

le rétrécissement, l'abaissement de la muqueuse rectale et sa suture à la peau, procureront une guérison plus certaine.

Lorsqu'il s'agit d'une simple imperforation, ou même d'une absence plus ou moins étendue, il faut recourir à l'opération périméale (opération d'Amussat).

Dans l'établissement de l'anus périméal, les demi-mesures sont dangereuses. Une ponction de l'intestin après les incisions d'approche est insuffisante et expose à l'infiltration stercorale. Il faut : 1° par une incision bien médiane diviser la peau du périnée, avec l'anus et le sphincter si ces organes existent, depuis la base du scrotum ou la partie postérieure de la vulve jusqu'au coccyx, ou même plus en arrière, jusqu'à la 5° ou 4° vertèbre sacrée afin d'élargir le champ opératoire et de faciliter les recherches, quand l'ampoule rectale siège loin des téguments (Vincent, Esmarch); 2° s'engager dans le tissu cellulaire du petit bassin, en avant du coccyx et du sacrum, en arrière du vagin ou de la vessie, que l'on peut rendre évidents au moyen d'une sonde; on cheminera ainsi aussi profondément que possible, en se guidant, s'ils existent, sur les tractus qui souvent unissent le rectum malformé à l'anus. — Au besoin (Verneuil) on réséquera le coccyx pour se faire de la place; 3° si après s'être avancé profondément on sent l'ampoule, on l'isole en sectionnant les liens qui peuvent la rattacher au sacrum; on l'attire au moyen de fils passés dans sa paroi; on décolle peu à peu sa surface, et on l'amène au ras de la peau, où elle est ouverte et fixée au tégument, muqueuse contre peau. C'est le moyen d'éviter l'infiltration d'abord, les rétrécissements ensuite. Si l'ampoule ne peut être sentie, il pourrait être permis exceptionnellement d'attendre (Curling) pourvu que l'état de l'enfant le permette, car il peut arriver qu'elle se distende et vienne faire d'elle-même saillie à travers la plaie périméale (J.-L. Petit). Dans le doute il vaut mieux terminer l'intervention, soit par l'établissement d'un anus artificiel, méthode universellement admise jusqu'à ces derniers temps quand les recherches avaient été prolongées jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres (Trélat), soit mieux en poursuivant les recherches, soit en attirant par le périnée l'extrémité inférieure du côlon à travers le péritoine incisé (Stromeyer), soit en pratiquant la laparotomie pour introduire de haut en bas par la perforation du cul-de-sac péritonéal l'intestin que l'on fixe à l'anus (Mac Leod) ou enfin en ayant recours à l'association des

deux voies, abdominale et périméale, avec désinsertion de l'ampoule colique, suivant la méthode décrite récemment par Chalot sous le nom de colostomie ou sigmoïdostomie périméale par la voie combinée. Ces différents procédés sont entrés trop récemment dans la pratique pour qu'on puisse dès aujourd'hui émettre sur eux un jugement définitif. On pourra toujours les essayer quand l'état général de l'enfant le permettra.

Lannelongue a conseillé d'utiliser un cathétérisme rétrograde de l'intestin, pratiqué après l'établissement d'un anus artificiel abdominal, pour déprimer le cul-de-sac rectal, et même le faire communiquer par ponction avec un cul-de-sac anal préexistant mais imperforé. Cette méthode n'a guère donné que des succès.

Les ectopies de l'anus : anus vulvaire, périméal, scrotal, vaginal inférieur, ne demandent pas un traitement immédiat. Elles sont l'objet d'opérations complexes qui ont pour but : 1° de rétablir l'anus normal; 2° d'amener l'oblitération de l'anus ancien qui persiste à l'état de fistule.

## DEUXIÈME PARTIE

### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Il convient de diviser les plaies de l'anus et du rectum en trois catégories :

- 1° *Les plaies ordinaires;*
- 2° *Les plaies par armes à feu;*
- 3° *Les déchirures et ruptures.*

**Étiologie.** — La situation de l'orifice anal, la protection que fournit au rectum la ceinture osseuse du petit bassin, expliquent la rareté de ces lésions traumatiques.

1° *Plaies par instruments tranchants et contondants.* — Les plaies de l'anus et du rectum par instruments tranchants sont particulièrement rares; il existe quelques exemples de coups de couteau, de solutions de continuité de l'anus produites chez des enfants par des éclats d'un vase de nuit en faïence, brisé sous eux pendant la défécation.

Les plaies par instruments contondants sont un peu plus fréquentes; on les observe surtout à la suite de l'introduction brutale et maladroite de canules rigides, ou de corps étrangers rugueux et irréguliers. On a vu chez l'homme des cathéters mal conduits perforer le rectum.

Les plaies accidentelles de ce genre se voient moins souvent; Esmarch a cependant relaté l'histoire d'un soldat prussien ainsi empalé par le pieu de fer d'un piège à loup. D'autres fois, le corps vulnérant était un morceau de bois plus ou moins pointu, un pied de chaise (Gross). Ashton a rapporté l'histoire d'un coup de corne de vache. Tous ces faits se rapprochent plus ou moins de l'ancien supplice de l'empalement.

2° Les *plaies par armes à feu* ne sont pas absolument rares: ce fait n'a rien d'étonnant quand on songe à la force de pénétration des projectiles. — La statistique d'Otis renferme 509 cas de plaies du rectum; la statistique de la guerre d'Italie n'en compte que 19.

On trouvera partout citée l'histoire de cette double plaie de la vessie et du rectum, observé en 1850 par Dupuytren, chez un fourrier de la garde royale atteint d'un coup de feu parti d'une fenêtre. — Christot a fait, en 1870, l'extraction d'une balle aplatie enclavée dans la paroi rectale.

3° *Déchirures et ruptures.* — Les déchirures sont produites par le passage d'un bol fécal trop volumineux et trop dur, d'un corps étranger acéré introduit par l'anus ou ayant franchi les voies digestives; on les observe encore dans les grands traumatismes du bassin, enfin la tête fœtale peut, dans un accouchement laborieux, déterminer une déchirure de la cloison recto-vaginale; les faits de ce genre rentrent plutôt dans l'histoire des déchirures du vagin.

Brodie a observé une rupture du rectum dans des efforts de vomissement; dans un cas de Frank rapporté par Duplay, la rupture aurait été la conséquence d'une contusion abdominale; d'autres faits analogues ont été rapportés par Nedham et par Adelman.

**Anatomie pathologique.** — Les solutions de continuité de l'*anus* s'accompagnent souvent de lésions analogues du côté du périnée et de la région fessière. — Celles du *rectum* peuvent se compliquer de plaies de la région sacro-coccygienne, de blessures des viscères voisins, en particulier de la vessie, de déchirures du vagin, de fractures du bassin. — Les dimensions de la solution de conti-

nuité sont très variables suivant la cause. — Des désordres fort divers s'observent suivant que le péritoine a été lésé ou non. — La déchirure de cette séreuse était assez large dans le cas de Brodie pour laisser sortir deux pieds d'intestin grêle; elle avait les dimensions du doigt dans un cas d'Herbert Mayo.

A ce chapitre on pourrait encore rattacher les lésions ultérieures; elles seront mieux placées à l'histoire des complications.

**Symptomatologie et diagnostic.** — Les symptômes immédiats des *plaies de l'anus* sont généralement peu marqués: un peu de douleur dans la défécation, un écoulement sanguin plus ou moins abondant, les caractères propres de la lésion, constituent les principaux éléments du diagnostic.

Il n'en est pas de même dans les cas de *plaies du rectum*. Les phénomènes immédiats prennent en effet souvent une allure des plus alarmantes; si le péritoine a été atteint, on voit éclater dans les vingt-quatre heures les plus graves symptômes de la péritonite suraiguë; si le péritoine est intact, les premiers phénomènes sont ordinairement peu accusés: le blessé éprouve une douleur locale variable: il s'écoule par l'anus ou par l'orifice d'entrée une quantité plus ou moins considérable de sang; les besoins d'aller à la selle sont fréquents, mais il restent sans effet, ou sont suivis de l'issue de matières noirâtres, mélangées de sang altéré, de lambeaux de tissu sphacélé d'une odeur fétide; la fièvre s'allume et des complications graves surviennent, sur lesquelles nous allons revenir.

**Complications.** — Les complications immédiates sont: *l'hémorragie, l'issue de l'intestin, la blessure des organes génito-urinaires, la péritonite.*

Les complications secondaires sont *des accidents inflammatoires et de l'emphysème.*

*L'hémorragie* primitive succède principalement aux plaies par instruments tranchants; à la suite des plaies contuses et des plaies par armes à feu, l'hémorragie est souvent retardée ou secondaire; sa source est très difficile à reconnaître.

*L'issue de l'intestin* se fait à la suite des déchirures plus ou moins larges des culs-de-sac péritonéaux; c'est donc un accident rare; il s'est presque toujours terminé par la mort. Adelman a essayé sans succès de réduire par la laparotomie l'intestin hernié; Stein a tenté

de créer un anus artificiel; Nedham a pu débrider, réduire, et il a eu le bonheur de voir guérir son malade.

La *blessure des organes génito-urinaires* se rencontre surtout dans les plaies par armes à feu; les plaies communes à la vessie et au rectum atteignent quelquefois les viscères au niveau de leur portion péritonéale; la mort rapide des blessés dans ces conditions fait qu'il n'en est guère question dans les relevés hospitaliers; on observe plutôt des blessures sous-péritonéales, et dans ce cas le pronostic est moins mauvais qu'on pourrait le croire. — L'issue de l'urine par le rectum est l'indice de la communication vésico ou uréthro-rectale; chez la femme, on reconnaît la déchirure recto-vaginale à l'issue des matières par le vagin. — Les premiers accidents passés, on est souvent étonné de voir comment d'aussi graves lésions peuvent évoluer si heureusement.

La *péritonite primitive* résultant de la déchirure d'un cul-de-sac, de l'épanchement de matières dans la cavité péritonéale, ou encore d'une injection intempestive, est presque toujours suraiguë et mortelle; mais on observe aussi des péritonites secondaires moins graves, limitées, à la suite d'accidents inflammatoires périrectaux.

*Accidents inflammatoires. — Phlegmasies périrectales.* — Les plaies contuses particulièrement s'accompagnent très souvent d'accidents inflammatoires, dont le développement est lié, soit à l'irritation du tissu cellulaire par le corps vulnérant, soit à une injection, un lavement malencontreusement poussé dans le tissu lâche périrectal, soit enfin à la présence d'un corps étranger ou d'une esquille. — Ces accidents, qui affectent toutes les formes des phlegmons de la marge de l'anus et des phlegmasies périrectales, sont de très longue durée et laissent après eux des indurations et des trajets fistuleux fort difficiles à guérir.

Parfois même les accidents sont plus graves encore: c'est lorsque les matières poussées avec force s'infiltrent en abondance dans le tissu cellulaire périrectal. — Cet accident est heureusement très rare.

Il en est à peu près ainsi de l'*emphysème* dû à l'infiltration des gaz stercoraux, dont les caractères irritants amènent en général des accidents de septicémie mortelle.

**Pronostic.** — Peu grave pour les plaies anales, sérieux pour les plaies du rectum, en raison des complications possibles, le pronostic est presque fatalement mortel en cas de déchirure péritonéale. — La

statistique de la guerre d'Italie (Chenu) fixe la mortalité générale à 56 pour 100 environ; d'après la statistique d'Otis, elle atteindrait le chiffre de 52 pour 100.

**Traitement.** — En présence d'une plaie du rectum, le chirurgien doit être réservé dans ses explorations, mais se tenir prêt à agir à la moindre indication.

On cherchera à extraire un corps étranger reconnu; les injections de morphine, l'opium à haute dose, seront administrés dans le but d'empêcher les contractions intestinales; contre l'hémorrhagie on aura recours aux lavements froids, à l'emploi de la glace, au tamponnement du rectum, difficile malheureusement à supporter.

Les injections antiseptiques, le pansement iodoformé, sont indiqués dès le début pour assurer dans la mesure du possible l'asepsie de la plaie; enfin à la moindre menace de phlegmon on fera des incisions bâtives, multipliées, au besoin, dont on maintiendra l'ouverture à l'aide de tubes à drainage.

## TROISIÈME PARTIE

### CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM

Les véritables corps étrangers du rectum sont ceux qui ont été introduits directement par l'anus.

À côté de cette catégorie principale il faut pourtant en étudier deux autres :

Ceux qui sont arrivés jusqu'au rectum par la voie intestinale après avoir été primitivement déglutis, et ceux qui se sont formés dans l'intestin lui-même.

I. *Corps étrangers introduits par l'anus.* — L'introduction de corps étrangers dans le rectum reconnaît pour cause habituelle les manœuvres d'une sorte de pédérastie passive. En dehors de cette circonstance à laquelle on doit toujours penser, quelle que soit l'explication fournie par les malades, il faut faire la part d'immondes plaisanteries, de la malveillance et du crime: tout le monde connaît l'affreux supplice d'Édouard II, à qui ses assassins enfoncèrent dans le rectum un fer rouge à travers un tube de corne. Dans d'autres cas

l'introduction a lieu dans un but de recel, chez des voleurs, des prisonniers.

Parfois, moins souvent peut-être qu'on ne le rapporte, les corps étrangers ont été employés d'abord dans un but thérapeutique, soit par des hommes de l'art, sondes rectales, soit par des malades ignorants et désireux de combattre une constipation ou une diarrhée opiniâtre. Luders a rapporté l'observation, unique jusqu'ici, d'un pessaire vaginal engagé dans le rectum par ulcération du vagin.

En dernier lieu vient la catégorie des corps étrangers dus à des traumatismes; il en existe peu d'exemples authentiques.

L'énumération de tous les objets introduits par dépravation ne saurait être entreprise; on a trouvé les corps les plus divers, généralement en rapport avec la profession des individus.

Le plus souvent uniques, parfois multiples, ils sont remarquables soit par leur volume, soit par leur longueur, soit par leur forme mousse et arrondie, soit par leurs irrégularités, soit enfin par leur fragilité.

Le *volume* est souvent énorme: ce sont des chopes, des bouteilles, des flacons de toute espèce, des pilons de mortier, de volumineux morceaux de bois, de savon; ailleurs ce sont des amas de billes, de cailloux.

La *longueur* n'est pas moins variable: elle atteignait 19 centimètres sur la bouteille extraite par Désormeaux; Velpeau a retiré une fiole d'eau de Cologne longue de 28 centimètres; Laure (de Lyon), un bâton de 52 centimètres. Montanari a observé chez le même individu, à deux reprises différentes, des pilons de mortier dont le premier mesurait 50 centimètres et pût être extrait; le second, qui entraîna la mort, avait 52 centimètres de longueur.

Les *corps arrondis ou à bords mous* sont des morceaux de bois façonnés tout exprès, ou des bobines, des bouchons de bois, une navette de tisserand.

La *classe des corps étrangers irréguliers* renferme les objets les plus invraisemblables; des dents de râteau, des racines d'arbres, des baguettes de jonc, des débris de pierre, une fourche de bois.

Enfin on comprend toutes les difficultés que crée au chirurgien la catégorie fort nombreuse des *corps fragiles*, verres, flacons, chopes, bouteilles, pots de confiture, etc.

Les lésions anatomiques qui résultent de l'introduction par l'anus

de corps étrangers sont: 1° les déformations de la pédérastie passive, anus infundibuliforme, relâchement des sphincters; 2° parfois des plaies de l'anus, du rectum, ou bien encore des déchirures, des ruptures portant soit sur le rectum, soit sur le gros intestin.

II. Les *corps étrangers avalés par la bouche* et qui parviennent jusque dans le rectum après avoir franchi tout le tube digestif, sont introduits par accident, par surprise, par jactance, enfin, par perversion mentale.

Nous citerons parmi les plus fréquents, des parties plus ou moins notables de pièces dentaires, des clous, des pièces de monnaie, des épingles, des morceaux de verre et jusqu'à un œil artificiel (Esmarch).

A titre exceptionnel: des os de mouton, 70 escargots (Bœckel 1875); un amas de viande hachée du volume du poing chez un enfant de neuf ans (Gosselin), une flûte de 4 pouces de long; une fourchette qui ne fut extraite par le rectum que quinze mois après avoir été avalée (Legendre); un couteau dont la pointe vint s'implanter dans la paroi rectale après avoir franchi tout le tube digestif. On cite quelques faits rares de lésion de la prostate par un os de perdrix (Tanchou), par une arête de poisson (Brodie); dans une observation rapportée par Merlin, une arête de poisson perfora l'utérus gravide, provoqua l'avortement, et fut trouvée implantée dans le fœtus.

III. *Corps étrangers développés dans l'intestin ou dans l'ampoule rectale.* — Cette catégorie de corps étrangers du rectum, bien différente des précédentes, comprend deux variétés absolument distinctes.

1° Ce sont les *petits corps étrangers* formés de matières fécales durcies, de résidus alimentaires desséchés ayant résisté au travail de la digestion, pépins de fruits, de raisins. Ces petits corps étrangers se détachent de la masse stercorale au niveau des replis de la muqueuse rectale que l'on nomme valvules de Houston; ils séjournent dans ces nids valvulaires pendant un temps plus ou moins considérable, altèrent à la longue la paroi et deviennent ainsi l'origine d'une variété de fistules anales ou périrectales.

2° Les plus communs comprennent toutes les variétés de la *coprostase* ou *accumulation des excréments*.

Tantôt il ne s'agit que de matières fécales épaissies formant un amas arrondi et plus ou moins tassé, de couleur brunâtre, tantôt les matières mêmes se recouvrent de couches blanchâtres, stratifiées,

brûlant au feu, *coprolithes*. Le plus souvent on trouve une masse unique ou peu fragmentée, ailleurs ce sont de petits amas ovillés, rugueux, arrondis, superposés, présentant parfois des facettes de contact. Les conerétions peuvent s'être développées autour d'un noyau central étranger, calcul biliaire, peloton de cheveux, noyau de prunes, amas d'ascarides; d'autres fois elles sont dues à une accumulation de substances thérapeutiques comme la magnésie, ou de matières alimentaires, viande, petits pois, avalés gloutonnement.

Dans l'épidémie d'Irlande (1846), Papham, Banks Donovan, ont à peu près démontré que la coprostase devait être rattachée à l'ingestion de pommes de terre malades.

La coprostase n'est point une affection fréquente; on la rencontre plutôt chez la femme que chez l'homme; les femmes âgées y sont plus sujettes, mais elle frappe aussi les femmes jeunes, anémiques ou hystériques. Dans le sexe masculin, ce sont surtout les vieillards et les paralytiques qui en sont atteints.

Cette étiologie se comprend facilement, car la vraie cause physiologique de cette affection réside dans la paralysie intestinale à tous les degrés, depuis la simple paresse jusqu'à la paralysie complète.

De là l'influence de l'affaiblissement des centres nerveux, de l'abus des lavements, des professions sédentaires, et, par un mécanisme limité au rectum, de la paralysie de ce segment intestinal par pression prolongée de la tête durant l'accouchement.

Le mécanisme est un peu différent dans le cas d'induration du rectum : rétrécissements, hémorrhôïdes, fistules.

Les lésions que détermine sur la paroi rectale la coprostase sont : la dilatation de l'ampoule rectale, et les altérations de la rectite chronique.

Pour en finir, nous indiquerons rapidement les principaux traits de sa symptomatologie.

Rien de variable, rien d'obscur et de méconnu comme les phénomènes déterminés par cette affection : au début, ils consistent simplement dans une constipation indolente sans aucun caractère particulier; plus tard, ce sont des douleurs lombaires, crurales, des phénomènes de gastralgie, des douleurs au niveau du foie, une sensation de pesanteur au périnée, et souvent une diarrhée trompeuse, plutôt muqueuse que stercorale, transparente, en général horriblement fétide.

De temps à autre se produisent de violents besoins d'aller à la garde-robe; des efforts énormes demeurent infructueux; on voit alors le périnée bomber comme celui d'une femme enceinte sur le point d'accoucher, et en effet, lorsque la masse peut être évacuée, elle ne l'est qu'au prix d'efforts et de douleurs tout à fait comparables à ceux d'une femme en travail.

Cet état retentit rapidement sur le système nerveux; le caractère devient irritable, un grand découragement s'empare du malade, qui se croit atteint d'une affection incurable. (Allingham.)

Ces troubles locaux sont les plus importants; ils imposent au chirurgien l'obligation de pratiquer le toucher rectal, qui tranche absolument le diagnostic. Celui-ci a donné lieu à bien des erreurs; on a pris la coprostase pour le carreau, pour des tumeurs hépatiques, spléniques, utérines, prostatiques, etc.; il est donc bon d'être prévenu de l'obscurité des symptômes, des difficultés du diagnostic et de la nécessité d'un toucher rectal pratiqué avec soin.

Le diagnostic fixé, on cherchera à enlever les matières fécales par morceaux à l'aide de spatules, de curettes, en s'aidant de lavements huileux, de bains prolongés et, au besoin, de l'anesthésie pour faciliter l'extraction après dilatation des sphincters.

**Symptômes et diagnostic des corps étrangers proprement dits.** — On est rarement appelé au début, et cela se comprend, pour les corps étrangers introduits par l'anus. Lorsque les malades, après avoir tenté tous les moyens possibles d'extraction, se décident à venir consulter le chirurgien, ils se plaignent de douleurs très marquées dans le ventre et au fondement. Ces douleurs rectales sont surtout vives au moment de la défécation, s'il s'agit d'objets irréguliers. Les efforts du malade ne font que les accroître; elles s'accompagnent de ténésme, d'épreintes, et d'une *constipation* qui constitue encore un signe important de l'affection.

A ces phénomènes s'ajoutent parfois des troubles génito-urinaires et même des accidents beaucoup plus graves en cas de lésion primitive ou secondaire du péritoine. Les aveux plus ou moins complets du malade conduisent alors le chirurgien à examiner le rectum; il trouvera l'anus infundibuliforme, dilaté, et dans la cavité rectale le corps étranger dont le doigt apprécie en général facilement la nature et la position.

Dans quelques circonstances le corps étranger est remonté si haut

dans le rectum, qu'on a de la peine à l'atteindre; il faut recourir à l'introduction de la main suivant le procédé de Simon (d'Heidelberg), à la palpation abdominale, surtout lorsqu'il s'agit d'explorer un corps remonté vers l'S iliaque.

Le diagnostic n'est pas difficile en général.

*Que deviennent les corps étrangers dans le rectum?* — Trois cas peuvent se présenter: tolérance, ou expulsion spontanée, ou bien apparition de complications.

La *tolérance* est rare pour les corps étrangers introduits par l'anus, plus fréquente, lorsqu'ils ont été avalés. Une incrustation calcaire se dépose à la surface et les transforme en une sorte de calcul.

L'*expulsion spontanée* au bout d'un temps variable est un peu plus commune pour les corps étrangers avalés; parfois elle est très facile: dans d'autres cas, elle est extrêmement difficile, douloureuse et suivie d'une débâcle de matières fécales retenues. Il existe aussi quelques exemples d'expulsion spontanée de corps étrangers volumineux introduits par l'anus.

Le plus souvent des *complications* se produisent, plus ou moins sérieuses: les unes *primaires*: lésions traumatiques concomitantes de l'anus, du rectum, des organes voisins, du tissu cellulaire, des vaisseaux, perforation du cul-de-sac péritonéal; les autres *secondaires*: rectite chronique, ulcération du rectum, sphacèle d'une portion plus ou moins étendue, hémorrhagies secondaires, invagination du rectum; très fréquemment, se sont des phlegmasies périrectales et particulièrement des abcès gangréneux de la fosse ischio-rectale.

On a vu l'inflammation se propager dans le tissu cellulaire du petit bassin, dans le tissu périvésical (cellulite pelvienne, phlegmon hypogastrique de Bouilly); on a noté l'ouverture de la vessie primitivement accolée au rectum par la péritonite circonscrite; elle s'annonçait par l'issue de matières stercorales, de gaz rendus par l'urèthre (cas de Plater, Bartholin, Borel). Quelquefois les corps étrangers se sont fait jour à travers la paroi abdominale antérieure. Enfin ils donnent lieu à des fistules diverses, pelvirectales supérieures ouvertes au périnée ou aux grandes lèvres (Gallard, Soc. de chir., 1869).

Une dernière catégorie d'accidents comprend ceux qui sont le résultat de l'*obstruction intestinale* passagère ou persistante.

Le *pronostic* des corps étrangers est défavorable en général; si les complications sont plus ou moins longues, elles se terminent rare-

ment par la mort. Celle-ci peut cependant être le résultat d'une péritonite par perforation, d'une cellulite pelvienne. — Le pronostic est plus grave pour les corps étrangers introduits par l'anus que pour ceux qui ont été avalés; il est surtout plus sévère à l'endroit des corps rugueux, fragiles, cassants, en raison des lésions qu'ils déterminent quelquefois.

**Traitement.** — Le traitement varie naturellement suivant la nature du corps étranger, son volume, sa fragilité, ses irrégularités.

L'idée qui se présente la première à l'esprit est l'extraction par la voie anale. — Elle nécessite souvent toute l'ingéniosité du chirurgien. Marchetti en a donné un exemple partout cité, en engageant dans un roseau creux la queue de porc hérissé de soies raides et piquantes que des étudiants dans une orgie avaient introduite dans le rectum d'une fille publique. — Cette extraction peut se faire avec les doigts, avec la main, avec des pinces, un petit forceps, des crochets, une vrille, un tire-fonds, un électro-aimant; chez la femme on pourra s'aider de la version opérée par deux doigts introduits dans le vagin. — L'extraction est souvent précédée de la dilatation forcée du sphincter, de son incision (Boyer, Jobert, Raffy). Enfin, dans quelques cas, le corps étranger doit être fragmenté, moyen dangereux auquel on n'aura recours qu'en dernière analyse. Si le corps étranger est pointu, on peut engager plus profondément une des pointes pour dégager l'autre, ou bien sectionner avec une pince coupante la portion intermédiaire et extraire séparément les deux moitiés du corps étranger ainsi artificiellement divisé.

L'opération, en cas de nécessité, est singulièrement facilitée pour des corps étrangers volumineux par la rectotomie linéaire postérieure.

Enfin, lorsque le corps étranger siège trop haut, on a recours à la laparotomie, soit en imitant la conduite de Verneuil (1880), qui, sans diviser l'intestin, avec la main introduite dans l'abdomen, refoula le corps étranger vers l'anus; soit en pratiquant l'extraction par une ouverture de l'intestin, que l'on suture ensuite.