

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^{er}, p. 89), où il s'était étendu à toute la partie inférieure de l'abdomen.

Le pronostic varie avec la situation, les dimensions, la profondeur de la plaie ; la guérison est la règle dans la plupart des cas.

Le traitement s'adressera à la douleur et aux complications possibles du côté du péritoine ; on combattra ces phénomènes par l'opium.

Plus tard, lorsque la suppuration s'établit dans le tissu péri-rectal, on fera de larges incisions et des lavages antiseptiques.

Au moment même de l'accident, l'hémorragie pourra nécessiter le tamponnement rectal.

2. — CORPS ÉTRANGERS

Les corps étrangers répondent à trois catégories bien distinctes :

1° Ceux qui ont été introduits dans l'anus ;

2° Ceux qui arrivent jusqu'au rectum par les voies intestinales après avoir été déglutis ;

3° Enfin ceux qui se forment sur place.

1° *Corps étrangers introduits dans l'anus.*

L'histoire des faits qui se rapportent à ce chapitre est on ne peut plus curieuse.

La dépravation, les habitudes de pédérastie passive, l'aliénation mentale, etc., sont les motifs que l'on relève dans les observations ; des pessaires mal placés et ayant déterminé l'ulcération et la perforation de la cloison recto-vaginale, ont pu, à un moment donné, se comporter comme de véritables corps étrangers ; il en est de même des sondes ou d'autres instruments introduits dans un but thérapeutique.

En synthétisant les faits, on voit que le volume des différents corps est très variable ; il en est de même de la forme ; ce sont tantôt des chopes, des bouteilles, des pilons de mortier, des billes, des cailloux, etc., etc...

La longueur des objets introduits dans le rectum a pu dans certains cas avoir des proportions relativement phénoménales et il est même difficile de comprendre comment, par exemple, un pilon de mortier de cuisine long de 30 centimètres et large de 6 centimètres et demi à sa grosse extrémité a pu séjourner dans le rectum pendant quelque temps sans donner lieu à de graves désordres.

Les corps étrangers irréguliers ou à surface rugueuse, inégale, amènent d'une façon presque constante des érosions, des éraillures, parfois même des plaies et des déchirures d'une certaine gravité.

2° *Les corps étrangers introduits par la bouche* et arrivés dans le rectum constituent la deuxième classe des corps étrangers ; c'est peut-être la variété la plus fréquente et non la plus intéressante.

On connaît cependant des cas très remarquables, celui de *Merlin*, où une arête, après avoir perforé la paroi rectale, traversa la paroi utérine et s'implanta dans le fœtus.

A côté de ces faits plus ou moins exceptionnels, nous devons faire mention des râteliers, des pièces de monnaie, des épingles, etc., que les malades ont avalés.

3° *Les corps étrangers développés dans l'intestin ou dans l'ampoule rectale.*

Ce sont parfois des amas de lombrics, si fréquents chez l'enfant.

Le plus souvent il s'agit d'une accumulation excessive d'excréments, constituant la coprostase.

Très fréquente chez les femmes âgées, on la retrouve aussi chez quelques hystériques, mais c'est surtout à un âge avancé et chez les paralytiques que l'on a affaire à ce genre de corps étrangers.

Les amas de matières fécales durcies, tassées, peuvent se recouvrir d'un enduit blanchâtre et revêtir les caractères de véritables concrétions, de coprolithes.

Au milieu d'une masse compacte d'un volume plus ou moins considérable on trouve de petits amas, qui ont pour point de départ un calcul biliaire, des noyaux de cerises, de prunes, etc.

La véritable cause de la coprostase est la diminution du pouvoir réflexe de la dernière portion de l'intestin, et la paresse dans la contraction des fibres musculaires qui en est la conséquence.

On comprend sans difficulté que le mode de production de la coprostase dans les rétrécissements du rectum et dans le cas d'hémorroïdes est tout autre.

La présence des matières fécales durcies retentit sur la conformation et la structure de la paroi rectale ; une dilatation du rectum au-dessus du coprolithe, et enfin une rectite ulcéreuse constituent les lésions caractéristiques.

Il va sans dire que les symptômes, par lesquels se traduit l'accumulation d'excréments, empruntent certains caractères à cette rectite et se traduisent par des douleurs, une sensation de pesanteur au périnée, une diarrhée séreuse, sanguinolente et en général très fétide.

Mais ce n'est là qu'un épiphénomène de petite importance.

Ce qui prime le reste et semble occuper la place prépondérante dans la série des signes, c'est la constipation qui au début est absolument indolente ; plus tard elle se manifeste par des douleurs lombaires et crurales, de temps à autre les malades ressentent un pressant besoin d'aller à la selle ; mais le plus souvent leurs efforts restent stériles, il arrive cependant qu'elles parviennent à expulser des masses fécales sèches, presque pétrifiées, et cela au prix d'un travail des plus pénibles et des plus douloureux.

La rétention prolongée de coprolithes n'est pas sans influencer quelque peu sur l'état général de la malade, qui est sous le coup d'un véritable empoisonnement, d'une toxémie.

Aussi n'est-il pas rare de voir survenir de mauvaises digestions, des douleurs au niveau du foie, une grande irritabilité de caractère, qui poussent certains malades à de véritables actes de désespoir.

S'agit-il au lieu de la coprostase d'un véritable corps étranger du rectum, les symptômes semblent être plus aigus, plus pressants.

Au bout de quarante-huit heures, rarement plus tard, les malades réclament l'intervention du chirurgien.

Elles se plaignent d'une douleur assez vive dans le ventre et au niveau de l'anus, d'une sensation de poids dans le rectum.

Les organes voisins, tels que la vessie et l'utérus s'en ressentent parfois.

Une inflammation assez vive ne tarde pas à éclater.

Lorsque le corps étranger a été poussé trop profondément et trop brutalement, le péritoine est mis en cause.

On voit donc qu'à côté des lésions du rectum, de l'anus, du vagin, des complications bien plus sérieuses peuvent survenir.

Le séjour assez prolongé des corps étrangers dans le rectum peut en effet être le point de départ d'inflammations, de gangrène des parois, d'inflammations péri-rectales (fosse ischio-rectale), de cellulite pelvienne, de plegmons hypogastriques, d'avortements et d'obstruction intestinale.

Dans les cas favorables, bénins, les corps étrangers se recouvrent d'une couche calcaire et restent dans la cavité du rectum, ou sont expulsés avec plus ou moins d'efforts et de douleurs.

Mais cela n'arrive que pour les corps étrangers de petit calibre.

Le DIAGNOSTIC est parfois difficile surtout lorsque les renseignements manquent, aussi doit-on toujours pratiquer le toucher rectal, lorsque les malades se plaignent de constipation opiniâtre avec douleur du côté du rectum, du périnée et du bas-ventre.

Dans certaines circonstances il faut même recourir à l'introduction de toute la main, suivant la méthode de Simon, pour pouvoir constater la présence d'un corps étranger au niveau de l'S iliaque.

Le PRONOSTIC est favorable en général; il est cependant assez sérieux, lorsqu'il s'agit d'un corps étranger introduit par l'anus, surtout si ce corps est fragile, rugueux ou tranchant.

Le TRAITEMENT est très varié; le chirurgien doit chercher à se servir des instruments les plus commodes, dans l'espèce.

Il devra avoir toujours présent à l'esprit ce cas de *Marchettis*, rapporté dans presque tous les traités et où l'ingéniosité du chirurgien a permis de sauver une fille publique, dans le rectum de laquelle des étudiants en orgie avaient introduit la queue d'un porc hérissée de soies raides. *Marchettis* fixa un fil à l'extrémité libre de la queue du porc et fit passer ce fil dans un roseau creux, qu'il introduisit dans le rectum, protégeant ainsi les parois pendant qu'on entraînait le corps étranger au dehors par de légères tractions.

On se servira donc tantôt de pinces, de crochets, des doigts, des mains, etc.

Quelquefois l'extraction sera singulièrement facilitée par une dilatation forcée préalable.

Lorsque le corps étranger siège trop haut, on aura recours à la laparotomie, et alors on pourra procéder de deux façons : soit en pratiquant l'ex-

traction par l'incision de l'intestin et la suture consécutive, soit en refoulant avec la main introduite dans la cavité abdominale le corps étranger vers l'anus.

Quelquefois une rectotomie postérieure peut suffire.

3. — RECTITE

L'inflammation du rectum est le plus ordinairement concomitante ou consécutive à celle du gros intestin.

Elle peut se montrer cependant d'une façon indépendante et revêtir tantôt la forme aiguë, tantôt la forme chronique.

Les causes de la rectite sont multiples; outre celles que nous avons précédemment signalées, il faut citer les hémorroïdes enflammées, les plaques muqueuses anales et la blennorragie; mais ce n'est pas tout, une foule d'autres facteurs peuvent être incriminés dans la production des accidents; l'usage et surtout l'abus de drastiques, la constipation opiniâtre, la présence des corps étrangers (épingles, arêtes de poissons, concrétions biliaires, etc.), d'oxyures vermiculaires, la pédérastie, la blennorragie et aussi la propagation de l'inflammation siégeant au niveau de l'anus.

Les SYMPTÔMES, qui signalent l'apparition d'une rectite, sont tout d'abord localisés à la partie inférieure du tube digestif; peu à peu les malades constatent une propagation, une irradiation de phénomènes douloureux du côté du sacrum, du coccyx, de la vessie et de l'utérus.

L'anus est rouge, chaud et très sensible; une contracture du sphincter caractérise cette période initiale de l'inflammation.

Cet état est accompagné d'une constipation, qui peut persister pendant plusieurs jours; bientôt cependant on voit survenir des évacuations douloureuses, des épreintes suivies de l'expulsion de mucosités glaireuses ou mélangées de pus et quelquefois de sang.

Par le toucher on constate une chaleur insolite, la muqueuse est rouge, tomenteuse; quelquefois il y a de la fièvre.

Après cette première période en survient une autre, caractérisée surtout par une diarrhée profuse et un écoulement muqueux ou muco-purulent.

Négligée, mal soignée, la rectite peut passer à l'état chronique qui présente des signes très analogues à ceux que nous avons déjà énumérés en donnant les symptômes de la rectite aiguë.

Ici encore la diarrhée alterne avec la constipation.

L'examen au spéculum permet de constater la présence d'ulcérations multiples, arrondies, superficielles, quelquefois de végétations très étendues, ce qui a surtout lieu dans les cas de rectite blennorragique.

L'écoulement épais, verdâtre, devient le point de départ d'une série de complications du côté de la région périnéale où l'on voit apparaître des rougeurs, des excoriations et même une éruption eczémateuse; la muqueuse

elle-même s'altère, s'épaissit, se sclérose et peut donner lieu à des rétrécissements du rectum.

En dehors des parois de celui-ci, on voit quelquefois des phlegmons, des abcès et des fistules venir compliquer l'inflammation trop intense du rectum.

Le **DIAGNOSTIC** de rectite n'est pas très difficile, la maladie est caractérisée par de la constipation avec douleurs très vives à la défécation, par une ascension notable de la température, le tout suivi d'un écoulement muqueux et accompagné d'épreintes et de ténésme.

Dans la *dysenterie*, la fréquence des selles, les hémorragies, l'expulsion de lambeaux de la membrane muqueuse, sont des symptômes trop caractéristiques pour qu'on puisse songer à les confondre avec la rectite simple.

TRAITEMENT. — Au début, cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre, bains, lavements; plus tard, injections avec une infusion au ratanhia, avec une solution de tanin, suppositoires iodoformés.

4. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'ANUS ET DU RECTUM

On peut les diviser en trois grandes catégories :

A. — La première comprend toutes les inflammations superficielles de la région anale et du rectum.

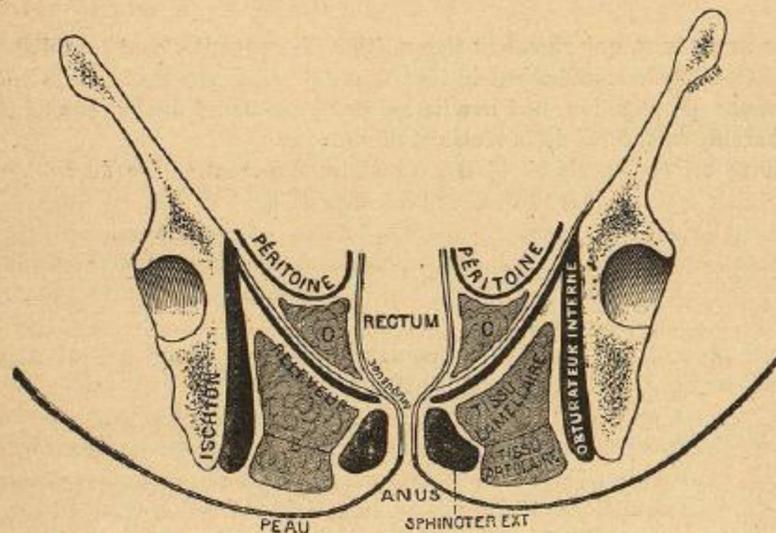


Fig. 636. — Conduit ano-rectal et son voisinage; coupe schématique.

B, tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale, siège de la deuxième catégorie de phlegmons. — C, tissu cellulaire sous-péritonéal, siège de la troisième catégorie de phlegmons.

B. — La deuxième, les phlegmons, qui ont pour siège la fosse ischio-rectale.

C. — La troisième, ceux qui se développent dans le tissu cellulaire, situé au-dessous du péritoine et au-dessus du muscle releveur de l'an.

Les conditions étiologiques, qui président à la naissance et à l'extension de toutes ces phlegmasies, sont fort variées; l'inflammation reconnaît presque toujours pour cause une irritation quelconque, tantôt c'est le grattage de la région anale, tantôt la malpropreté; les écoulements blennorragiques, qu'ils viennent du rectum ou de la cavité vaginale, ne tardent pas à déterminer eux aussi des excoriations; enfin le passage des matières fécales dures peut par le même procédé être le point de départ d'un abcès superficiel de la marge de l'an.

Si l'on est d'accord sur les différentes causes des abcès superficiels, il n'en est plus de même pour ceux de la fosse ischio-rectale inférieure et de la région pelvi-rectale supérieure.

Quelques auteurs parlent même pour ces régions d'abcès idiopathiques; cette désignation cache en somme notre ignorance des véritables causes.

Il est fort probable qu'un assez grand nombre de ces abcès est dû à une tuberculose locale, qui se développe d'une façon insidieuse sans que l'état général s'en ressente.

À côté de cette classe de phlegmons et d'abcès, il faut signaler ceux qui ont pour origine les ulcérations de l'extrémité inférieure du rectum, certaines rectites, le cancer, les rétrécissements du rectum, l'inflammation d'hémorroïdes internes (phlébite), et enfin les interventions chirurgicales telles que la dilatation du rectum, l'excision de condylômes, d'hémorroïdes ou d'autres tumeurs.

Toutes ces causes donnent généralement lieu à des abcès profonds, contrairement à celles que nous avons énumérées au début, qui engendrent plutôt des abcès superficiels.

A. — Inflammations superficielles.

Les inflammations superficielles comprennent les *abcès superficiels* dits *tubéreux* et les *abcès phlegmoneux* ou *phlegmons* proprement dits.

1° Les *abcès superficiels* présentent les SYMPTÔMES suivants :

Il s'agit généralement d'une tumeur du volume d'une noisette, arrondie à la base et saillante.

Elle présente une légère coloration rouge, et lorsqu'on essaie de se rendre compte de son siège, on s'aperçoit qu'il est tout à fait superficiel, se trouvant limité par une induration circonscrite.

Au bout de quelques jours la tumeur, après avoir donné lieu à des douleurs plus ou moins aiguës, se ramollit, devient fluctuante, la peau rougit, s'amincit et cède au pus très fétide, qui sort en plus ou moins grande quantité par un petit pertuis.

La tension cesse, la douleur disparaît, et il ne reste de l'abcès qu'une toute petite induration.

Le **DIAGNOSTIC** de ces abcès superficiels est des plus faciles; il suffit de rappeler les signes que nous venons d'énumérer pour éviter toute erreur.

Quant au **PROGNOSTIC**, on peut dire que c'est là une affection dépourvue de gravité et qui disparaît généralement très vite.