements antépéristaltiques, remonter dans le côlon et même, d'après Clomadeuc, jusque dans le côlon transverse.

Les corps longs et minces deviennent nocifs par leur longueur. Comme ils sont rectilignes, ils tendent à redresser les courbures de l'intestin et peuvent le déchirer. Lorsqu'ils séjournent, leur extrémité inférieure ulcère le rectum en arrière, leur extrémité supérieure ulcère le côlon en avant. Cela résulte de la position qu'ils prennent et que je vais exposer à propos de la troisième catégorie.

Les corps étrangers qui sont longs et gros s'enclavent; longs, cela veut dire qu'ils mesurent plus que la distance comprise entre le coccyx et le promontoire, et qu'ils ne peuvent par conséquent se loger dans la courbure sacrée. Un verre par exemple peut se loger dans le petit bassin, une bouteille ne le peut pas. Ce seul fait a une très grande importance au point de vue de la position que prennent les corps étrangers et de la difficulté de l'extraction. A propos d'une bouteille que j'ai extirpée d'un rectum, j'ai fait sur ce sujet des recherches

expérimentales que j'ai communiquées à la Société de chirurgie (1). Je me suis servi dans mes expériences de la bouteille même que j'avais enlevée.

Pour introduire cette bouteille sur un cadavre ordinaire, il faut une force énorme. Le goulot, introduit le premier, s'incline d'abord en arrière. Mais bientôt le sacrum l'empêche de se porter dans cette direction; le promontoire le repousse en avant au maximum. Au contraire, la prostate et le ligament de Carcassonne, violemment soulevés, refoulent le corps en arrière contre le coccyx. La bouteille est donc coincée entre trois points d'appui : le promontoire, la forte aponévrose périnéale, le coccyx. Si on continue l'introduction — et encore une fois il faut déployer une grande force — dès que le fond a dépassé le sphincter ou plutôt le coccyx, la bouteille change brusquement de position, comme si elle était mue par un ressort. Le ressort c'est l'aponévrose moyenne. Le fond file en arrière dans l'excavation sacrée, tandis que le goulot s'incline en avant et à gauche, de telle façon que chez beaucoup de sujets il vient soulever la paroi abdominale entre l'ombilic et l'épine iliaque gauche. Les rapports sont alors les suivants. Le goulot entraîne la portion inférieure du côlon pelvien dont il est coiffé et le méso de cette portion 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 l'introduction, tendent au contraire à s'abaisser, maintiennent le corps de la bouteille en arrière et s'opposent à ce que le fond puisse être ramené assez en avant pour qu'il évite le taquet coccygien. Il faut donc, pour que l'extraction puisse être faite, ou que le coccyx soit très mobile, ou qu'on le résèque.

Dans ces cas, la pression est considérable qu'exercent le fond de la bouteille sur la partie postérieure du rectum et son goulot sur la partie supérieure du côlon pelvien, car le méso est très fortement tendu. On comprend donc qu'il se produise des ulcérations en ces deux points si le séjour du corps étranger se prolonge. Ces ulcérations, suivant leur siège, amènent ou des phlegmons ou des péritonites.

**Symptômes.** — Il est incroyable que les pédérastes arrivent à lâcher les corps étrangers qu'ils ont coutume de s'introduire dans le rectum pour assouvir leurs honteuses passions. Le fait n'est cependant point rare. Le premier moment passé, la situation devient pénible. Douleurs, tranchées, troubles urinaires paraissent. C'est alors que sonne l'heure des aveux. Mais les malheureux n'osent

(1) Voir aussi l'article que j'ai publié sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire*, 1897, p. 1069.



encore dire toute la vérité, et ils se livrent aux inventions les plus extravagantes pour expliquer la présence au moins singulière de corps aussi étranges dans leur rectum.

Les uns, contre toute vraisemblance, prétendent les avoir avalés; d'autres invoquent un empalement accidentel. Ils auraient par hasard rencontré en tombant une bouteille, un verre, un pot à confiture, qui sans se briser auraient pénétré subrepticement par l'anus. Le « bon religieux » dont Morand raconte l'histoire, s'était introduit « dans le fondement une bouteille d'eau de la reine de Hongrie » pour « se guérir d'une colique qui le tourmentait ». Quelques-uns vont même jusqu'à invoquer une raison d'économie. Ils espéraient, prétendent-ils, en mettant obstacle à l'issue des matières fécales, réduire d'autant leur alimentation.

Les corps étrangers peuvent déterminer des lésions immédiates, déchirures de la vessie, déchirures de l'intestin. Cela s'observe dans les empalements accidentels, parfois aussi chez les pédérastes, tant est grande leur frénésie.

En général, il n'y a pas de lésions immédiates. Que deviennent alors les corps étrangers? Ceux qui sont de petit volume et réguliers sortent spontanément. Cela peut même arriver pour des corps volumineux. Weigand raconte l'histoire d'un individu qui rendit au bout de trente et un jours une perche à ramer les haricots, longue de 30 centimètres et demi.

Les corps étrangers qui restent dans le rectum déterminent des accidents d'obstruction intestinale et des troubles urinaires. Ces accidents et ces troubles ne sont pas toujours bien graves, de telle sorte que les corps étrangers peuvent séjourner un certain temps. Ils produisent alors des ulcérations, et généralement, comme je l'ai dit, en deux points diamétralement opposés. Ces ulcérations deviennent parfois la source d'hémorragies. Ainsi le malade de Tompsett perdit une grande quantité de sang. Plus souvent elles amènent des accidents septiques, péritonites si elles siègent haut, phlegmons si elles siègent bas. Les corps étrangers de petit volume se retrouvent quelquefois dans la cavité des abcès; les plus volumineux ne peuvent s'y engager qu'en partie.

Lorsque le corps étranger est tubulaire, il arrive que la muqueuse rectale s'invagine dedans. Desault a observé un cas où une invagination de ce genre s'était produite dans un pot à confiture sans fond.

**Traitement.** — Les corps étrangers du rectum entraînent donc des accidents sérieux et même graves. Aussi est-il nettement indiqué de les extraire le plus rapidement possible.

Quand il s'agit d'un corps étranger de petit volume, inoffensif par lui-même, et remonté assez haut pour être devenu difficilement accessible, le mieux me paraît être d'administrer un purgatif. Hormis ce cas, il faut procéder à l'extraction manuelle ou instrumentale.

En général, les corps non enclavés, ceux des deux premières catégories, c'est-à-dire les corps courts et les corps minces, sont faciles à enlever. Il est bien inutile de décrire ici tous les instruments, pinces, tenettes, forceps, qu'on peut employer à cet usage. La pince à faux germe de Pajot a été souvent utilisée. La règle générale est de ne rien faire à l'aveuglette. A moins qu'il s'agisse de corps étrangers très petits et très réguliers, qu'on peut ramener avec le doigt ou facilement sortir avec une pince, il faut endormir le malade et largement dilater l'anus. Il est important, lorsque le corps étranger est court, de ne pas le faire remonter en voulant l'explorer ou le saisir.

Dans certains cas il faut recourir à des artifices particuliers. Marchettis, ayant à enlever cette queue de cochon introduite par manière de plaisanterie dans l'anus d'une jeune personne, rencontra une difficulté imprévue. Quand on la tirait, les soies, se présentant à rebrousse-poil, pénétraient dans la muqueuse et menaçaient de la déchirer. Marchettis eut l'idée de glisser autour d'elle une tige de roseau creux qui lui permit de l'enlever sans dommage.

Quand il s'agit de corps fragiles tels que des verres, il faut avant tout s'efforcer de ne pas les briser, car les fragments deviennent offensants pour la muqueuse rectale, et il est fort difficile de les enlever sans la déchirer. Nélaton eut dans un cas de ce genre une hémorragie considérable. Velpeau se servit d'une corne à soulier pour protéger le rectum. Les valves étaient d'un usage moins courant à son époque qu'aujourd'hui. Son idée, encore qu'elle fût ingénieuse, ne donna qu'un bien médiocre résultat, car le malade mourut d'un phlegmon du bassin. Le Fort, pour empêcher une chope de se briser, y coula du plâtre.

Pour les corps étrangers, longs et volumineux, qui sont enclavés suivant le mécanisme que j'ai exposé précédemment, les difficultés sont plus considérables. On n'hésitait pas autrefois à conseiller la fragmentation, et on l'a faite avec des instruments de toute espèce, lithotriteurs, céphalotribes. J'ai déjà dit qu'il fallait au contraire l'éviter. Les morceaux de tout corps étranger susceptible d'être brisé sont offensants, ils font donc courir un danger au malade.

L'obstacle à l'extraction, ce n'est pas le sphincter, qu'on peut toujours largement dilater et qui souvent, dans les cas de ce genre, n'a pas besoin de l'être, c'est le coccyx. J'ai montré comment il se recourbe en crochet au-dessous du corps étranger refoulé en arrière par l'aponévrose moyenne et la prostate. Il faut donc ou récliner le coccyx, ou s'en débarrasser; le récliner si cela suffit, si c'est insuffisant l'enlever.

On commencera par introduire dans l'anus dilaté une valve, qu'on insinuera entre le corps étranger et la paroi postérieure du rectum. En tirant fortement cette valve en arrière, on réduira le coccyx autant que faire se peut, et on tentera l'ablation.

Si celle-ci ne se fait pas aisément, il faut sans hésiter, sans s'exposer



à briser le corps étranger, enlever le coccyx. Mais comment l'enlever? Dans un cas que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, j'ai fait une rectotomie postérieure et réséqué le coccyx par cette plaie. J'ai pu alors saisir le corps étranger — c'était une bouteille — entre le pouce et l'index et l'enlever avec la plus grande facilité. J'ai suturé toute la plaie avec des fils profonds, comme dans une périnéorrhaphie, et le malade a guéri sans aucun incident.

Buffet (d'Elbeuf) a fait remarquer fort justement qu'on pouvait enlever le coccyx en sectionnant simplement le sphincter sans intéresser la muqueuse. C'est fort exact. Mais ne pourrait-il pas arriver, lorsque le corps étranger est volumineux, que la muqueuse, n'étant plus soutenue par le sphincter, se déchire lors de l'extraction? Si l'on ne fait pas la rectotomie, ne vaudrait-il pas mieux réséquer le coccyx en respectant le sphincter qui n'est pas gênant. Je conviens qu'il vaut mieux éviter la rectotomie. Mais si on ne la fait pas, les difficultés de préhension persistent, qui peuvent être considérables lorsque le corps étranger est volumineux et lisse. C'est donc affaire de cas particuliers. Il me paraît très sage de commencer par faire la résection du coccyx sans intéresser le rectum. Cela fait, si le corps étranger est difficile à saisir, je crois que, au lieu de s'exposer à le briser, il vaut beaucoup mieux fendre l'intestin.

La difficulté pratique est de savoir jusqu'où il faut pousser les tentatives d'ablation par les voies naturelles, avant de se décider à recourir à l'intervention sanglante. M. Monod (1) a réuni 33 cas dans une statistique. 27 fois sur 33 le corps étranger a pu être directement enlevé. Mais sur ces 27 malades six sont morts, et dans trois cas la mort est directement imputable aux manœuvres d'extirpation. Cela ne prouve-t-il pas qu'on ne doit pas pousser trop loin les tentatives d'extirpation directe? La résection du coccyx sans ou avec rectotomie n'est pas si dangereuse.

## 2° RUPTURES.

De toutes les parties de l'intestin, le rectum est celle qui se rompt le moins souvent. Les ruptures purement traumatiques sont d'une extrême rareté; en général le traumatisme n'agit qu'à la faveur d'une lésion préexistante.

**Étiologie.** — Je diviserai en trois classes les ruptures du rectum au point de vue étiologique.

a) *Les ruptures par distension*, qui ont, ou plutôt avaient pour agent unique le ballon de Petersen, aujourd'hui justement abandonné. Encore s'agissait-il plutôt dans ces cas d'escarres amenant des perforations secondaires, que de ruptures brusques.

(1) MONOD, *Soc. de chir.*, 10 novembre 1897.

b) *Les ruptures par compression* de dehors en dedans, qui sont les ruptures obstétricales. Elles sont de deux ordres: les *ruptures complètes du périnée* qui intéressent la cloison recto-vaginale, l'anus et une portion plus ou moins étendue du rectum; les *ruptures centrales*, bien plus rares, dans lesquelles le fœtus passe au travers de la cloison recto-vaginale et sort par l'anus. Ces cas seront étudiés dans les ruptures du périnée.

c) *Les ruptures par effort*, qui doivent seules nous occuper ici. Je range dans les ruptures par effort celles qui sont consécutives à des coups sur l'abdomen. En effet, quelque idée qu'on se fasse des ruptures de l'intestin par traumatismes abdominaux, il est très certain que l'agent vulnérant ne peut pas au travers de la paroi abdominale agir directement sur le rectum. C'est donc l'augmentation de la pression qui amène la rupture, exactement comme dans les cas où il n'y a pas de traumatisme. Les ruptures du rectum consécutives à des contusions abdominales sont d'ailleurs d'une extrême rareté. Chevassu, sur 149 cas de rupture de l'intestin, n'en cite qu'un seul où le rectum ait été intéressé, et encore la déchirure était-elle limitée à la séreuse. Il y a cependant deux cas déjà anciens, ceux de Frank (1) et de Wells (2), où des ruptures totales ont été produites par des chutes sur le ventre.

Les vraies ruptures du rectum sont les *ruptures dites spontanées*, qu'il est bien plus juste d'appeler *ruptures par effort*. Les exemples en sont d'ailleurs fort rares. Le plus souvent il s'agit de femmes. Dans quelques cas il s'agit d'un effort banal, effort pour soulever un poids, effort de vomissement, mais le plus souvent c'est l'effort de défécation qui produit l'accident. La pression agit donc à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du rectum.

Mais il est une circonstance étiologique qui joue un rôle de premier ordre, c'est l'existence antérieure d'un prolapsus. On la trouve notée dans plus de la moitié des cas, de telle sorte qu'on pourrait presque considérer la rupture comme une complication du prolapsus.

**Anatomie pathologique.** — Dans un cas de Mayo, la rupture portait sur la portion sous-péritonéale et intéressait la cloison recto-vaginale. En règle, c'est la portion péritonéale qui est atteinte, et dans sa partie antérieure. C'est donc au niveau ou au voisinage du cul-de-sac de Douglas que la déchirure siège.

Elle peut être transversale, verticale, ou irrégulièrement étoilée. Ses dimensions sont très variables. Il en est que l'on compare à une pièce de 20 sous, d'autres mesurent 10 pouces. Elles n'intéressent pas également toutes les couches. La séreuse est la plus atteinte, comme si la déchirure commençait de son côté. Cela paraît d'autant plus probable que, dans un cas dont j'ai déjà parlé, elle était seule atteinte. Ces ruptures incomplètes sont peu connues. Dans les

(1) FRANK, *Gaz. méd.*, 1876, p. 418.

(2) WELLS, *Boston med. Journ.*, 1876, p. 626.