

CHAPITRE XIII

---

RECTUM ET BASSIN



SOMMAIRE

<i>Anatomie et pathologie.</i>	
Bassin . . . . .	731
Rectum . . . . .	732
Anus . . . . .	733
<i>Traumatismes.</i>	
Plaies . . . . .	734
Corps étrangers . . . . .	736
<i>Inflammations.</i>	
Rectite . . . . .	739
Phlegmon et abcès . . . . .	740
<i>Ulcérations, rétrécissements, tumeurs.</i>	
Hémorroïdes . . . . .	744
Végétations . . . . .	748
Condylômes et syphilides . . . . .	749
Polypes . . . . .	750
Prolapsus . . . . .	752
Rétrécissements . . . . .	757
Cancer . . . . .	760
<i>Solutions de continuité.</i>	
Fissures . . . . .	764
Fistules . . . . .	766
<i>Tumeurs pelviennes.</i> . . . . .	770
<i>Névralgies.</i>	
Coccygodynie . . . . .	773
Prurit anal . . . . .	774

RECTUM ET BASSIN

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

BASSIN

Une ceinture osseuse formée en arrière par le sacrum et le coccyx, latéralement et en avant par des os iliaques, constitue la charpente du bassin.

Le détroit supérieur, indiqué en arrière par l'angle sacro-vertébral, latéralement par la ligne innominée, vient se terminer en avant par l'éminence

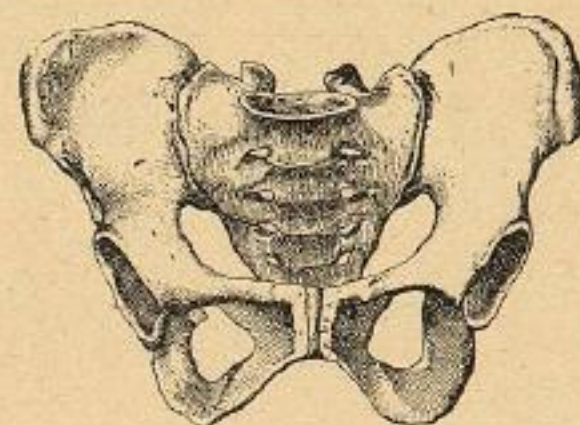


Fig. 634. — Bassin normal.

ilio-pectinée, la branche horizontale du pubis et la partie supérieure de la symphyse pubienne, il sépare le bassin en deux parties, le grand ou supérieur, le petit ou inférieur.

Le grand bassin représente la paroi inférieure de la cavité abdominale et protège l'intestin, la fosse iliaque droite étant plus particulièrement réservée au cœcum et la gauche à l'S iliaque.

Le petit bassin, fermé inférieurement par le diaphragme musculaire pelvien (voir fig. 242, p. 226), qui le transforme en une calotte dont l'ouverture appliquée au détroit supérieur regarde la grande cavité abdominale, contient les organes génitaux profonds (ovaire, trompe, utérus relié à l'extérieur par le vagin), côtoyés en arrière par le rectum, en avant par les voies urinaires (vessie et urètre).

Les organes génitaux ont été précédemment étudiés de même que les voies



urinaires, l'étude seule de la terminaison du tube digestif, rectum et anus, nous reste à faire.

### RECTUM

Le *rectum* fait suite à l'S iliaque, relativement droit après cette partie contournée du gros intestin, d'où vraisemblablement son nom qui en réalité n'est pas exact.

Il commence à la symphyse sacro-iliaque gauche, se dirige en rapport avec la concavité du sacrum vers la ligne médiane qu'il ne tarde pas à fran-

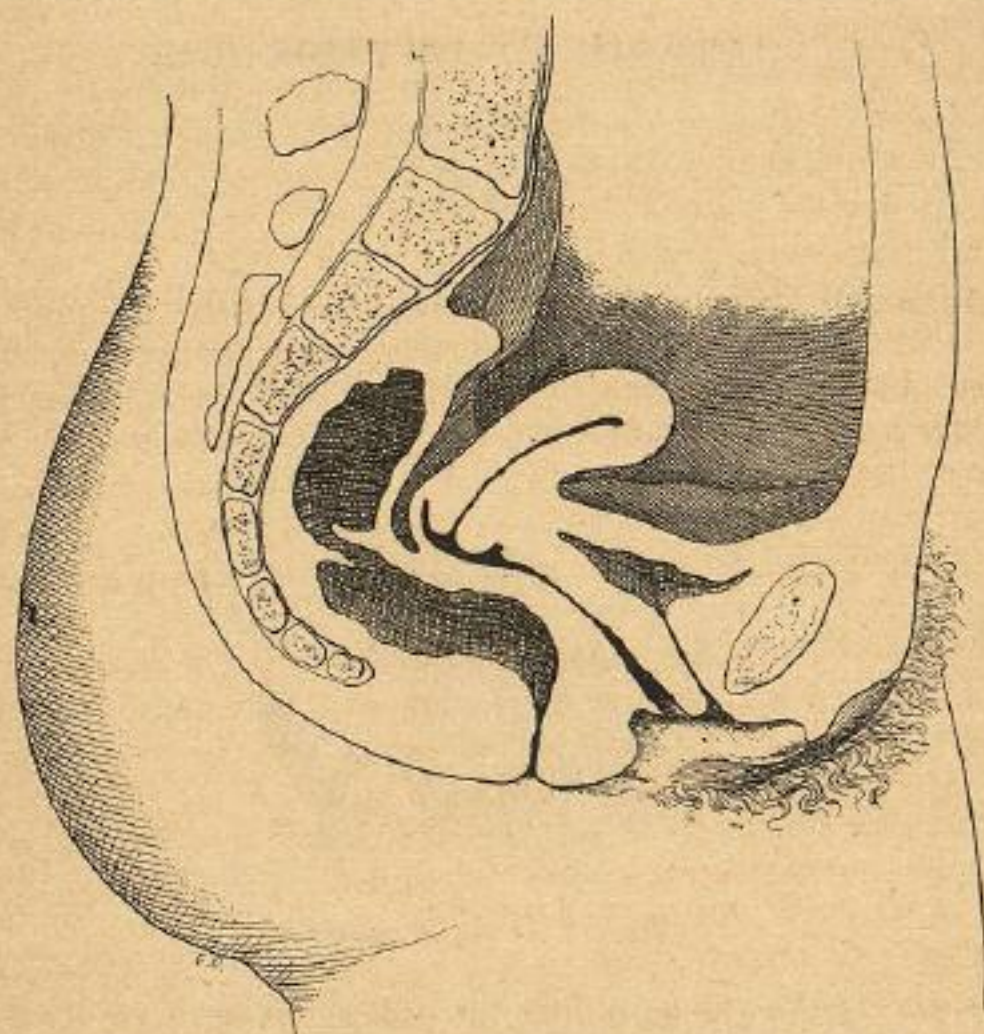


Fig. 635. — Rectum et anus. — Coupe antéro-postérieure (Skene).

chir au niveau de la troisième pièce sacrée, pour descendre dans la partie droite du bassin; puis il franchit de nouveau la ligne médiane et incline légèrement à gauche, revient enfin sur la ligne médiane qu'il ne quitte plus jusqu'au niveau de l'an.

Sa courbure générale dans le sens antéro-postérieur rappelle celle d'un S, dont la première concavité est parallèle à celle du sacrum, et dont la seconde, contraire à la précédente, regarde le coccyx.

Dans le sens transversal, il présente également deux courbures, la première concavité regarde à gauche, la seconde plus petite à droite.

Le rectum est partiellement enveloppé par le péritoine.

Supérieurement l'enveloppement est complet, et les deux feuillets de la séreuse s'adossant en arrière du tube intestinal forment le *mésorectum*, trait d'union entre le rectum et le sacrum, d'autant plus complet que cette partie de l'intestin est moins distendue.

Le *mésorectum* laisse une certaine mobilité à la partie supérieure du rectum, d'où le déplacement possible de l'organe à ce niveau.

Plus bas le *mésorectum* disparaît, le péritoine passe simplement en avant du rectum et le limite en avant de même que le sacrum en arrière, latéralement l'espace est comblé par du tissu cellulaire.

Inférieurement au-dessous du cul-de-sac de Douglas, le revêtement péritonéal fait complètement défaut, le rectum est en rapport en avant directement avec le vagin, en arrière avec le coccyx et le releveur périnéal qui lui fait suite, latéralement avec le tissu cellulaire.

Le rapport intime du vagin et du rectum est important au point de vue de l'examen digital, le doigt pouvant par l'an.

Quant à la *structure*, le rectum, au-dessous de la séreuse qui forme, ainsi qu'il vient d'être vu, un revêtement incomplet, comprend une double tunique musculaire lisse, la première superficielle et longitudinale, dont les fibres se terminent les unes en se réfléchissant au niveau du releveur périnéal pour gagner au-dessus de l'aponévrose pelvienne la paroi du bassin (sacrum et os iliaque), les autres en se confondant avec les fibres du releveur périnéal, les dernières enfin en allant jusqu'à la peau du pourtour de l'an.

Au-dessous des fibres longitudinales, se trouve la seconde tunique de fibres dont la direction est circulaire, et qui se terminent au niveau de l'an par un bourrelet constituant le sphincter interne, essentiellement distinct du sphincter externe composé de fibres striées.

Entre la couche musculaire et la muqueuse, s'étale une couche cellulaire analogue à celle de tout l'intestin et qui permet le glissement de la muqueuse, glissement qui devient pathologique en cas de prolapsus du rectum.

La muqueuse, dépourvue de papilles et recouverte d'épithélium cylindrique, est riche en glandes en tubes; à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs se trouve la *valvule de Houston* que l'extrémité du doigt peut atteindre dans l'exploration ano-rectale.

### ANUS

L'an.

ORIFICE ANAL. — Cet orifice, qui constitue un véritable canal, est circulaire et présente une circonférence froncée.



A l'état normal et en dehors de l'effort il est fermé.

De son pourtour se dirigent vers le centre un certain nombre de *plis radiés*; pour bien les voir, il faut tirer légèrement sur les bords de l'orifice.

L'anus est recouvert d'une muqueuse qui est de couleur rosée; lorsqu'on l'examine de près, on constate l'existence d'un certain nombre de plis verticaux, désignés sous le nom de colonnes du rectum.

Entre celles-ci existent de petits replis valvulaires, comparables aux valvules aortiques, le bord libre de ces replis regardant en haut.

Ces petites pochettes peuvent devenir le point de départ de suppurations, dues à l'arrêt momentané de corps étrangers et à l'irritation consécutive de la muqueuse rectale.

**SPHINCTER EXTERNE.** — On trouve ce muscle dans un rayon de 3 centimètres tout autour de l'orifice anal.

Son attache fixe répond à la bandelette fibreuse, qui va de l'orifice anal à l'extrémité du coccyx; le point d'attache mobile se fait en avant sur l'aponévrose périnéale superficielle, au niveau du constricteur du vagin avec lequel le sphincter externe mêle ses fibres, en affectant la figure d'un 8 de chiffre, qui circonscrit les deux orifices vaginal et anal.

Le SPHINCTER INTERNE est formé par les fibres circulaires les plus inférieures du rectum, qui en se groupant constituent des faisceaux plus épais que dans les parties supérieures.

Le sphincter interne mesure une hauteur de 4 centimètres environ et se trouve engagé par le sphincter externe qui le déborde en bas.

**PHYSIOLOGIE.** — A l'état de repos les sphincters, agissant en vertu de leur tonicité, tiennent l'orifice anal fermé, mais il suffit d'une lésion de la moelle siégeant vers la partie inférieure (vertèbres dorsales) pour amener le relâchement des sphincters et, par là même, l'incontinence des matières fécales.

A l'état normal, la défécation a pour point de départ une sensation vague, une sorte de pesanteur due à la pression exercée sur l'anus par le bol fécal.

Sous l'influence de cette sensation, il se produit une contraction réflexe des tuniques musculaires du rectum, qui tend à chasser vers l'anus les matières accumulées; si les sphincters résistent, il en résulte un mouvement antipéristaltique, qui refoule les fèces vers les parties supérieures du rectum; mais la tonicité des sphincters a une limite, qui est franchie lorsque la colonne formée par les matières fécales est trop haute; dans ces cas, les seuls mouvements péristaltiques de l'intestin suffisent pour que l'acte de la défécation soit accompli, bien que dans les cas ordinaires l'état solide des matières exige l'intervention de l'effort.

#### 4. — PLAIES DU RECTUM

Les plaies du rectum sont de deux ordres : les unes sont dues à des traumatismes, les autres à l'intervention chirurgicale.

D'une façon générale, on peut dire que les plaies du rectum sont rares, étant donné la situation profonde de cette partie de l'intestin et ses rapports avec le sacrum, qui forme un solide bouclier destiné à le protéger en arrière.

Les causes de ces plaies sont multiples.

Tantôt c'est une chute d'une certaine hauteur sur un corps pointu, qui s'enfoncé dans l'anus en arrivant jusqu'au rectum à travers les parties molles de la fesse ou du périnée; tantôt c'est l'introduction maladroite d'un instrument tel que canule à irrigateur, sonde, etc.

Il y a des cas où la perforation ou plutôt la rupture est survenue d'une façon presque spontanée, c'est à cet ordre de faits qu'il faut rapporter les déchirures se produisant, sous l'influence des efforts qui accompagnent la dernière période d'expulsion du fœtus.

Les efforts de défécation seraient aussi suffisants pour déterminer une rupture partielle de la cloison recto-vaginale.

Il ne faut pas oublier que le séjour trop prolongé d'un pessaire métallique ou en caoutchouc durci peut aussi, à la longue, amener une fissure de la paroi vagino-rectale et aboutir finalement à une véritable plaie.

L'étendue et la profondeur des plaies du rectum sont très variables : les unes toutes superficielles, limitées, les autres présentant des délabrements très considérables.

Les SYMPTÔMES sont assez caractéristiques pour que le diagnostic d'une plaie du rectum ne soit pas difficile.

La douleur localisée, l'écoulement de sang par l'anus et plus tard l'écoulement de matières muco-purulentes attirent l'attention des malades et du chirurgien.

Si à ces signes on voit s'en ajouter d'autres, tels que le passage des matières par le vagin ou de l'urine par le rectum, la certitude est absolue.

L'hémorragie est un accident assez inquiétant, étant donné qu'il est difficile d'y porter remède; la perte de sang peut parfois être extrêmement abondante et amener un état syncopal chez la blessée.

La péritonite complique quelquefois les plaies du rectum; si l'inflammation s'étend petit à petit, de proche en proche, elle peut être circonscrite et n'avoir qu'une gravité relative; tout autrement se présentent les choses, lorsque le corps vulnérant atteint d'emblée le péritoine et le fait communiquer avec la vessie ou le rectum. La péritonite présente alors un caractère très aigu et la malade est emportée au bout de quarante-huit ou de soixante-douze heures.

Le phlegmon péri-rectal est une complication bien moins terrible et se termine généralement par l'établissement d'une fistule.

Les classiques parlent aussi d'un fait qui doit être certainement très rare, à savoir l'emphysème, qui, à la suite de perforations du rectum, atteindrait des proportions inquiétantes, tel le cas rapporté par la *Lancet* de 1860 (t. I<sup>er</sup>, p. 89), où il s'était étendu à toute la partie inférieure de l'abdomen.