

en 1844, et qui s'était introduit dans le rectum un grand verre à bière, chercha à l'extraire au moyen du forceps, mais le brisa. Velpeau fit l'extraction des morceaux en protégeant les parois du rectum avec une corne à soulier; mais huit jours plus tard le malade mourut d'un phlegmon du bassin.

Il est à remarquer que, pour les bouteilles, l'extraction est beaucoup plus difficile quand le goulot a été introduit le premier que lorsqu'il présente son ouverture tournée du côté de l'extérieur. Désormeaux, chez le malade dont il a rapporté l'histoire et qui s'était introduit une bouteille dans le rectum, pouvait en sentir le goulot à travers les parois abdominales, tandis que le toucher rectal faisait constater la présence de son fond dans la concavité du sacrum. Il ne jugea pas prudent d'appuyer sur le goulot, au moyen des mains appliquées sur l'abdomen, et préféra saisir le fond avec un forceps. Cumano (1) dans une circonstance semblable agit de la même manière. Quand le goulot est dirigé en bas, l'extraction est simplifiée, car elle peut se faire en saisissant la partie rétrécie du corps étranger avec les doigts, avec des pinces, ou mieux encore, en introduisant, à l'exemple de Reymonet (2), dans la bouteille elle-même, un morceau de bois muni d'une ficelle à sa partie moyenne. Ce morceau de bois une fois introduit et placé en travers, il suffit de tirer sur la ficelle pour amener le corps étranger à l'extérieur.

## ARTICLE II

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

#### § I. — Maladies inflammatoires.

Nous décrirons sous ce titre : 1° les affections prurigineuses de la marge de l'anus; 2° l'inflammation du rectum ou rectite; 3° les phlegmons et abcès de l'anus et du rectum.

##### 1° Affections prurigineuses de l'anus.

On observe fréquemment à la région anale un certain nombre d'affections prurigineuses, telles que l'érythème, l'eczéma, le lichen, l'herpès, qui reconnaissent pour causes : la constipation habituelle, la diarrhée persistante, la présence d'hémorroïdes, de condylomes, de végétations, l'existence de vers intestinaux et en particulier d'oxyures, la disposition des poils en brosse, après qu'ils ont été coupés, la négligence des soins

(1) *Gaz. médic. de Paris*, 1838, p. 693.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 193.

de propreté, le contact incessant de liquides irritants provenant du rectum ou du vagin. A ces causes toutes locales, il faut joindre l'influence d'un état diathésique, tels que l'herpétisme, l'arthritisme, ou certaine prédisposition spéciale qui donne lieu à un prurit habituel de l'anus, lequel sollicite des grattages fréquents de la part du malade.

Ces diverses affections cutanées déterminent des démangeaisons, des cuissons extrêmement vives, dont l'intensité s'accroît généralement le soir, à la chaleur du lit. Le malade ne peut résister au besoin de porter la main à la région malade, et les frictions, les grattages auxquels il se livre, aggravent les lésions locales et augmentent encore les sensations d'agacement et de douleur. Il s'y joint parfois du ténesme, un sentiment de poids vers l'anus, et de fourmillement qui s'étend du côté du rectum. Enfin, chez quelques sujets très irritables, ces crises s'accompagnent d'un mouvement fébrile.

Lorsqu'on examine l'anus, on constate une rougeur plus ou moins intense, occupant la marge de l'anus et s'étendant quelquefois aux régions voisines; la peau est le siège d'éruptions variées (vésicules d'eczéma, d'herpès, papules de lichen) ou d'érosions plus ou moins profondes, résultant simplement des grattages opérés par le malade ou succédant à la déchirure des vésicules d'herpès et d'eczéma. Dans ces conditions, on trouve généralement la région anale baignée par un liquide muco-purulent sécrété par les glandes sébacées et par les ulcérations de la peau.

Les affections prurigineuses de l'anus, sans être graves par elles-mêmes, présentent souvent une extrême ténacité.

Leur traitement consiste d'abord dans l'éloignement de la cause lorsque celle-ci peut être constatée. On prévient la constipation, on fera cesser la diarrhée habituelle, on détruira les vers intestinaux, on traitera les hémorroïdes; puis on s'attaquera directement à la lésion cutanée, en entretenant avec le plus grand soin la propreté par des lavages fréquents, et en maintenant constamment écartés les bords de la rainure interfessière par l'interposition d'un linge fin ou d'une poudre inerte.

Lorsqu'il existe une violente inflammation de la peau, les cataplasmes d'amidon, souvent renouvelés, les lotions fréquentes de décoction de guimauve, de sureau, les bains, devront être employés. Après que l'inflammation sera tombée, on prescrira des lotions avec les liquides astringents, tels que l'eau blanche, les solutions d'alun, de chlorate de potasse, de sublimé, suivies de l'application de poudres inertes, comme l'amidon, le lycopode, auxquelles on pourra mélanger une certaine proportion de camphre ou d'oxyde de zinc. Lorsqu'il existe des ulcérations, il sera nécessaire d'interposer un linge fin ou de la charpie enduite d'un corps gras, tel que le cold-cream, l'axonge, le cérat, auxquels on pourra incorporer l'extrait de Saturne, le précipité blanc, etc.

## 2° Rectite.

ÉTILOGIE. — La rectite ou *proctite* est le plus souvent consécutive à l'inflammation du gros intestin ; cependant elle peut en être indépendante et se montrer à l'état de maladie locale, soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique.

Dans ce dernier cas, elle reconnaît pour cause une irritation directe, telle que celle qui résulte de lavements ou de suppositoires irritants, de l'abus des purgatifs drastiques, de la présence de corps étrangers, de matières fécales endurcies, de vers intestinaux et en particulier d'oxyures vermiculaires. La pédérastie détermine souvent aussi la rectite chronique. Malgré l'assertion de quelques auteurs qui pensent qu'un individu atteint de blennorrhagie uréthrale transmet presque inévitablement par des rapports contre nature une blennorrhagie rectale, la question est encore aujourd'hui très controversée.

Vidal (de Cassis), Tardieu, Gosselin, insistent sur la rareté de la blennorrhagie franchement rectale, et Bonnière (1), à la suite de quelques expériences, a nié l'inoculation du pus blennorrhagique sur la muqueuse du rectum. Il serait donc permis de supposer que la rectite que l'on observe chez les pédérastes ayant eu des rapports avec des sujets atteints de blennorrhagie uréthrale, résulte de la propagation à la muqueuse du rectum de l'inflammation déterminée par la blennorrhagie *anale*, laquelle existe bien réellement.

Cette propagation s'observe d'ailleurs assez fréquemment dans les cas d'hémorroïdes enflammées, d'ulcérations, de chancres, de plaques muqueuses de l'anus. Elle peut aussi avoir pour point de départ l'inflammation d'organes voisins, de l'utérus, de la vessie, de la prostate.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La rectite est tantôt partielle, tantôt étendue à toute la surface de l'intestin ; souvent limitée à la muqueuse, elle peut s'étendre au tissu cellulaire sous-muqueux et devenir phlegmoneuse.

Les caractères anatomiques de la rectite superficielle aiguë sont ceux que l'on observe dans l'inflammation des autres muqueuses : la congestion, l'épaississement, la friabilité ; à une période plus avancée, on constate des érosions, des ulcérations plus ou moins profondes. Le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré, épaissi, induré, d'aspect lardacé ; des abcès peuvent s'y développer, soit sous la seule influence de la phlegmasie, soit à la suite de la perforation de l'intestin par les progrès du travail ulcératif.

SYMPTOMATOLOGIE. — La rectite aiguë est caractérisée par un sentiment de pesanteur, bientôt remplacé par une douleur plus ou moins vive le long du sacrum et du coccyx, irradiant du côté de la vessie, de l'utérus, remontant jusque dans la région lombaire et s'étendant à la partie su-

(1) *Rech. nouv. sur la blennorrhagie (Archiv. génér. de méd., avril 1874).*

périeure des cuisses. L'anus est douloureux, contracté, souvent rouge, surtout chez les enfants. La constipation, presque constante dans les premiers jours, est plus tard remplacée par une diarrhée plus ou moins abondante, accompagnée d'épreintes, de ténésme et composée de mucosités glaireuses, souvent mêlées de sang et de pus. Par le toucher et l'examen au spéculum, on constate la rougeur, le gonflement de la muqueuse.

Ces accidents locaux s'accompagnent rarement d'accidents généraux graves ; la fièvre, lorsqu'elle existe, est généralement modérée.

À l'état chronique, la rectite donne lieu à une sensation de pesanteur à l'anus, à des douleurs plus ou moins vives pendant la défécation, à des alternatives de diarrhée et de constipation, à un écoulement de mucus qui se produit tantôt après des efforts d'expulsion, tantôt involontairement. Dans la forme blennorrhagique, cet écoulement est très abondant et constitué par un pus jaune verdâtre, très épais, très irritant pour la peau des parties voisines de l'anus.

La rectite aiguë se termine souvent par résolution. Rarement elle donne lieu à la formation d'abcès, excepté lorsqu'elle succède à un traumatisme et, dans ces cas, la suppuration peut être diffuse et la maladie revêt alors une extrême gravité. La gangrène est aussi une terminaison exceptionnelle de la rectite aiguë. J'en ai observé un exemple remarquable à la suite de l'inflammation d'un énorme bourrelet hémorroïdal. La mort est la conséquence habituelle de cette complication.

Il est très fréquent de voir la rectite aiguë passer à l'état chronique, et sous cette forme la maladie devient très rebelle et sujette à récidiver ; c'est ce que l'on observe en particulier dans la rectite blennorrhagique. Les ulcérations, les phlegmons, les abcès de voisinage, les fistules péri-rectales, sont alors des accidents très communs. Il est également assez fréquent de voir la rectite chronique entraîner l'hypertrophie des tuniques de l'intestin et la formation d'un rétrécissement avec toutes ses conséquences.

TRAITEMENT. — Au début, les antiphlogistiques devront être employés : sangsues à l'anus, bains, lavements émollients et narcotiques. Plus tard, lorsqu'il existe un flux catarrhal de l'intestin, les lavements astringents avec les décoctions d'écorce de chêne, de ratanhia, avec la solution de tannin, seront indiqués ; dans certains cas de rectite chronique, les lavements de nitrate d'argent à faible dose (0<sup>gr</sup>, 15 pour 100) pourront rendre des services. Enfin, lorsque l'induration des parois, la présence d'ulcérations font craindre la production d'un rétrécissement, on devra recourir à l'usage de mèches de plus en plus volumineuses et enduites de pom-mades résolutes.

## 3° Phlegmons et abcès de la région anale.

Les phlegmons et abcès de la région anale reconnaissent des origines

très diverses; de là, la nécessité de scinder leur étude, tant au point de vue de leur siège anatomique, qu'à celui de leur nature. Aussi décrirons-nous successivement et dans des paragraphes séparés, les *abcès superficiels* ou *sous-tégumentaires* et les *abcès profonds*, en ayant soin d'établir à propos de ces deux classes, des sous-divisions d'après la nature de la phlegmasie

FAGET, *Mém. sur les abcès qui arrivent au fondement* (*Mem. de l'Ac. roy. de chir.*, t. I, in-4°). — FOUBERT, *Mém. sur les grands abcès du fondement* (*ibid.*); — DANYAU, *Des abcès de la marge de l'anus*, thèse de concours, 1832. — LHOMME, *Quelles sont les diverses variétés d'abcès à la marge de l'anus*, thèse de Paris, n° 365, 1839. — LARRUE, *Abcès situés autour de l'anus*, thèse de Paris, n° 245, 1840. — PARISE, *Abcès situés autour de l'anus*, thèse de Paris, n° 184, 1842. — CHASTEAU, *Quelles sont les diverses variétés et abcès à l'anus?* thèse de Paris, n° 83, 1843. — SOULI, *Des abcès développés aux environs de l'anus*, thèse de Paris, n° 68, 1846. — BERTHERAND, *Des abcès de la région anale*, thèse de Paris, n° 300, 1853.

A. *Phlegmons et abcès superficiels ou sous-tégumentaires.*

Les phlegmons et abcès sous-tégumentaires se présentent sous trois formes distinctes que nous désignerons, d'après Chassaignac (1), sous les noms d'*abcès tubéreux*, *phlegmoneux*, *hémorrhoidaires* ou *phlébitiques circonscrits*.

a. *Abcès tubéreux.* — Ces abcès, que quelques auteurs ont eu le tort d'appeler *abcès tuberculeux*, constituent une affection tout à fait locale et pourraient être regardés comme des furoncles de la région anale. Ils sont analogues aux abcès tubéreux de l'aisselle et, comme eux, semblent bien plutôt développés dans l'épaisseur même du derme que dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme quelques chirurgiens l'ont admis. Cependant, on n'est pas encore complètement d'accord sur le siège précis de la lésion: les uns la regardant comme le résultat d'une inflammation limitée au derme, c'est-à-dire comme une sorte de lymphangite superficielle; les autres rapportant sa production à une irritation des glandules anales par oblitération de leurs canaux excréteurs. Nous nous rattachons à cette dernière opinion et nous considérons les abcès tubéreux comme étant manifestement d'origine glandulaire.

En effet, s'il s'agissait d'une inflammation du réseau lymphatique du derme qui, comme on le sait, est très riche à la région anale, ne devrait-on pas observer, au moins quelquefois, des adénites concomitantes? Or cette complication ne s'observe jamais avec l'abcès tubéreux. Quant à dire si ce sont les glandes sudoripares ou les follicules sébacés annexés au système pileux de la région qui sont le point de départ de l'affection qui nous occupe, nous ne saurions le préciser.

(1) *Dict. encyclop. des sciences méd.*, t. V, p. 468.

ÉTIOLOGIE. — On ne peut souvent relever aucune cause appréciable dans le développement des abcès tubéreux, et leur apparition paraît être complètement spontanée; mais, d'autres fois, ils reconnaissent comme cause un traumatisme ou une irritation directe de la région anale. La malpropreté, les frottements avec du papier dur ou des linges grossiers, l'action des ongles dans les démangeaisons prurigineuses déterminées par les oxyures au niveau de l'orifice anal, ont paru être dans quelques cas l'origine de l'affection. La transpiration abondante et surtout l'altération des sécrétions anales, à la suite de marches excessives ou de courses à cheval, les liquides acres qui s'écoulent des organes génitaux de la femme ou les matières fécales dans le cours d'une diarrhée, exercent quelquefois une action irritante qui provoque le développement des abcès tubéreux. Ajoutons que la menstruation chez quelques femmes peut ramener, à chaque époque, l'apparition d'une poussée d'abcès tubéreux dans la région anale.

Plus rares chez la femme que chez l'homme, les abcès tubéreux ne s'observent presque jamais chez les enfants et les vieillards. Quoiqu'ils puissent survenir chez des personnes jouissant de la santé la plus robuste, ils attaquent de préférence les individus dont la constitution est détériorée. Les phthisiques et tous les cachectiques, en général, y sont particulièrement prédisposés, et chez eux l'affection revêt une allure beaucoup plus sérieuse que dans toute autre condition.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'abcès tubéreux se présente sous forme d'une petite tumeur superficielle qui atteint quelquefois le volume d'une noisette. Il siège le plus habituellement près de l'orifice anal; arrondi à sa base, il est saillant à son centre et présente une coloration rouge peu prononcée. A la palpation, il donne la sensation d'une induration circonscrite. La douleur est très variable; presque insignifiante dans quelques cas, elle prend d'autres fois une intensité peu en rapport avec le petit volume de la tumeur; les souffrances s'exaspèrent au moment de la défécation.

L'abcès tubéreux est peu susceptible d'extension et reste circonscrit à la partie de la peau primitivement atteinte; déjà, au bout de trois ou quatre jours, la tumeur se ramollit: de dure, elle devient peu à peu fluctuante; ses parois s'amincissent, deviennent moins tendues, et il se fait une ouverture par où s'échappe une petite quantité de pus. Les phénomènes douloureux diminuent alors, ou même disparaissent complètement; il ne reste plus de la tumeur que sa base indurée. Le pus est généralement séreux, quelquefois légèrement sanguinolent et d'une odeur fétide. Ce phénomène n'est pas exclusif aux abcès de la région anale; il a été noté dans toutes les collections purulentes qui avoisinent les muqueuses et est vraisemblablement dû, dans ce cas particulier, à l'endosse des gaz du rectum dans l'intérieur du foyer.

DIAGNOSTIC. — A première vue on reconnaît les abcès tubéreux; mais on ne doit pas s'en tenir au diagnostic de la lésion et il faut rechercher

la cause première sous l'influence de laquelle s'est développé l'abcès, de manière à la combattre et à éviter la récurrence.

PRONOSTIC. — Les abcès tubéreux ne présentent, dans la plupart des cas, aucune gravité, et guérissent presque toujours avec rapidité. Cependant, quand ils se développent sous l'influence d'un mauvais état général, il est sage de faire quelques réserves sur les suites possibles de l'accident. En effet, chez les phthisiques, on peut voir la cicatrisation traîner en longueur; l'abcès se ferme, puis se rouvre, l'induration persiste, la peau reste violacée, et finalement une fistule s'établit.

TRAITEMENT. — Au début on se bornera à recouvrir la région anale de préparations émollientes, telles que cataplasmes de mie de pain, de fécule ou d'amidon. On doit éviter l'emploi de la farine de lin, qui s'aigrit rapidement et irrite la peau. Si les douleurs sont vives, on pourra arroser le cataplasme de quelques gouttes de laudanum. Aussitôt que la fluctuation est manifeste, on doit pratiquer une ouverture; quelques chirurgiens même, considérant que les abcès de la marge de l'anus arrivent presque toujours fatalement à la suppuration, conseillent d'inciser de très bonne heure, et avant même que le pus soit collecté.

Le traitement consécutif consistera à introduire pendant les deux ou trois premiers jours l'extrémité d'un stylet entre les bords de la plaie, de manière à éviter leur accolement, et à recouvrir la région anale de cataplasmes émollientes, jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires soient dissipés.

b. *Abcès phlegmoneux.* — Des trois formes d'abcès sous-tégumentaires décrites par Chassaignac, les abcès phlegmoneux constituent la classe la plus commune et représentent, pour ainsi dire, le type des abcès de la région anale.

Ils diffèrent de la forme précédente en ce que l'inflammation est moins circonscrite, et en ce que le pus une fois formé se collecte sous les téguments.

ÉTILOGIE. — Les abcès phlegmoneux se développent, à peu de chose près, sous les mêmes influences que les abcès tubéreux; mais le traumatisme joue dans leur étiologie un rôle plus considérable.

L'équitation, les chutes et les coups de pied sur le siège, le passage à travers l'anus de matières fécales trop dures, le toucher rectal pratiqué trop brusquement, l'introduction mal dirigée d'une canule trop aiguë et la pédérastie passive, sont autant de causes de cette forme d'inflammation suppurative. Ajoutons que, pour quelques auteurs, la blennorrhagie uréthrale, chez certains individus prédisposés, peut se propager aux vésicules séminales, et, par leur intermédiaire, au tissu cellulaire péri-anal.

Très fréquents aussi sont les abcès qui succèdent aux opérations qui se pratiquent sur l'extrémité inférieure du rectum: dilatation forcée, extirpation des hémorroïdes, excision de la fistule à l'anus par la ligature simple, etc.

Sabatier pensait que le plus souvent les abcès phlegmoneux sont consécutifs aux ulcérations ou aux piqûres que produisent les corps étrangers pointus, avalés et entraînés avec les matières fécales. Il est certain que les fèces endurcies, les fragments d'os, les arêtes de poisson, peuvent perforer la muqueuse rectale et amener l'inflammation du tissu cellulaire qui la double; mais ces faits paraissent assez rares.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le siège anatomique de l'abcès phlegmoneux est dans le tissu cellulaire qui double la peau et la muqueuse de l'orifice anal. Le début est marqué par l'apparition d'une tumeur globuleuse, chaude et douloureuse à la pression. Les téguments sont rouges, violacés, même vers le centre de la tuméfaction, qui est le siège de douleurs pulsatives souvent très intenses. Le moindre attouchement réveille des douleurs excessives dans toute la région. Le malade ne peut s'asseoir et est obligé de rester couché sur le côté; la défécation est excessivement pénible, et les efforts pour uriner, pour tousser ou pour se moucher, retentissent douloureusement du côté de l'anus. Pendant toute cette période, il y a de la fièvre et de l'inappétence, un état saburral des premières voies et quelquefois des frissons plus ou moins répétés.

Au bout de quelques jours, la peau s'amincit et la tumeur vient faire saillie dans le voisinage de l'orifice anal. Quelquefois on sent une fluctuation manifeste du côté de la peau; d'autres fois elle est plus difficile à constater, et l'on doit, suivant les conseils de Chassaignac, la rechercher en plaçant un doigt dans le rectum, un autre sur la tumeur cutanée. Enfin, l'abcès s'ouvre, soit à la peau seulement, soit en même temps de ce côté et dans l'intérieur du rectum. L'évacuation du foyer est suivie de la détente immédiate des phénomènes douloureux.

Telle est la marche ordinaire des abcès phlegmoneux abandonnés à eux-mêmes; mais, sans qu'il y ait de véritables différences dans la nature de la maladie, l'affection se montre parfois, au point de vue symptomatologique, avec des caractères complètement différents. L'abcès se développe à l'insu du malade et ne se révèle à son attention que par un peu de gêne ou de pesanteur du côté du bassin. Les caractères extérieurs de la tumeur sont cependant les mêmes que dans le cas précédent, et l'absence de douleur ne semble alors tenir qu'à une irritabilité moindre du patient; son état général reste excellent, et il ne quitte pas un instant ses occupations. Beaucoup de malades ne sont avertis de l'abcès qu'au moment de son ouverture dans un effort de défécation; il se peut même que ce phénomène leur échappe; aussi rencontre-t-on des malades qui sont incapables de renseigner le chirurgien sur l'origine de la fistule à l'anus qu'ils portent.

DIAGNOSTIC. — Les abcès phlegmoneux de la région anale, abandonnés à eux-mêmes, aboutissant presque fatalement à la formation d'une fistule, il est de la plus haute importance de les reconnaître de bonne heure, afin d'instituer un traitement propre à prévenir cette fâcheuse complication. Le diagnostic de la lésion en elle-même est généralement