

rectum sont tantôt ceux d'une obstruction, tantôt ceux d'une blessure du rectum, lorsqu'il s'agit d'objets munis d'arêtes vives et de pointes. Nous avons déjà décrit les symptômes d'obstruction à propos de la coprostase rectale; de même, en parlant des divers autres corps étrangers, nous avons vu qu'ils peuvent causer de la douleur en blessant la muqueuse, ou provoquer l'inflammation et la perforation de cette membrane, suivie de la formation d'abcès et de fistules.

Parfois cependant on a vu des corps étrangers volumineux et munis de pointes ou d'arêtes vives séjourner longtemps dans le rectum, sans provoquer de symptômes. Le diagnostic peut présenter des difficultés lorsqu'en l'absence d'anamnèse ou de symptômes subjectifs localisés dans la région rectale, le médecin néglige d'explorer le rectum soit avec le doigt, soit à l'aide du spéculum. Parfois aussi on sent, à travers les parois abdominales, des corps étrangers volumineux, tels qu'une bouteille, un bâton, etc.

§ 165. — On a vu quelquefois des corps étrangers volumineux, tels que des bâtons longs d'un pied, sortir spontanément par l'anus, à la suite de l'administration d'huile de ricin. Dans d'autres cas, soit par suite des contractions antipéristaltiques, soit par le fait d'une grande mobilité de l'intestin, conséquence de l'allongement du mésentère, le corps étranger a plutôt une tendance à remonter dans l'intestin (jusqu'au côlon transverse? dans un cas de SCARPA), et crée alors naturellement au chirurgien des difficultés particulières.

Les corps étrangers peu volumineux, tels que des fragments d'os, des arêtes de poisson, des pièces de monnaie, etc., peuvent être toujours facilement enlevés à l'aide du doigt ou par l'introduction, le long de ce dernier comme guide, d'une pince à pansements ou de tenettes. Mais si, même dans ces conditions, l'extraction du corps étranger présente quelques difficultés, il est certainement préférable de chloroformer profondément le malade, puis, suivant les circonstances, de terminer l'opération, soit en introduisant la moitié de la main dans le rectum, soit en se servant de pinces et d'un spéculum (SIMON).

Avant de tenter l'extraction du corps étranger il est parfois utile, afin d'obtenir plus d'espace, d'inciser le raphé postérieur ou de pratiquer la résection du coccyx.

Le procédé que nous venons de décrire est tout à fait indiqué lorsqu'il s'agit d'opérer l'extraction de corps étrangers volumineux qui sont remontés dans le côlon. S'il s'agit d'un bâton, que l'on sent à travers la paroi abdominale, on peut quelquefois s'aider d'une légère pression exercée sur cette dernière. La moitié de la main ou la main entière introduite dans le rectum, dégage les parties accrochées à la muqueuse, retire le corps étranger ou sert de conducteur à des pinces. L'extraction est particulièrement difficile dans les cas où des

corps très volumineux se trouvent dirigés de bas en haut et d'arrière en avant, dans l'axe du bassin, et se sont fixés dans l'excavation sacro-iliaque. La main ne peut alors pénétrer dans la cavité rectale déjà occupée par le corps étranger volumineux, mais il suffit d'introduire deux doigts dans la gouttière sacro-iliaque pour dégager le corps étranger. Les **verres** et les **bouteilles** présentent des difficultés d'extraction toutes particulières. Il est à peine nécessaire, je pense, de faire remarquer que le plus mauvais procédé est celui qui consiste à briser le verre pour en faire ensuite l'extraction. Les blessures du rectum qui peuvent en résulter sont parfois suffisantes pour entraîner la mort, ainsi qu'on en trouve des exemples dans les publications médicales. Dans les cas où l'on a affaire à une bouteille dont le fond est tourné en bas, on a proposé de faire sauter ce dernier, puis de tenter l'extraction à l'aide de crochets introduits dans l'ouverture ainsi pratiquée. Ce procédé est également à rejeter comme peu sûr, bien qu'il ait à son actif un succès (POLLOCK). Dans un cas on a réussi à extraire une bouteille à l'aide d'un forceps, en s'aidant des doigts introduits dans la concavité du sacrum (DÉSORMEAUX); d'autre part CLOQUET parvint à retirer une chope du rectum en en saisissant le bord avec les doigts. Du reste, dans chaque cas particulier, le chirurgien aura une belle occasion de mettre en œuvre son esprit d'invention.

Lorsque des corps étrangers volumineux sont déjà remontés jusque dans l'S iliaque ou le côlon, nous conseillons d'en faire l'extraction par la laparo-entérotomie. Déjà avant la découverte de la méthode antiseptique, RÉALI avait pratiqué avec succès cette opération. Plus tard STUDSGARD (Copenhague) opéra avec les précautions de l'antisepsie, et sauva également son malade.

Processus inflammatoires de l'anus et du rectum.

§ 166. — Une dermatite superficielle de la région anale s'observe assez souvent chez les individus pourvus d'embonpoint, soit pendant les longues marches, soit, dans la saison chaude, à la suite d'un exercice très modéré. L'équitation produit aussi quelquefois cette forme de dermatite connue vulgairement sous le nom de « loup ». Elle s'observe également sous l'influence de diverses causes d'irritation, telles que le frottement des poils de la région anale lorsqu'ils ont été coupés courts, qu'ils n'ont pas été nettoyés convenablement et sont accollés par des matières fécales, etc.

Cette affection légère, capable cependant de provoquer une sensation de brûlure assez vive, guérit le plus souvent, dès que l'on en fait disparaître la cause. La dermatite survenue à la suite de longues marches, guérit par le simple repos. Les individus pourvus d'embonpoint sont ceux qui ont le plus à souffrir de cette inflammation cutanée, car on ne peut leur enlever leur tissu adipeux surabondant, ni mettre fin aux transpirations qui se produisent dans

les moindres mouvements. Les personnes qui ont une tendance à cette affection devront avant tout se laver régulièrement, chaque matin, la marge de l'an us et le pli interfessier avec de l'eau et du savon, car les masses épidermiques qui, chez les personnes grasses, se forment et se décomposent rapidement, ainsi que les matières restées adhérentes aux poils, après la défécation, sont les causes principales de cette forme d'intertrigo. Une fois ce dernier développé, on aura recours aux moyens palliatifs consistant dans des bains de siège froids, des lavages froids de la région anale, et de même qu'aux personnes que leurs occupations obligent à faire de longues marches, on leur conseillera d'enduire la marge de l'an us d'une légère couche de graisse ou d'une pommade indifférente (à l'acétate de plomb).

Chez les hémorroïdaires, chez les individus sédentaires, chez ceux qui ont des ascarides, il se produit parfois une démangeaison très vive qui les oblige à se gratter; il en résulte des excoriations et un certain degré d'induration inflammatoire de la région anale. Cette affection, connue sous le nom de **prurit anal**, ne peut naturellement guérir complètement que si l'on en fait disparaître la cause. Quant aux moyens palliatifs, nous mentionnerons les bains de siège, les applications de compresses imbibées d'eau froide, les onctions avec des pommades non irritantes (oxyde de zinc, acétate de plomb).

Enfin, nous avons encore à rappeler ici la fréquence des **furoncles**, ce qui ne doit pas nous surprendre si nous prenons en considération la grande richesse de la région anale en glandes sébacées et sudoripares, surtout que la marge de l'an us est assez exposée aux agents septiques et traumatiques. Ces furoncles n'offrent rien de particulier, sinon qu'ils font souffrir extrêmement le malade, qui ne peut ni s'asseoir ni rester couché sur le dos, et ne peut marcher sans éprouver de vives douleurs. L'incision, aussi hâtive que possible, est le traitement qui permet d'obtenir le plus rapidement la guérison.

§ 167. — Sur la peau de la région anale, le plus souvent exactement à la limite de transition avec la muqueuse, quelquefois tout à fait dans le domaine de cette dernière, on observe très souvent de **petites ulcérations**, ayant une direction parallèle aux replis de la peau et siégeant dans la profondeur de ces derniers. Dans la plupart des cas ces ulcérations occupent la partie postérieure du rebord anal et quelquefois on voit apparaître, à ce niveau, l'extrémité inférieure de la petite **fissure**, tandis que, dans d'autres cas, elle se cache entre deux plis cutanés et échappe ainsi à un premier examen. Mais si à l'aide de deux doigts introduits en crochet, on dilate l'an us de façon à effacer les replis, on voit alors apparaître une petite ulcération superficielle myrtiliforme, le plus souvent lisse et rouge, saignant facilement, rarement entourée de tissus indurés, infiltrée et tapissée d'un enduit jaunâtre: c'est la **fissure anale**.

Ce procédé d'exploration ne peut être que rarement mis en pratique sans l'aide de l'anesthésie chloroformique, car les individus affectés de fissure anale souffrent le plus souvent de douleurs excessives que provoque déjà un simple attouchement de l'an us. La petite ulcération en question ne mériterait pas, d'ailleurs, l'importance que nous sommes

obligés de lui accorder si, par les vives douleurs dont elle s'accompagne, elle ne donnait pas lieu à des phénomènes analogues à ceux que déterminent les fissures de l'œil et des lèvres. L'ulcération anale, en effet, offre très souvent un haut degré d'érythème, c'est-à-dire que, par suite de la destruction de la couche superficielle de la peau, les terminaisons des nerfs sensitifs se trouvent mises à nu. A chaque frottement, à chaque mouvement du sphincter, ces nerfs sont irrités et sont le point de départ de douleurs très vives. A la douleur s'associent aussitôt des phénomènes réflexes d'une grande intensité. De même qu'une ulcération de la cornée produit le blépharospasme et la photophobie, la fissure anale détermine le plus souvent, tout d'abord, une contraction spasmodique des sphincters qui survient à chaque nouvelle irritation, et dure plus ou moins longtemps suivant le degré d'intensité de cette dernière. D'autre part, la contraction sphinctérienne, pendant toute sa durée, entretient la douleur au niveau des terminaisons nerveuses irritées. Mais si le simple attouchement de l'an us, la tentative d'introduire un doigt dans le rectum suffisent déjà pour provoquer de violentes douleurs, il en sera de même et à un plus haut degré encore, au moment de la défécation. Ces douleurs varient, d'ailleurs, suivant le degré d'irritabilité de l'ulcération et de sensibilité du malade, suivant aussi la forme et la consistance des selles. Elles débutent ordinairement pendant la défécation, mais très souvent elles augmentent encore d'intensité après l'accomplissement de cette fonction, et elles ont une durée variable qui peut aller jusqu'à plusieurs heures et même une demi-journée. Parfois chez les personnes nerveuses, hystériques, la douleur s'accompagne d'autres phénomènes nerveux qui masquent la véritable nature de la maladie. Lorsque les matières fécales sont dures, ce qui est assez souvent le cas, les malades différant le plus possible le moment de la défécation, les douleurs sont encore plus vives et souvent alors les scybales emportent un peu de sang sur leur passage; malheureusement c'est un motif de plus de croire que l'on ne s'est pas trompé lorsque, par une erreur de diagnostic assez fréquente en pareil cas, on s'imagine avoir affaire à des hémorroïdes.

§ 168. — La fissure anale est relativement très fréquente chez les femmes. La vie sédentaire de ces dernières, leur tendance à la congestion pelvienne (menstruation, grossesse), sont des causes suffisantes pour que les tissus de la région anale, devenus plus riches en sucs, se gonflent et voient, jusqu'à un certain point, leur résistance diminuer. Mais pour que la fissure se produise dans ces conditions, une cause déterminante externe est nécessaire, et cette cause réside, en partie, dans la constipation avec dilatation du rectum, très fréquente chez les femmes, et l'issue par l'an us de masses fécales épaisses et dures. Une seconde cause qui, à mon avis, est très fréquente et sur laquelle STOLTZ a attiré l'attention, ce sont les déchirures directes de l'an us, à la limite de la muqueuse et de la peau, lors du passage de la tête fœtale à travers