

ruptures complètes la lésion est donc moins étendue du côté de la muqueuse que du côté du péritoine. Quénu a observé un cas où la déchirure péritonéale mesurait 10 centimètres, et celle de la muqueuse 4,3 seulement.

On trouve dans les observations peu de renseignements sur l'état exact des parties. Quénu a constaté un épanchement sanguin qui disséquait en quelque sorte les tuniques rectales. Nous verrons le parti qu'il a tiré de ce fait au point de vue du mécanisme.

La déchirure ne peut aller sans une hémorragie, dont une partie peut se faire dans le péritoine.

Le fait le plus important et le plus curieux, c'est que les anses d'intestin grêle s'engagent par la déchirure dans le rectum et de là sortent par l'anus. Le paquet d'intestin qui s'échappe ainsi au dehors peut être très considérable. Les anses prolapsées mesuraient 2 mètres dans un cas de Quénu, 2 yards au moins dans celui de Brodie, 12 pieds et 10 pouces dans celui de Pyl, 5 à 6 mètres dans le fait d'Adelman. Ces anses plus ou moins étranglées et par la déchirure et par le sphincter se congestionnent, s'œdématisent; elles prennent une teinte ecchymotique; leur revêtement séreux se dépolit, sans compter qu'elles sont plus ou moins souillées de matières fécales ou de poussière.

Mécanisme. — Le mécanisme de ces ruptures du rectum est difficile à saisir. Mais il y a un fait certain, c'est qu'elles sont précédées d'altérations qui diminuent la résistance des parois rectales. Comme nous l'avons vu, il existe le plus souvent un prolapsus antérieur. Quénu pense que les vaisseaux altérés, ou plus exactement les veines, se rompent d'abord sous l'influence de l'effort. Le sang se répand dans l'épaisseur des tuniques, les dissèque, les dissocie, les élimine, et prépare ainsi la rupture. Il appuie cette manière de voir sur l'examen très attentif d'un fait dont j'ai déjà parlé, et où il existait en effet un épanchement sanguin infiltré dans l'épaisseur des parois.

On peut se demander si ce mécanisme s'applique à tous les cas, et s'il explique bien l'étendue plus considérable de la déchirure du côté de la séreuse.

Il est en tout cas une autre explication. Les ruptures se produisent presque toujours chez des individus atteints de prolapsus. Or on sait que dans les prolapsus complets la partie antérieure de la tumeur contient un cul-de-sac péritonéal dans lequel les anses intestinales s'engagent. Il se forme ainsi une sorte de hernie qui a reçu le nom d'*hédrocèle*. Sous l'influence de l'effort les anses intestinales tendent à pénétrer en plus grand nombre dans cette hernie, où la pression s'élève. On conçoit que si cette pression devient trop considérable, le sac herniaire, qui est formé des parois rectales retournées et affaiblies, éclate. C'est certainement ainsi que les choses se sont passées dans le cas de Leventauer, puisque le prolapsus est resté au

dehors après la rupture. Mais en général il n'en est pas ainsi. Lorsqu'on voit les malades, le prolapsus est réduit. Il faudrait donc admettre qu'il s'est réduit après la production de la déchirure. Cela semble invraisemblable, mais peut cependant être vrai, car c'est ce qui est arrivé dans le cas de Roché, où la déchirure s'est produite pendant qu'on travaillait à réduire le prolapsus.

Symptômes. — L'accident se produit brusquement pendant un effort, et le plus souvent un effort de défécation. Une douleur subite, assez violente souvent pour provoquer une syncope, mais assez vague parfois pour qu'une malade de Brodie ait cru faire une fausse couche, tel est le premier symptôme. Aussitôt du sang s'écoule, et une tumeur paraît que les malades prennent pour leur prolapsus augmenté. Ce sont les anses intestinales qui s'échappent. Si les malades continuent leurs efforts, ils *défèquent* leur intestin; c'est ainsi que 5 ou 6 mètres peuvent être chassés au dehors.

Les anses intestinales prolapsées s'altèrent rapidement et inégalement, les unes sont turgides, œdématisées, rouges, saignantes; les autres sont flasques, ratatinées, noirâtres et froides.

Il se produit très vite un épuisement nerveux considérable. La prostration est extrême. Roché a trouvé sa malade au coin du feu, avec ses intestins roulant dans les cendres. Les traits s'altèrent, la voix se casse, les extrémités se refroidissent et la mort survient.

Si les malades échappent à l'hémorragie et à l'épuisement nerveux, ils restent singulièrement exposés à l'infection péritonéale.

Le pronostic est donc d'une effroyable gravité. Tous les malades dont j'ai pu relever les observations sont morts, sauf celui de Needham, que cite Daniel Mollière, et celui de Leventauer.

Diagnostic. — Le diagnostic est bien facile. Quand le prolapsus ne s'est pas réduit, cas rare, on voit la déchirure elle-même. Quand il s'est réduit, on constate que des anses intestinales sans sac s'échappent de l'anus, et il est de toute évidence qu'elles n'ont pu passer qu'au travers d'une déchirure.

Traitement. — Réduire l'intestin après l'avoir aseptisé, telle est l'indication fondamentale. Comment la réaliser?

On commencera en tout cas par nettoyer les anses intestinales et les laver largement avec de l'eau bouillie chaude. Malheureusement, lorsque le prolapsus est réduit, et c'est le cas le plus fréquent, les anses ne peuvent rentrer dans le péritoine qu'en passant par le rectum, milieu septique qu'il est bien difficile de nettoyer en de pareilles circonstances.

Le nettoyage fait aussi attentivement que possible, il faut réduire. Le premier obstacle à franchir, c'est l'anus. On cherche d'abord, par des manœuvres d'expression, à vider les anses de leur contenu liquide, solide ou gazeux, en le refoulant vers le haut. Puis lorsqu'on a ainsi diminué le volume du paquet hernié, on commence les

manceuvres de réduction proprement dites. Quand ce premier temps a réussi, les anses intestinales sont rentrées dans le rectum, mais rien ne prouve qu'elles ont repassé par la déchirure pour rentrer dans le péritoine. Il semble cependant que ce second temps de la réduction se produise spontanément. La déchirure rectale est d'ailleurs vaste en général, et après avoir dilaté l'anus, on pourrait faire passer les anses du rectum dans le péritoine.

Quand le prolapsus est resté au dehors, on peut au contraire faire rentrer directement les anses par la déchirure dans le péritoine. On reconstitue ainsi l'hédrocèle, et on réduit le tout ensuite.

La réduction faite, il faut empêcher l'intestin de s'échapper de nouveau. Pour arriver à ce but, on peut ou bien suturer la déchirure, ou bien introduire un tampon par le rectum dans la plaie : pessaire de Gariel ou mèche de gaze. Aucun de ces deux moyens n'est satisfaisant. Suturer est imprudent, car l'asepsie de l'intestin réduit est incertaine. Adelman a fait la suture dans des conditions que je dirai tout à l'heure ; son malade est mort. Placer un tampon, c'est laisser le péritoine en communication avec le rectum qui est septique. Peut-être vaudrait-il mieux, chez la femme, suturer la déchirure et drainer le cul-de sac de Douglas par le vagin.

Jusqu'ici j'ai supposé la réduction possible ; mais elle peut être impossible. Si alors l'intestin n'est pas mortifié, si le malade n'est pas mourant, il faut faire la laparotomie et réduire en exerçant des tractions sur les deux bouts qui s'engagent dans la déchirure. C'est ce qu'ont fait Brodie et Adelman. Encore ce dernier ne put-il réduire qu'après avoir ponctionné une anse intestinale.

La réduction ainsi obtenue, reste toujours aussi embarrassante la question de l'oblitération de la déchirure. Adelman, après avoir réduit, reproduisit le prolapsus pour faire la suture au dehors. Son malade a succombé.

J'arrive à la troisième et dernière hypothèse. L'intestin prolapsé présente des altérations graves qui ne permettent pas de le réduire. Une ou plusieurs anses sont mortifiées. Le cas est plus embarrassant. Stein réséqua la partie mortifiée et fixa les deux bouts sectionnés dans la déchirure rectale, pour créer un anus artificiel s'ouvrant dans le rectum. Son malade est mort. Quénu, après avoir excisé la partie sphacélée, ferma les deux bouts ouverts par une ligature à la soie. Puis il fit une laparotomie et ramena ces deux bouts pour les fixer dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le résultat ne fut pas meilleur, le malade succombait dix-huit heures après l'opération.

Le malheur est que ces malades sont dans un état général très grave. Quoi qu'on fasse, on ne sauvera pas beaucoup de ceux dont l'intestin est si profondément altéré. La seule chance de succès est dans la précocité de l'intervention.

3° PLAIES.

Les plaies de l'anus n'offrent rien de spécial, si ce n'est qu'il est très difficile, presque impossible de les tenir parfaitement aseptiques. Il faut noter aussi que quand le sphincter est complètement divisé les lèvres de la plaie s'écartent davantage. Il est bon dans ce cas, tant pour abrégier la durée du traitement que pour assurer le rétablissement fonctionnel, de faire une suture profonde.

Les plaies du rectum sont plus intéressantes. Elles sont rares, car le bassin protège efficacement la dernière partie de l'intestin, mais elles sont graves, car il est difficile qu'une plaie un peu étendue du rectum n'intéresse pas en même temps quelque organe voisin.

Ces plaies peuvent être produites de dedans en dehors. Nous avons vu comment les corps étrangers lésent la paroi rectale. Les plaies dues aux canules à lavement n'étaient pas rares autrefois. La canule métallique, brutalement et maladroitement poussée, traversait la paroi antérieure de la partie inférieure de l'ampoule, et le lavement était injecté dans le péritoine. C'est ce qui faisait la gravité de ces plaies, gravité extrême, puisque sur 8 cas Velpeau comptait 6 morts. Ces accidents ne se voient heureusement plus depuis que les infirmiers sont un peu mieux préparés à leurs fonctions et surtout qu'on a remplacé les canules métalliques par des embouts en gomme ou en caoutchouc. Les plaies chirurgicales qui rentrent dans ce groupe ont aussi à peu près disparu. Elles étaient fréquentes au temps où l'on pratiquait la taille recto-vésicale, où l'on ponctionnait la vessie, où l'on ouvrait les abcès prostatiques par le rectum.

Les empalements accidentels, chute sur des pierres, coups de corne, produisent des plaies contuses irrégulières d'autant plus graves qu'elles intéressent presque toujours les organes voisins, vessie, vagin.

Les plaies de dehors en dedans étaient parfois le résultat de maladie au cours des tailles périnéales. Dans les fausses routes faites par des cathétérismes brutalement maladroits, la sonde peut perforer le rectum. Les esquilles des fractures multiples du bassin le dilacèrent quelquefois, mais bien rarement. Il est tout à fait exceptionnel que les instruments tranchants arrivent jusqu'au rectum, arrêtés qu'ils sont par la ceinture pelvienne. Mais les projectiles des armes à feu ne se laissent pas arrêter si facilement. Otis a relevé 309 blessures du rectum par balles pendant la guerre de sécession. On compte seulement 19 cas pour la guerre d'Italie. Il y a presque toujours alors des lésions plus ou moins graves des organes voisins, mais le squelette n'est pas toujours atteint. Il arrive que les projectiles traversent le bassin, soit verticalement, soit obliquement, en passant par les trous ou échancrures naturelles, sans léser la ceinture osseuse.

Anatomie pathologique. — Les plaies du rectum sont incomplètes ou complètes. Nous avons vu que dans les ruptures incomplètes c'est la séreuse qui est atteinte. C'est le contraire pour les plaies complètes. Comme elles sont presque toujours produites de dedans en dehors par les corps étrangers, c'est la muqueuse qui est lésée. La blessure peut amener une hémorragie considérable. Mais son vrai danger vient de ce qu'elle est exposée à s'infecter.

Les plaies complètes se comportent très différemment suivant qu'elles portent sur la région intra-péritonéale ou sur la région sous-péritonéale. Dans le premier cas, elles déterminent des péritonites, dans le second des phlegmons diffus du bassin.

Les plaies elles-mêmes sont si variées et en général si irrégulières, qu'elles échappent à toute description.

Les lésions concomitantes des organes voisins, urètre, prostate, vessie, vagin, utérus, autres portions de l'intestin, sont très importantes comme éléments de pronostic.

Symptômes. — Ils sont très variables. On comprend qu'il n'y a presque rien de commun entre une déchirure de la muqueuse faite par un corps étranger et les vastes délabrements produits par une balle qui traverse le bassin. Dans certains cas, les dégâts sont tels que la mort survient en quelques instants, avant même qu'on ait fait le diagnostic.

Étudions les cas qui ont un intérêt clinique. La douleur n'a évidemment rien de caractéristique. L'évacuation du sang par l'anus a une bien autre importance. Lorsqu'elle se produit très rapidement après un traumatisme, elle indique presque sûrement une blessure du rectum. Quand la plaie est très vaste et qu'elle siège dans la portion intra-péritonéale, il peut arriver, comme dans les déchirures, que les anses intestinales s'y engagent, pénètrent dans le rectum et en sortent par l'anus. Ce dernier symptôme est absolument caractéristique, mais il manque le plus souvent.

Aussi faut-il, pour assurer le diagnostic, faire un examen attentif avec le doigt et le spéculum. Cette exploration doit être faite avec les plus grandes précautions pour ne pas aggraver le mal.

Quand il existe une plaie cutanée, on peut voir sortir par son orifice des matières fécales ou des gaz. Si la plaie s'ouvre dans la région périnéale, il est aisé d'y introduire un stylet et de le conduire jusque dans le rectum. Si la plaie est abdominale, toute manœuvre de ce genre doit naturellement être proscrite.

Lorsque plusieurs organes sont simultanément blessés, des symptômes particuliers paraissent. Suivant les cas, les matières fécales s'écouleront par le vagin ou par l'urètre. Inversement, l'urine peut passer dans le rectum et être émise par l'anus.

L'évolution des plaies du rectum est très variable. Entre les cas qui entraînent la mort en quelques heures et ceux qui guérissent

en quelques jours, on trouve tous les intermédiaires de gravité.

Les complications sont fréquentes. L'hémorragie immédiate ou secondaire peut être considérable. Quand le sang s'écoule par l'anus, elle est facile à reconnaître, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le sang peut s'accumuler dans le rectum si la plaie est incomplète ; il peut, si elle est complète, s'accumuler dans le péritoine, et les seuls symptômes sont ceux des hémorragies internes.

Les complications infectieuses sont bien plus fréquentes. Si la blessure siège dans la région intra-péritonéale, c'est la péritonite. Celle-ci peut être circonscrite lorsque la plaie est incomplète, ou encore lorsque des adhérences arrêtent l'infection. Plus souvent elle est généralisée ; c'est ce qui arrivait lorsqu'on injectait un lavement dans le péritoine ; c'est ce qui arrive lorsque les matières fécales pénètrent immédiatement et en grande quantité dans la séreuse.

Si la lésion siège dans la zone sous-péritonéale, c'est du côté du tissu cellulaire qu'évoluent les accidents infectieux : lymphangite et abcès circonscrits lorsque la plaie est incomplète, phlegmons diffus lorsque la plaie est complète. Dans les livres anciens, on multipliait inutilement les variétés de phlegmon diffus. On décrivait séparément l'infiltration stercorale due à la pénétration directe des matières fécales dans le tissu cellulaire, l'infiltration gazeuse, plus grave encore, qui pouvait s'étendre jusqu'au thorax. Tous les symptômes qu'on attribuait à cette dernière sont ceux de la gangrène gazeuse, et il est bien probable que l'emphysème qu'on observe alors est dû au développement de gaz *in situ* et non à la pénétration et au cheminement lointain des gaz intestinaux. En somme tous ces accidents dépendent de la nature et de la virulence des agents infectieux.

Ils entraînent souvent la mort, ou laissent à leur suite, lorsque les malades ne succombent pas, des infirmités persistantes et graves : fistules recto-vaginales, fistules uréthro ou vésico-rectales, clapiers périnéaux à trajets multiples.

Le pronostic des plaies du rectum est donc sérieux. La mortalité est considérable : 42 p. 100 dans la guerre de sécession ; 32 p. 100 dans la guerre d'Italie ; 48 p. 100 dans la guerre franco-allemande. La mortalité de ces statistiques militaires est certainement trop considérable, car elles comprennent surtout des plaies par projectiles de guerre, les plus graves de toutes. Mais il n'en reste pas moins que les blessures du rectum sont sérieuses.

Diagnostic. — Le diagnostic est très facile lorsque des matières fécales ou des gaz s'échappent par le vagin, par l'urètre, par une plaie périnéale ou abdominale. Encore ces accidents pourraient-ils être dus à la blessure d'une portion de l'intestin autre que le rectum. Il en est de même lorsque du sang est émis par l'anus après un traumatisme. Aussi l'incertitude du siège de la lésion oblige-t-elle à faire toujours un examen local très attentif.

Traitement. — Quand on a la certitude que la plaie est incomplète, la principale indication est d'aseptiser le rectum. Pour cela, il faut le débarrasser de toute matière fécale par de grandes irrigations à l'eau boriquée chaude, puis injecter du lait de bismuth, de façon que la poudre médicamenteuse se dépose sur toute la paroi rectale, et établir une constipation artificielle en administrant de l'opium à doses fractionnées, 10 ou 12 centigrammes d'extrait thébaïque en vingt-quatre heures. Si l'hémorragie paraît menaçante et résiste aux injections d'eau très chaude, on s'efforcera, après avoir dilaté l'anus, de lier ou au moins de pincer le vaisseau qui saigne : le pincement et la ligature sont beaucoup plus sûrs que la compression. Cependant il faut savoir comment on peut réaliser cette dernière pour le cas où il serait impossible de faire la ligature ou la forcipressure. Jadis on introduisait par l'anus un segment de boyau et on le gonflait lorsqu'il était en place en y injectant de l'eau. On arrive au même résultat avec le pessaire de Gariel. Si l'on fait le tamponnement avec de la gaze, on aura soin de mettre un tube au milieu des tampons pour laisser passer les matières et les gaz. Mais, je le répète, la compression n'est pas un bon moyen d'arrêter les hémorragies rectales. Dans les blessures qui siègent haut, elle est difficile à réaliser et elle est dangereuse, car elle pourrait, en distendant l'intestin, transformer une plaie incomplète en rupture complète. Ce n'est donc que dans les lésions de la portion sous-péritonéale qu'on pourrait l'employer, et seulement, à mon avis, dans les cas où il serait impossible de faire mieux.

Dans les plaies complètes, évidemment on se comportera de tout autre façon.

Les plaies perforantes de la région intra-péritonéale rentrent dans le cadre des plaies de l'intestin. Lorsqu'on sera appelé quelques heures après l'accident, on fera immédiatement la laparatomie et l'on suturera. Les difficultés peuvent être considérables, car le rectum est, en raison de sa profondeur, de toutes les portions de l'intestin la plus difficile à aborder. Le plan incliné rend alors de signalés services. Quand on est appelé seulement vingt-quatre ou trente-six heures après le traumatisme, les indications sont moins précises. S'il n'y a aucune réaction péritonéale, c'est que des adhérences se sont déjà formées ; il est alors peut-être plus sage d'attendre et de prescrire l'opium. Au contraire, lorsqu'il y a des signes de péritonite, si faibles que soient les chances de succès, on doit intervenir tant qu'on peut espérer que le malade est en état de supporter l'opération.

Ce sont les phlegmons et cellulites pelviennes qui font le danger des plaies de la portion sous-péritonéale. On s'efforcera d'en prévenir le développement. Comment atteindre ce but ? Il est bien difficile de donner pour cela des règles générales. C'est affaire de cas particuliers. S'il s'agit d'une petite plaie, qu'on soit appelé presque

immédiatement après le traumatisme, que le rectum soit vide, on peut réussir en faisant une suture après un nettoyage soigné. S'il s'agit au contraire d'une plaie vaste déjà souillée de matières fécales, la suture ne saurait réussir, et il peut être indiqué de fendre largement le périnée. Encore une fois, c'est affaire d'appréciation pour chaque cas. Plus tard, lorsque les complications septiques ont déjà paru, il faut se comporter comme dans tous les phlegmons pelviens.

Lorsqu'il y a blessure simultanée de plusieurs organes, on est conduit à pratiquer des interventions compliquées, dans le détail desquelles je ne puis entrer ici.

II

INFLAMMATIONS

C'est un cadre très vaste que celui des inflammations. Il faut y établir des divisions. J'étudierai d'abord les inflammations du rectum lui-même, c'est-à-dire les *rectites* ou *proctites*, puis les inflammations du tissu conjonctif péri-ano-rectales.

Ces rectites elles-mêmes doivent être divisées en deux grandes classes : les *rectites aiguës*, parmi lesquelles je rangerai la *blennorragie ano-rectale*, et les *rectites chroniques*. Ces dernières comprennent deux variétés : les *rectites hypertrophiques* proliférantes ou sténosantes, et les *rectites ulcéreuses*. Je rattacherai à ces dernières les *fissures*.

Les inflammations du tissu cellulaire comprennent, d'une part les *phlegmons* et *abcès aigus*, et d'autre part les *abcès froids*, la *tuberculose péri-anale*. Les *fistules* se rattachent directement à ces inflammations dont elles sont les conséquences.

1° RECTITES AIGUES.

Les rectites aiguës sont dues à des infections microbiennes. La bactériologie n'en a pas été suffisamment étudiée pour qu'on puisse en distinguer plusieurs variétés correspondant aux agents pathogènes. Quand bien même elle serait mieux connue, je ne sais pas s'il y aurait grand intérêt à multiplier les divisions, car la clinique, qu'il ne faut pas perdre de vue quand il est question de maladies, ne les justifie pas. Je ne vois même pas d'avantage à séparer la rectite blennorragique des autres, et je la décrirai ici.

Étiologie. — L'étiologie des rectites est abondante et variée.

1° Elles sont dues parfois à l'extension d'une lésion inflammatoire siégeant plus haut ; elles succèdent à une colite ou une entéro-colite. La dysenterie peut s'étendre au rectum et les ulcérations de la fièvre