

artificiel de l'estomac par le gaz acide carbonique (ingestion de bicarbonate de soude et d'acide tartrique) et à faire des injections massives d'eau dans le gros intestin.

Cette augmentation de volume du tube digestif, a pour résultat, d'enfoncer la tumeur dans la région lombaire quand elle appartient au rein, et de la faire saillir dans cette région tandis qu'elle disparaît pour ainsi dire en avant. Quand la tumeur appartient au contraire au pancréas, elle reste dans une position à peu près invariable. Disons de suite que cette méthode n'est pas de pratique courante.

## ŒSOPHAGE

### EXPLORATION

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui s'étend du pharynx à l'estomac, soit du disque qui sépare la 6<sup>e</sup> de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale, à la 11<sup>e</sup> vertèbre dorsale. Au point de vue clinique, il faut placer la limite supérieure de l'œsophage au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, toujours accessible sur le vivant. Le toucher pharyngien le plus profond ne peut atteindre l'orifice supérieur de ce conduit qui se trouve, à 15 centimètres en arrière des arcades dentaires, chez l'adulte.

L'œsophage traverse, successivement, la partie inférieure du cou, le thorax dans toute sa hauteur et plonge, enfin, dans la partie toute supérieure de l'abdomen. Aussi, lui distingue-t-on trois portions : cervicale d'une longueur de 5 centimètres environ, thoracique qui mesure 18 centimètres, abdominale haute de 2 à 3 centimètres; ce qui donne une longueur totale d'environ 24 à 25 centimètres. Inaccessible aux moyens d'investigation habituels, dans ses portions thoracique et abdominale, il l'est également, à l'état normal, dans la région cervicale, bien qu'il déborde la trachée à gauche; toutefois dans l'espace qui s'étend du bord inférieur du cartilage cricoïde à la fourchette sternale, on peut, par une palpation profonde, sentir un instrument, un corps étranger, introduit dans sa cavité, un néoplasme qui l'a envahi.

L'œsophage a une direction verticale; il présente bien deux inflexions latérales, mais ces courbures, peu prononcées, sont négligeables en clinique, et ne sauraient gêner l'introduction des cathéters droits, avec lesquels on explore ce conduit. Il présente des points rétrécis (cricoidien, aortique



bronchique, sus-diaphragmatique) dont notre figure indique exactement le siège par rapport aux vertèbres.

Nous n'entrerons pas dans la description minutieuse des rapports de l'œsophage avec les organes voisins; qu'il nous suffise de rappeler ses relations, au cou : avec les gros vaisseaux, la trachée, le corps thyroïde; au thorax, avec la crosse de l'aorte, la bronche gauche, les plèvres, les poumons, les nombreux ganglions qui l'entourent; dans toute son étendue, avec les pneumogastriques, d'où la douleur qu'amène le passage d'un bol alimentaire trop volumineux. Les tumeurs du corps thyroïde, les anévrysmes de la crosse de l'aorte, la dégénérescence des ganglions péri-œsophagiens, nous expliquent les compressions qui peuvent faire croire à des affections organiques de l'œsophage.

Quand il s'agit d'explorer l'œsophage, la *vue*, sans instruments spéciaux, ne donne rien; la *palpation*, nous l'avons dit, ne sert que dans de rares cas, où la portion cervicale est intéressée; le seul procédé est celui du *cathétérisme* qui, disons-le tout de suite, quelle que soit l'affection à laquelle on ait affaire, doit être pratiqué avec les plus grandes précautions. Quand on examine, par

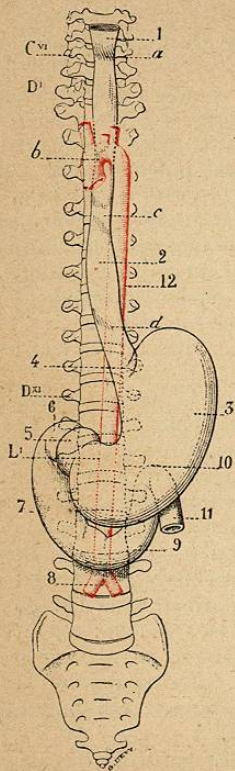


Fig. 25. — Rapports de l'œsophage.

1, pharynx. — 2, œsophage. — 3, estomac. — 4, cardia. — 5, pylore. — 6, 7, 8, 9, les quatre portions du duodénum. — 10, angle duodéno-jéjunal. — 11, jéjunum. — 12, aorte. — C<sup>vi</sup>, 6<sup>e</sup> vertèbre cervicale. — D<sup>i</sup>, D<sup>xi</sup>, 1<sup>re</sup> et 11<sup>e</sup> dorsales. — L<sup>i</sup>, 1<sup>re</sup> lombaire. — a, rétrécissement cricoïdien. — b, rétrécissement aortique. — c, rétrécissement bronchique. — d, rétrécissement sus-diaphragmatique.

ce procédé, un malade pour la première fois, il faut toujours se servir d'une grosse olive, montée sur une tige de baleine très flexible. Nous n'insistons pas sur la description du cathéter à olives, sur la forme différente qu'on a donnée à celles-ci; on trouvera tous ces détails dans les livres classiques; notre but est de montrer, comment on doit s'y prendre pour cathétériser l'œsophage.

On devra, quelques jours avant l'exploration, quand il s'agit d'affections chroniques, soumettre le malade au bromure de potassium, afin d'essayer de diminuer, autant que possible, la sensibilité du pharynx, et dans tous les cas, de trois à cinq minutes avant l'introduction du cathéter, pratiquer un badigeonnage du pharynx, avec une petite éponge imbibée d'une solution de cocaïne au vingtième, mais bien exprimée, afin que quelques gouttes de liquide ne tombent pas dans les voies aériennes, ce qui amènerait un accès de suffocation.

Pour pratiquer le cathétérisme le malade sera, toutes les fois que cela sera possible, assis sur une chaise dont on lui recommandera de prendre les bords avec ses mains, afin qu'il ne soit pas tenté de repousser le chirurgien (ce qui arrive trop souvent, malgré les précautions signalées plus haut); la tête légèrement infléchie, de façon à régulariser la courbe saccadée qui, de la sixième vertèbre cervicale, s'étend aux deux premières dorsales. Le renversement en arrière de la tête expose à une direction trop antérieure du cathéter et à sa pénétration dans les voies aériennes. On sait, en outre, quoique cela ait une importance secondaire, que, d'après Follin, cette attitude détermine une constriction de l'orifice œsophagien supérieur. Il sera bon de faire maintenir, par un aide, placé derrière le malade, et qui appliquera ses mains de chaque côté du crâne du patient, la tête, dans la position que nous venons d'indiquer.

Cela fait, le chirurgien saisit de la main droite, entre le pouce et l'index, vers sa partie moyenne, la tige de baleine qui porte l'olive exploratrice, olive qu'il a eu le soin d'enduire d'un corps gras, de glycérine de préférence. La langue étant déprimée, avec le doigt indicateur gauche, profondément enfoncé dans la bouche, on fait glisser sur ce doigt la sonde qui gagne alors la paroi postérieure du pharynx.



Lorsque la sonde atteint l'orifice œsophagien, elle éprouve une certaine résistance qu'il ne faut pas trop s'efforcer de vaincre; généralement l'œsophage cède de lui-même, après quelques secondes, sans que l'on ait besoin d'augmenter la pression de la sonde; cet arrêt dépassé, l'instrument glisse alors facilement jusque dans l'estomac, si toutefois, il n'existe aucun obstacle sur le trajet de l'œsophage.

Le principal accident qui puisse survenir, au moment du cathétérisme, consiste dans l'introduction de l'instrument explorateur dans les voies aériennes. L'erreur se reconnaîtra facilement à une douleur vive, accompagnée de toux convulsive.

Dès que la sonde a franchi l'orifice supérieur de l'œsophage, il arrive souvent qu'il se contracte spasmodiquement; il ne faut point retirer l'instrument, mais maintenir une pression douce, comme on le fait pour l'urètre, dont le cathétérisme a tant d'analogie avec celui de l'œsophage; bien souvent, en agissant ainsi, la sonde passera s'il ne s'agit que d'un spasme.

Bien que le cathéter soit dans l'œsophage, le malade n'en éprouve pas moins une certaine gêne de la respiration, sa figure se congestionne, ses yeux larmoient, il ne faut pas s'en laisser imposer par ces légers accidents; il faut, tout en maintenant la sonde en place, dire au malade de respirer largement; s'il constate qu'il respire, il se rassure, laisse continuer la manœuvre, et le chirurgien acquiert la conviction qu'il n'a point introduit l'instrument dans les voies aériennes.

Nous avons supposé qu'une fois que le cathéter a franchi l'orifice supérieur de l'œsophage, il a pénétré sans difficulté dans l'estomac, ce n'est pas la règle, car, quand on se décide à explorer l'œsophage, il y a presque toujours un obstacle qui siège plus ou moins bas sur le conduit; cet obstacle peut être dû au spasme du conduit: aussi doit-on pratiquer les jours suivants, d'autres examens, car s'il s'agit de spasme, la sonde passera bien souvent, le lendemain, là où elle a été arrêtée la veille, et arrivera facilement jusqu'à l'estomac; tandis que s'il s'agit d'une lésion organique du conduit, l'arrêt de la sonde aura toujours lieu au même point.

Voilà les principes généraux du cathétérisme de l'œsophage; nous compléterons ces données à propos des maladies

les plus fréquentes qu'on y observe. Disons, toutefois, que le *cartilage cricoïde* ne laisse pas, par la saillie de son bord inférieur, de gêner un peu le chirurgien quand il retire la sonde; souvent le talon de l'olive exploratrice, accroche au retour le bord inférieur du cricoïde, d'où un ressaut que quelques chirurgiens ont cherché à éviter, en donnant des formes variées à l'olive. Ce ressaut nous semble dû aussi au spasme de l'œsophage qui applique l'olive sur le cricoïde; aussi, faut-il agir avec douceur, au retour comme à l'aller, une traction lente de bas en haut triomphera facilement de l'obstacle musculaire.

Il y a d'autres procédés d'exploration de l'œsophage.

L'*auscultation* peut rendre des services, mais dans des cas déterminés; nous nous en occuperons plus loin. Signalons enfin l'*œsophagoscopie*. Tant que les œsophagoscopes n'ont été éclairés que par un miroir pharyngien, ils n'ont rien donné; mais ils ont été perfectionnés, dans ces quinze dernières années, en particulier par Mickuliz et Leiter qui ont eu l'idée de recourir à des miroirs portant avec eux, une source de lumière électrique.

Nous n'insisterons pas sur la description de ces instruments d'un prix élevé qui sont, d'ailleurs, très peu répandus.

#### DIAGNOSTIC DES MALADIES CHIRURGICALES DE L'ŒSOPHAGE. — CORPS ÉTRANGERS

Les maladies de l'œsophage se traduisent par la *dysphagie*. Mais, la difficulté de la déglutition peut reconnaître d'autres causes qu'une affection de l'œsophage; il faut donc d'abord s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie du pharynx, que ni l'aorte, ni les gros vaisseaux de la base du cou ne sont le siège d'anévrysmes, que le corps thyroïde ne présente pas de tumeur, que le sujet examiné est indemne de tumeurs ganglionnaires cervicales ou d'adénopathies trachéo-bronchiques, qu'il ne s'agit pas d'abcès par congestion provenant d'un mal de Pott; toutes causes capables d'amener une compression de l'œsophage, partant de la dysphagie. Cette élimination faite, et elle est parfois des plus délicates, on songe à



une affection organique de l'œsophage. L'interrogatoire du malade a ici la plus grande importance et permet, le plus souvent, de faire le diagnostic de la nature du mal, avant que le cathétérisme ait été pratiqué.

Un sujet se présente au chirurgien et lui dit que, depuis quelque temps, il éprouve une gêne de la déglutition qui va s'accroissant; qu'il avalait d'abord difficilement les solides, et qu'aujourd'hui, il en est de même pour les liquides; qu'il a des régurgitations, qu'il rend soit immédiatement après le repas, soit un certain temps après, des matières alimentaires non digérées, mêlées de mucus, parfois d'un peu de sang; il ajoute qu'il a beaucoup maigri depuis un certain temps.

Le diagnostic qui s'impose, est celui de *rétrécissement de l'œsophage*.

Le cathétérisme ne fera que donner des notions sur le siège, les dimensions du rétrécissement. On se servira d'abord, comme nous l'avons dit, d'une grosse olive, l'instrument pénètre, par exemple, à une profondeur de 25 centimètres, mesurée à partir des arcades dentaires; on retranchera quinze de ce chiffre, et on dira que l'obstacle siège à 10 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage, par conséquent, un peu au-dessus de la partie moyenne du conduit. Le *siège* est ainsi bien établi. En se servant ensuite d'une olive plus petite, on descendra, quelquefois, plus bas, sans pénétrer dans l'estomac, et on aura ainsi une notion nouvelle, celle que le rétrécissement a une certaine hauteur. Pour ne pas introduire plusieurs fois le cathéter, Velpeau plaçait, sur la même tige, plusieurs olives d'un volume successivement croissant, la plus petite occupant l'extrémité stomacale du cathéter. On n'a pas souvent l'occasion de recourir à ce procédé, car, quand les malades viennent réclamer les soins du chirurgien, le rétrécissement a bien souvent oblitéré le conduit, à un tel point, que l'introduction d'une sonde de petit calibre est impossible. Nous proscrivons, d'ailleurs, d'une façon absolue, l'emploi des bougies de baleine quand on soupçonne un cancer de l'œsophage; on traverse l'obstacle, mais souvent en perforant le conduit; aussi nous n'autorisons que l'emploi d'une sonde molle en gomme, et encore n'insistera-t-on pas pour franchir l'obstacle.

L'*auscultation* peut encore rendre service pour faire le diagnostic de rétrécissement. Pour la pratiquer, on se place à gauche du malade qui est assis, croisant les bras sur la poitrine; on applique l'oreille, à gauche de la colonne vertébrale, au-dessous de la pointe de l'omoplate. S'agit-il d'un rétrécissement, qu'en faisant déglutir une gorgée de liquide, on entend un bruit de glouglou assez spécial. Ogston (*Medical Chronicle*, 1887) a fait les remarques suivantes :

A l'état normal, le bol alimentaire met quatre secondes pour descendre de la bouche dans l'estomac, et l'instant où il quitte la bouche est marqué par le soulèvement de la pomme d'Adam. L'entrée du bol alimentaire, dans l'estomac, est annoncée par un glouglou amphorique que perçoit l'oreille à trois travers de doigt, au-dessous de l'angle de l'omoplate, à gauche du rachis. Dans le cas de rétrécissement, le bol alimentaire met de dix à quatorze secondes pour arriver dans l'estomac, c'est-à-dire qu'il doit s'écouler, de dix à quatorze secondes, entre l'ascension du larynx que note un assistant, et la perception du bruit de glouglou. On peut essayer du procédé, mais il n'a guère d'importance.

Le diagnostic de rétrécissement intrinsèque de l'œsophage est donc posé, on en connaît le siège, on a quelques notions sur ses dimensions. *Quelle est la nature de ce rétrécissement ?*

Si on se trouve en présence d'un sujet de quarante à cinquante ans, ou même plus, de cinquante à soixante ans, le plus souvent d'un homme; que les commémoratifs indiquent que la dysphagie n'a point été précédée des symptômes de l'œsophagite aiguë, qu'elle est survenue sans cause appréciable; il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à un *cancer* de l'œsophage: c'est le diagnostic qu'on devra poser le plus souvent et qui, dans quelques cas, se trouvera confirmé par le saignement facile du point rétréci, à la suite du cathétérisme, rarement par la présence de parcelles du néoplasme, restées adhérentes à l'instrument. Il ne faut jamais négliger l'*examen des creux sus-claviculaires*; si l'on y trouve une adénopathie (voir à ce sujet, p. 272, ce qui a trait à la valeur séméiologique de l'adénopathie sus-claviculaire), le diagnostic pourra, quelquefois, être affirmé.

C'est, nous le répétons, surtout au cancer qu'il faut penser



chez les gens d'âge mûr; on devra toutefois songer à la syphilis, à la tuberculose de l'œsophage. Mais il est presque toujours impossible de faire le diagnostic de ces lésions. Si on soupçonne la *syphilis*, on devra soumettre le malade à un traitement approprié. Dans ces conditions, si la dysphagie disparaît, il y a quelques chances pour qu'on soit dans le vrai; mais le traitement n'agit que quand on a affaire à des dépôts gommeux; il n'a aucune influence sur les cicatrices rétractiles qui résultent de leur ulcération, il ne donne donc aucun éclaircissement, dans ce dernier cas, sur la nature du rétrécissement.

Le diagnostic de la *tuberculose* de l'œsophage, rare d'ailleurs, est d'autant plus difficile que le cancer amène souvent la tuberculose pulmonaire. Elle ne peut guère être que soupçonnée, si l'on a suivi pendant quelque temps le malade, et si l'on a acquis la conviction que la tuberculose pulmonaire existait avant la dysphagie, que si des signes d'entérite tuberculeuse ont été observés en même temps.

Nous ne citons que pour mémoire les rétrécissements dus à la diphtérie, à la variole, à l'alcoolisme, à l'ulcère simple de l'œsophage (Debove); comme ceux qui résultent de la syphilis et de la tuberculose, ils ne peuvent être que soupçonnés.

Le vrai *rétrécissement de l'œsophage*, le seul, pour ainsi dire, qu'on observe en clinique, est celui qui résulte de la cicatrisation des lésions, produites par l'ingestion de liquides bouillants ou caustiques. Ici, l'interrogatoire du malade suffit à faire poser le diagnostic et le cathétérisme le complètera, en donnant, comme pour le cancer, des notions sur son siège, son étendue, sa perméabilité, son degré de dilatabilité. On se rappellera encore, que le séjour des corps étrangers dans l'œsophage, en y produisant des ulcérations, amène des cicatrices qui peuvent être le point de départ de rétrécissements, on interrogera donc le malade à ce sujet; les plaies de l'œsophage peuvent, elles aussi, amener des rétrécissements cicatriciels, mais elles sont tellement rares qu'il n'y a guère à y songer.

« Certains *rétrécissements* en forme de diaphragme, sortes de cloisonnements incomplets, sont évidemment d'*origine*

*congénitale*; toutefois, il n'y a, jusqu'ici, pas de dissection probante chez l'enfant. On se fonde, pour admettre la nature congénitale de certains rétrécissements annulaires, constatés sur des sujets morts plus ou moins âgés, sur ce fait clinique, qu'ils avaient présenté, depuis leur enfance, des troubles dysphagiques, et sur ce fait anatomique que la muqueuse n'est nullement ulcérée à leur niveau. Les symptômes sont ceux de tout rétrécissement de l'œsophage; souvent ils sont légers pendant un temps assez long et s'aggravent à mesure que le sujet avance en âge. D'après Rokitanski et Berg, ces rétrécissements diffèrent des rétrécissements acquis par leur tendance à se compliquer de poches diverticulaires. » (Hartmann, *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. V.)

A côté des deux types cliniques d'affections organiques de l'œsophage, *cancer*, *rétrécissement cicatriciel* par ingestion de liquides bouillants ou caustiques, il faut placer les *rétrécissements dits spasmodiques*, les *spasmes de l'œsophage*. Ils sont plutôt du domaine de la médecine et on les observe surtout chez les hystériques. Ils ont, eux aussi, comme caractéristique, la dysphagie; mais cette dysphagie, au lieu d'être lente, progressive, comme dans les affections organiques, subit une foule de variations dans son degré, variations qui dépendent des conditions physiques ou morales, dans lesquelles se trouve le malade. C'est un fait qui doit d'abord attirer l'attention. L'introduction de la sonde œsophagienne permet souvent de reconnaître un obstacle dans un point toujours le même; mais l'obstacle vaincu, en maintenant la pression du cathéter, le spasme cesse ou diminue notablement, et comme pour l'urètre, au retour, l'instrument parcourt sans arrêt tout le canal, c'est là un fait de haute importance. Tantôt, le rétrécissement se laisse franchir avec la plus grande facilité, tantôt il est impossible d'en trouver l'orifice ou de le traverser avec l'instrument, puis le lendemain ou le surlendemain, la sonde passe aisément: voilà les signes caractéristiques du spasme de l'œsophage. S'il s'agit d'un malade névrosé, d'une femme hystérique, le diagnostic de spasme s'impose; mais, se trouve-t-on en présence d'un sujet qui ne présente pas de



tare nerveuse, qu'il faut penser aux *diverticules œsophagiens* qui se présentent avec le même cortège symptomatique. On pourra en soupçonner l'existence si, le diverticule siégeant à la partie supérieure de l'œsophage, on rencontre sur les côtés de la trachée, à la base du cou, une tumeur molle pâteuse, susceptible de se vider par compression. En l'absence de ce signe, c'est au cathétérisme qu'il faut recourir. Si la sonde arrive facilement jusque dans l'estomac, on écartera toute idée de lésion organique de l'œsophage. D'autres fois, la sonde pénètre dans le diverticule et on croit à l'existence d'un rétrécissement se compliquant de spasme. Mais alors, tantôt le sac est large et la sonde qui y est engagée peut exécuter des mouvements plus ou moins étendus, ce qui n'existe pas dans le cas d'obstacle dû à un rétrécissement ; tantôt la poche est étroite et la sonde, quel que soit son petit calibre, est toujours arrêtée au même point, sans pouvoir arriver jusqu'à l'estomac, ce qui ne pourrait s'expliquer que dans l'hypothèse d'un rétrécissement extrêmement serré, incompatible avec les troubles souvent légers, toujours variables de la déglutition. D'ailleurs, la sonde qui s'est arrêtée dans le diverticule, à un premier cathétérisme, peut souvent, dans le cas de diverticule de l'œsophage, passer librement lorsqu'on explore de nouveau le conduit, il suffit quelquefois d'un simple changement de position du sujet, pour que le cathétérisme, impossible d'abord, se fasse sans difficulté, ce qui n'arriverait pas, certainement, s'il s'agissait d'un rétrécissement organique, cicatriciel ou cancéreux.

Il nous reste un mot à dire du diagnostic des *corps étrangers de l'œsophage*. Il est facile, lorsqu'on est aidé des commémoratifs et que le corps étranger s'est arrêté au cou, dans la portion du conduit, accessible à la palpation. Mais, dans les circonstances inverses, la gêne ou l'impossibilité de la déglutition, la douleur fixe en un point du trajet de l'œsophage, ne sont nullement pathognomoniques de la présence d'un corps étranger, car ces symptômes peuvent persister, alors même que le corps a été expulsé, par suite de la blessure des parois du conduit ou de la contraction spasmodique qui en est souvent la conséquence. L'exploration

directe permettra seule d'affirmer la présence d'un corps étranger, et on se servira pour la pratiquer du cathéter à boule. Mais il importe de savoir que ce mode d'exploration est loin d'être infaillible. Lorsqu'il s'agit par exemple, de corps aplatis, susceptibles de se placer de champ, comme une pièce de monnaie, un fragment d'os plat, etc., il arrive souvent que la sonde, passe à côté du corps étranger, sans accuser sa présence et, comme dans ces cas, la déglutition reste possible, non seulement pour les boissons, mais même pour les aliments solides, on est amené à conclure à l'absence du corps étranger. On pourrait alors rechercher un signe indiqué pour la première fois par Dupuytren, c'est-à-dire le bruit déterminé par le choc de la boule du cathéter sur le corps étranger. Mais, avec les instruments ordinaires, ce signe fera ordinairement défaut, et c'est le cas de se servir, ici, du résonnateur inventé par Collin et appliqué pour la première fois, par Duplay, à la recherche des corps étrangers de l'œsophage.

Cet instrument se compose d'une olive creuse en métal, vissée à une tige métallique flexible. A cette tige est ajusté un tambour à renforcement, en cuivre. Au tambour fait suite un tube de caoutchouc, avec embout d'ivoire, que le chirurgien s'introduit dans l'oreille, au moment où il pratique le cathétérisme. Le moindre frôlement sur l'olive creuse, placée à l'extrémité de l'instrument, est renforcé par cet appareil et détermine un bruit très appréciable.

En somme, c'est le cathétérisme avec les commémoratifs, qui permet de faire le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage. Il faut se rappeler que ces derniers, pour peu qu'ils soient volumineux, peuvent comprimer les voies aériennes, ce qui peut faire croire à un corps étranger du larynx ou de la trachée. C'est encore au cathétérisme de l'œsophage qu'il faut recourir pour être éclairé sur le siège du corps étranger. Bien souvent, celui-ci a été rejeté par la bouche ou est arrivé dans l'estomac, quand persistent encore la gêne de la déglutition et la douleur, en un point fixe de l'œsophage ; le cathétérisme fait avec une éponge peut, quand on retire l'instrument, montrer une petite tache de sang à a surface de cette éponge ; si l'on est bien sûr que ce sang



ne vient pas du pharynx, on pourra tirer de sa présence, cette notion, qu'il y a une déchirure de l'œsophage, mais rien de plus. S'il s'agit d'arêtes, de petits fragments d'os, de pièces de monnaie, il faut explorer l'œsophage avec le panier de Græffe, qui a chance de ramener le corps étranger; on fera du même coup le diagnostic et le traitement qui convient.

## DE L'ANUS ET DU RECTUM

### ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

L'orifice terminal du tube digestif, *orifice anal*, s'ouvre à peu près au centre d'une région, dite périnéale postérieure, et limitée de la façon suivante : en avant, par la ligne bi-ischiatique; latéralement, par les tubérosités de l'ischion et les bords inférieurs des muscles fessiers et, au-dessus d'eux, les ligaments sacro-sciatiques; en arrière, par le coccyx et les bords latéraux du sacrum. On donne improprement, à cet orifice, le nom d'anus. *L'anus* n'est pas une simple ouverture, mais bien un *canal* de 2 à 3 centimètres de hauteur, formé en bas par la peau et ses plis radiés, en haut par la partie tout inférieure de la muqueuse rectale, dans l'étendue qui répond à celle des sphincters interne et externe. La portion muqueuse de l'anus est séparée de la portion cutanée, par une ligne festonnée, qui résulte de la jonction de ces deux membranes, et qui se trouve à quelques millimètres au-dessus de l'orifice anal. En clinique, quand on introduit le doigt dans l'orifice anal, on dit qu'on est dans l'anus, tant que l'extrémité de ce doigt explorateur, éprouve quelque résistance à pénétrer; autrement, on affirme qu'on est dans le rectum.

Quoi qu'il en soit, la portion de l'anus revêtue de muqueuse n'est en somme que la portion tout inférieure du rectum. c'est, comme le dit fort bien Tillaux, la portion sphinctérienne du rectum et c'est avec ce dernier viscère qu'elle doit être étudiée. Nous ne nous occuperons, pour le moment, que de la *portion cutanée du canal anal*.

*L'orifice anal*, chez l'homme, est situé immédiatement en arrière de la ligne bi-ischiatique; il répond à cette ligne chez la femme; il est plus enfoncé entre les trois saillies osseuses