

opération du même genre, exécutée en 1852 par son père, en présence des docteurs Vigny, Levailant. Il m'a de plus affirmé que le petit Grammont, sujet de la première observation, a vécu jusqu'à 6 ans. Voici les résultats : sur 4 nouveau-nés du sexe masculin, chez lesquels Amussat a établi un *anus lombaire* gauche, il en est 3 qui n'ont survécu que quelques jours ; le quatrième vivait, très-bien portant, 7 ans après l'opération. Sur 21 enfants opérés par le procédé de Littre (anus iliaque), les résultats sont moins bien précisés : 4 enfants auraient survécu plusieurs années, un enfant a survécu 3 ans, un autre 27 mois, un autre 4 mois, un autre 3 semaines, et tous les autres quelques jours ou même quelques heures.

On voit qu'il est impossible de comparer deux séries composées d'un nombre aussi inégal. Des difficultés de même genre se présentent pour l'entérotomie *lombaire* chez l'adulte. Sur 5 opérations de ce genre pratiquées sur des adultes des deux sexes, compris entre l'âge de quarante-huit et de soixante ans, un homme a survécu 2 ans, une femme a survécu 5 mois, un homme 3 mois, une autre femme 10 jours ; la cinquième malade opérée par Amussat est comptée par lui comme un succès complet, c'est-à-dire que la patiente a survécu un certain nombre d'années. Pour la méthode de Littre chez l'adulte, on compte, sur sept opérations pratiquées par divers chirurgiens, un seul succès complet (Martland) ; les autres malades ont survécu 6 mois (Pring), 3 mois et demi (Fine), 28 jours (Pillore), 8 jours (Freer), 2 jours (Velpeau), 24 heures (Amussat).

## DILATATION DE L'ANUS ET DU RECTUM.

La dilatation de l'anus se rencontre le plus souvent chez les sujets adonnés à la pédérastie passive ; alors l'orifice anal est plus ou moins élargi, enfoncé en forme d'entonnoir. On l'observe aussi chez ceux qui sont atteints de tumeurs diverses du rectum, polypes, hémorroïdes, prolapsus de la muqueuse anale, invagination du rectum ; dans ces derniers cas, l'orifice anal est irrégulier, tantôt saillant, tantôt enfoncé, mais ne présente plus cette disposition en infundibulum propre aux pédérastes. La dilatation du rectum est commune au-dessus des rétrécissements de l'intestin (voy. plus loin) ; elle se produit aussi chez les vieillards dont la tunique musculaire de l'intestin est paralysée.

Les indications à remplir sont subordonnées à la cause, qu'on éloignera ou qu'on combattra suivant les cas. Pour faire recouvrer aux tissus leur tonicité ou leur contractilité, on emploie les topiques astringents, la galvanisation, les préparations de strychnine. On a proposé, pour obtenir le rétrécissement de l'orifice anal, l'excision de quelques plis rayonnés de cette ouverture.

## CHAPITRE II.

## BLESSURES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

1° BLESSURES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS. Le plus souvent elles sont produites par la main du chirurgien qui exécute des opérations sur l'anus et le rectum. Elles sont parfois suivies d'une *hémorragie grave*, d'*infection purulente*, de *rétenction d'urine*. C'est surtout dans les blessures remontant un peu haut dans le rectum qu'il faut redouter des *hémorragies* difficiles à arrêter, ce qui s'explique par l'ouverture des artères et des veines hémorroïdales. Les blessures de ces veines rendent compte de la fréquence de l'*infection purulente*. La *rétenction d'urine* est due à l'irritation transmise au col vésical par la blessure.

2° BLESSURES PAR INSTRUMENTS CONTONDANTS. Le rectum et l'anus peuvent être déchirés par l'introduction brusque de corps étrangers durs et volumineux ; c'est ce qui arrive parfois chez les sujets ayant des rapports contre nature.

L'*empalement* produit aussi des plaies contuses, mais celles-ci sont toujours accompagnées alors de désordres considérables, ce qui en diminue l'importance ; ainsi sur le squelette de l'assassin de Kléber, on constata la fracture du coccyx et une perforation complète du sacrum.

Le rectum peut être *déchiré* par des corps étrangers durs et pointus, tels que des portions d'os, des arêtes de poisson, introduits dans l'estomac, et descendus dans l'intestin. Ces corps sont en général peu volumineux, parce qu'ils ont dû traverser le pylore et d'autres parties plus étroites que le rectum. Indépendamment de la lésion de ce dernier, ils occasionnent souvent des abcès ou des fistules anales. Dans d'autres cas, la blessure est produite par un corps contondant introduit à travers l'anus. Ainsi le rectum peut être perforé par la *canule d'une seringue* mal dirigée ; c'est ainsi que le liquide d'un lavement a pénétré dans le tissu cellulaire pérectal et même dans le tissu sous-péritonéal. Sur un malade qui succomba dans le service de Chomel, sept jours après une blessure de ce genre, on trouva du pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-péritonéal ; des fusées s'étendaient à droite jusqu'au rein, à gauche un peu au-dessus de la fosse iliaque. On a aussi observé après de pareilles lésions une *péritonite*, et la gangrène du tissu cellulaire extrapéritonéal. Cet accident si grave, puisque presque constamment il entraîne la mort, peut être facilement évité, en introduisant la canule suivant la courbure de l'extrémité inférieure du rectum, et en ayant soin de n'employer jamais que des canules en gomme arrondies à leur extrémité.

3° BLESSURES PAR ARMES À FEU. Le rectum peut être blessé par la partie postérieure en même temps que le sacrum, ou bien sur les côtés ; d'autres fois c'est en avant et alors il y a, dans quelques cas, lésion simultanée de la vessie. Ces dernières blessures laissent parfois le péritoine intact. Un danger

commun à toutes ces lésions de l'intestin, est l'issue permanente des matières fécales par le trajet anormal, ce qui rend la guérison difficile. Pour obvier à cet inconvénient, Bégin et Dupuytren ont proposé de fendre le sphincter anal, afin d'obtenir un écoulement permanent des matières fécales par l'anus. On a objecté avec raison que l'ampoule rectale est rarement remplie au moment où la blessure se produit; que les matières n'y arrivent que lorsqu'elles sont sur le point d'être expulsées au dehors. Boyer, dans les cas de blessure de la partie supérieure du rectum, conseille d'introduire dans cet intestin une canule de plomb modelée sur la courbure du rectum et assez longue pour que l'extrémité dépasse la plaie. Cette canule donne issue aux matières et exerce sur les bords de la plaie une compression favorable à la cicatrisation; elle n'est définitivement enlevée que plusieurs jours après la guérison. Dans les blessures de la partie inférieure du rectum avec perte de substance, on combat le rétrécissement consécutif de l'anus, en maintenant ce dernier dilaté pendant longtemps au moyen de grosses tentes de charpie. Lorsqu'il existe une blessure simultanée du rectum et de la vessie, pour empêcher le passage des matières dans le réservoir urinaire pendant la défécation, on peut aussi recourir à l'emploi de la canule en plomb, ou inciser largement la partie inférieure de l'intestin.

### CHAPITRE III.

#### CORPS ÉTRANGERS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

Ils sont d'origine et de nature diverses : il en est qui viennent du dehors; d'autres se forment soit dans le rectum, soit dans quelque autre point des voies digestives.

A. CORPS ÉTRANGERS VENUS DU DEHORS. Les uns ont été introduits par la bouche, ont parcouru le tube digestif et se sont arrêtés dans le rectum. Ils sont alors généralement peu volumineux, puisqu'ils ont dû traverser le pylore et d'autres parties de l'intestin plus étroites que le rectum : des os, des arêtes. Sédillot a extrait de l'anus un os bifurqué, placé à cheval sur le sphincter, et qui avait été pris pour une tumeur rectale. Des aliénés avalent parfois des pierres, des pièces de monnaie, des couteaux, etc., qui, après avoir parcouru le tube digestif, s'arrêtent dans le rectum.

D'autres corps étrangers sont introduits *directement* dans l'anus par des individus dépravés ou par leurs complices. Parfois ces corps ont un volume énorme; ainsi on a constaté dans le rectum la présence d'un pot de confitures, d'une tasse à café, d'un verre de table, d'une queue de cochon gelée (Marchétiis), d'une calebasse (Sédillot), d'une bouteille de dimension ordinaire (Desormeaux); j'ai extrait moi-même, il y a quelques années, un *rinco-bouche* dont le fond avait 5 centimètres de diamètre et dont la hauteur totale était de 7 centimètres et demi.

B. CORPS ÉTRANGERS FORMÉS DANS LE TUBE DIGESTIF. Il a été question, à la page 593 de ce volume, des *entérolithes*. Il faut mentionner les *calculs biliaires*, qui ont parfois des dimensions tellement considérables, que lorsqu'ils sont retenus dans le rectum, ils déterminent les symptômes d'occlusion intestinale. Le même effet peut être produit par des *matières fécales durcies*.

**Symptômes.** Les malades accusent une douleur plus ou moins vive vers l'anus, exaspérée par certains mouvements, surtout par la flexion du tronc, une sensation incommode, pénible, celle d'un bouchon obturant l'anus et qu'ils font de vains efforts pour expulser. Bientôt la présence du corps étranger détermine une inflammation plus ou moins violente de l'intestin, quelquefois des escarres. Dans quelques cas, l'intestin est perforé, et il se forme un abcès suivi d'une fistule. Le corps étranger a-t-il un volume considérable, par la compression qu'il exerce sur le col de la vessie, il produit une rétention d'urine; par l'obstacle qu'il oppose à la circulation veineuse, il détermine l'apparition de tumeurs hémorroïdales. S'il bouche complètement l'intestin, il détermine tous les accidents de l'obstruction intestinale, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, nausées, vomiturations, vomissements. L'accumulation dans le rectum de *matières fécales durcies* s'accompagne parfois d'une sorte d'incontinence due à ce que les parties périphériques du bol fécal sont constamment délayées par les mucosités intestinales; ces portions liquéfiées s'échappent involontairement. Cette circonstance est de nature à tromper le médecin, qui observant un malade atteint de diarrhée ne soupçonne pas une rétention de matières fécales; l'exploration du rectum peut seule faire reconnaître la véritable nature du mal.

**Diagnostic.** Il est rare qu'on aperçoive les corps étrangers du rectum même après avoir dilaté l'anus à l'aide du *speculum ani*, à moins que ces corps ne soient très-voisins de l'anus. L'introduction du doigt dans le rectum permet de reconnaître non-seulement la présence du corps étranger, mais encore sa forme, son volume, et les circonstances qui mettent obstacle à son expulsion. Dans quelques cas, la présence du corps étranger est décelée par une circonstance spéciale : c'est la canule d'une seringue qui heurte un obstacle; le bistouri qui est arrêté par une résistance dure et insolite dans le cours d'une opération de fistule à l'anus, ou bien encore un gros stylet introduit dans un trajet fistuleux. Les méprises sont communes pour les corps étrangers introduits *directement* dans l'anus, à moins qu'ils ne soient volumineux, auquel cas ils déterminent des troubles fonctionnels assez pressants, la rétention d'urine par exemple, pour que les malades fassent des aveux. Dans les autres cas, les sujets dissimulent le point de départ du mal.

**Pronostic.** Il est subordonné à la nature, au volume du corps étranger, à l'état général du malade. Les accidents qui peuvent se développer doivent rendre le chirurgien très-réservé.

**Traitement.** Il faut extraire le corps étranger. Il n'est guère possible d'établir de règles précises pour cette opération; le procédé est subordonné à la nature, la forme, le volume de l'objet introduit. Si le corps étranger