

qui toujours pouvait survenir, et d'autre part cette méthode d'alimentation factice, avantageuse pendant un temps, ne pouvait être indéfiniment prolongée. Quand donc la perforation avait son siège sur le jéjunum ou les parties supérieures de l'iléon le malade était fatalement condamné à mourir tôt ou tard dans le marasme après avoir traîné une existence rendue misérable par cette répugnante infirmité.

Quand une fois les adhérences étaient constituées et maintenues, quand le canal anormal sans infundibulum, avec saillie de l'éperon, était bien établi, on s'efforçait de détruire ce repli, cette barrière placée entre le bout supérieur et le bout inférieur et de rétablir ainsi le cours régulier des matières. On sectionnait l'éperon soit directement, soit au moyen de fils serrés par des serre-nœuds après les avoir fait passer par la base du repli saillant, puis enfin on appliquait l'entérotome de Dupuytren avec toutes les modifications qu'y apportèrent successivement les chirurgiens. Ces pinces amenaient par compression persistante la mortification de la partie comprise entre leurs mors, en même temps que périphériquement à l'éperon mortifiés s'établissaient des fausses membranes formant barrière du côté de la cavité péritonéale. L'obstacle au passage des matières ayant disparu, celles-ci reprenaient leur cours, du bout supérieur vers le bout inférieur de l'anse intestinale; il restait au dehors une fistule stercorale que l'on oblitérait soit par les cautérisations, soit par l'autoplastie.

Aujourd'hui encore cette méthode est excellente, elle fournit d'excellents résultats; mais pour l'appliquer il faut avoir bien nettement reconnu l'ouverture des deux bouts, car l'entérotome ne peut être appliqué que sur le repli qui constitue l'éperon, repli qui toujours sépare les ouvertures des deux bouts de l'intestin. Si l'on voulait appliquer un entérotome sans avoir bien reconnu l'existence de l'éperon et sans avoir placé les branches de l'instrument sur les deux faces de ce repli, on détruirait la paroi intestinale sur une étendue plus ou moins grande et l'on ne ferait qu'augmenter la perforation sans avoir remédié à rien. Or il n'est pas toujours facile de trouver les deux ouvertures, surtout lorsque l'anus contre nature siège au-dessus du cæcum et que les liquides colorés injectés par l'anus ne peuvent déceler le bout inférieur. Dupuytren est resté des mois sans pouvoir le découvrir sur un de ses malades. Lorsque d'autre part la tumeur déterminée par le prolapsus et le renversement de la muqueuse intestinale, ou encore par l'invagination d'une portion de l'intestin lui-même, est considérable et qu'elle a contracté des adhérences périphériques, l'application de l'entérotome devient impossible; il en est de même quand par suite de déplacement, de torsion des deux bouts de l'intestin ou de l'un d'eux, leur situation respective est devenue anormale, car alors l'éperon devient des plus difficiles à reconnaître.

D'autre part encore il peut arriver, ainsi que nous l'avons dit, que

l'éperon n'existe pas. Quand en pareil cas la perforation est petite, le cours des matières n'éprouve que peu de difficultés à se rétablir et l'anus contre nature devient naturellement et bientôt une fistule stercorale, mais lorsque la perte de substance de l'intestin est considérable, les matières alvines s'écoulent toutes au dehors par cette large ouverture, et il faut recourir à un autre mode de traitement, l'entérotomie n'étant applicable qu'au cas où il existe un éperon qui obstrue le passage et que l'on veut détruire.

Depuis que l'antisepsie rigoureusement appliquée a permis de pratiquer presque impunément toutes espèces d'opérations sur l'abdomen et a démontré combien facilement on pouvait sans grands dangers ouvrir le péritoine et en faire la toilette, les conditions du traitement de l'anus contre nature se sont bien modifiées. Aussi suis-je aujourd'hui d'avis que toutes les fois qu'après un traumatisme on vient à constater l'existence d'un anus contre nature, au lieu de perdre du temps à le traiter par les méthodes médicales et à tenter d'obtenir l'établissement de fausses membranes, l'on doit ouvrir l'abdomen et opérer par entérorrhaphie, alors surtout que la plaie intestinale est rapprochée de l'estomac. Lorsqu'au contraire l'anus contre nature est survenu à la suite d'une hernie étranglée, si la surface gangrenée ne s'étend pas très loin sur l'intestin, et si aucune des complications que nous avons signalées n'existe, on pourra temporiser et pratiquer plus tard l'entérotomie.

Dans les cas de complications, il sera toujours plus avantageux d'ouvrir l'abdomen, d'aller à la recherche de l'anse intestinale ouverte, d'exciser circulairement toutes les parties mortifiées et de se conduire comme nous l'avons dit en parlant du traitement des obstructions intestinales, soit en amenant à la paroi abdominale les deux bouts de l'intestin sectionnés et adossés comme deux canons de fusil, en les suturant à cette paroi sauf à détruire plus tard la cloison qui les sépare; soit encore en les invaginant l'un dans l'autre et en pratiquant la suture par les procédés qu'indiquent les traités de médecine opératoire. — Pour les anus artificiels pratiqués le plus habituellement dans la région lombaire dans les cas de cancers du rectum, nous renvoyons au chapitre suivant.

## ARTICLE VIII. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

### § 1. — Lésions traumatiques du rectum.

#### A. — Plaies.

Les plaies du rectum peuvent être produites de dedans en dehors ou de dehors en dedans; les premières sont toujours dues à des corps

étrangers venus par la voie buccale : ce sont des arêtes de poisson, des clous, des épingles, des morceaux d'os qui arrivent au rectum, s'implantent dans ses parois et les perforent ou les ulcèrent ; les matières alvines s'engagent dans l'ouverture et déterminent ainsi la production d'un abcès stercoral et d'une fistule. La présence du corps étranger gêne la défécation et détermine des douleurs aiguës ; les selles sont sanglantes.

Rarement le rectum est atteint de dehors en dedans par des instruments piquants ou tranchants ; plus fréquentes au contraire sont les blessures de cette partie de l'intestin par instruments contondants. On a noté des cas où la blessure du rectum avait été produite par une canule à lavement ou par une sonde métallique ayant perforé la vessie ; d'autres fois des coups de pied violents lancés sur la région anale avaient déchiré l'anus et la partie inférieure du rectum. Des chutes faites sur la même région ont pu déterminer la pénétration de morceaux de bois, d'éclats de verre, de pieux, de fers d'une grille, etc. ; pour ma part j'ai fait jadis à Nancy l'autopsie d'un malheureux qui en état d'ivresse était tombé sur un échelas placé en contre-bas de la route sur laquelle il titubait, l'extrémité de l'échelas avait pénétré par l'anus, avait littéralement empalé le pauvre diable, le cul-de-sac péritonéal était ouvert, les gros vaisseaux pelviens largement blessés avaient déterminé une hémorragie mortelle.

Les coups de feu qui atteignent directement le rectum sont très rares ; dans le plus grand nombre des cas ils s'accompagnent de fractures du bassin ; c'est alors ou bien le projectile lui-même ou les esquilles qui causent la blessure.

Citons encore les ruptures de la cloison recto-vaginale à la suite d'accouchement, d'efforts de défécation, dit-on, et enfin un cas de rupture du rectum après une chute sur l'abdomen.

Les vaisseaux de la région sont très nombreux, aussi ces blessures s'accompagnent-elles toujours d'une hémorragie abondante ; tantôt elle se fait au dehors, tantôt au contraire elle est interne et ne se manifeste pas à l'extérieur ; dans les deux cas elle peut être assez abondante pour produire la syncope et même la mort rapide. L'absence de l'écoulement du sang au dehors peut rendre le diagnostic des blessures du rectum fort délicat. C'est sur la douleur, l'examen de la région, les circonstances de la blessure que le chirurgien devra se guider.

En raison des rapports anatomiques que le rectum affecte avec les organes voisins, les plaies qui l'atteignent, surtout les blessures par coups de feu, sont rarement simples ; outre les vaisseaux, la vessie, le vagin peuvent être atteints ; les gaz intestinaux et les matières peuvent alors s'échapper par la plaie, distendre la vessie ou s'infiltrer dans le tissu conjonctif pelvien et sous-cutané.

La disposition du cul-de-sac péritonéal explique la différence qui

existe entre les blessures qui atteignent le rectum au-dessus et au-dessous du point où la séreuse se réfléchit sur cet intestin ; aussi la péritonite est-elle fatale dans le premier cas, tandis que dans le second elle ne se développe que consécutivement à des phlegmons pelviens, phlegmons dus toujours à l'infiltration des liquides et des matières stercorales dans le tissu connectif lâche du petit bassin.

Toujours graves, les plaies du rectum peuvent entraîner la mort par le choc traumatique, par l'hémorragie, par la péritonite. Quand les blessés ne succombent à aucune de ces complications, ils peuvent guérir avec des fistules recto-vésicales, recto-vaginales, avec des fistules stercorales et même avec des fistules recto-urétrales.

**Traitement.** — Arrêter l'hémorragie quand elle existe doit être le premier soin du chirurgien ; il pourra se servir des injections froides, glacées, ou du tamponnement. Le blessé sera maintenu au repos absolu, couché sur le dos avec des applications glacées sur l'anus ; on lavera l'intestin avec des injections antiseptiques et on s'efforcera de le vider ; on pourrait, s'il était nécessaire, débrider le sphincter. Les douleurs étant très vives, on les calmera par le chloral ou par les opiacés, qui auront l'avantage d'empêcher les contractions de l'intestin. Les complications péritonéales seront combattues comme nous l'avons dit ; les phlegmons seront ouverts largement dès qu'ils auront été reconnus ; les pansements antiseptiques rigoureusement et minutieusement employés.

#### B. — Corps étrangers du rectum.

Après ce que nous avons dit plus haut, nous n'insisterons pas sur les corps étrangers venus par la voie buccale. Sauf les accumulations des matières fécales dures et volumineuses ainsi que quelques cas où un corps étranger, un projectile resté d'abord dans les tissus voisins du rectum, tombe plus tard dans l'intestin après l'ulcération de ses parois.

Tous les corps étrangers trouvés dans le rectum y ont été introduits par malveillance et surtout par lubricité. Tantôt ce sont de sinistres farceurs qui se sont amusés à faire pénétrer à travers l'anus d'une malheureuse femme les instruments les plus divers ; tantôt ce sont des malfaiteurs qui, pour dissimuler des objets destinés à faciliter leur évasion, se sont servis de leur rectum comme d'une cachette et les y ont égarés ; tantôt ce sont des pédérastes qui, dans le but de se procurer une sensation voluptueuse, y ont introduit des corps étrangers de toute forme et de toute espèce ; tantôt enfin, c'est à la suite de paris, de gageures que dans un moment d'ébriété des individus ont fait pénétrer dans leur rectum des objets divers, les cinquante escargots du paysan de Bœckel par exemple.

Quelle que soit la nature du corps étranger du rectum, toujours il détermine une gêne dans la défécation ; cette gêne sera toujours en rapport avec le diamètre du corps et avec sa forme, si par aventure il est creux et

ouvert à ses deux extrémités les matières pourront passer par son intérieur, mais toujours aussi l'irritation produite par ses parois ou par les rebords de ses ouvertures déterminera l'inflammation des parois rectales. Cette inflammation pourra être due en outre à la distension exagérée produite par le volume du corps étranger comme dans les cas d'accumulation de matières fécales dures par exemple.

La nature des corps étrangers explique elle aussi les différences dans les accidents produits : une fiole, un verre dont les parois sont lisses irriteront moins, dans les premiers moments, que des corps dont les surfaces sont rugueuses et inégales comme les fragments de bois, la queue de cochon garnie de ses soies, classique et citée partout. Au moment de l'introduction de la bouteille, du verre à bière (Sédillot) le fond de l'objet ne présente aucune brisure, aucune aspérité, il est lisse, il ne saurait érailler la muqueuse et ne pourrait déterminer d'hémorrhagie que par dilacération forcée des vaisseaux; mais il est évident que l'ouverture anale ne permet pas du premier coup l'introduction d'objets d'un pareil diamètre et que la dilatation du sphincter s'est faite progressivement et après un grand nombre de tentatives les vaisseaux distendus progressivement ne se déchirent pas et aucune hémorrhagie ne survient.

Quand au contraire le volume du corps introduit par malveillance ou lubricité est assez considérable pour dilacerer les vaisseaux, une hémorrhagie, ou tout au moins une perte de sang par l'anus se produit toujours. Fait-elle défaut, ce n'est pas l'exploration directe par le spéculum ani (1) et moins encore le toucher rectal qui pourront avec l'aide des réponses, des réticences du blessé, mettre sur la voie du diagnostic. Dans les cas de corps étrangers venus par la voie buccale ou d'accumulation de matières fécales dures (graines de figues de Barbarie), le malade n'a aucune réticence et explique spontanément la cause de l'obstruction rectale.

Toujours la présence des corps étrangers dans le rectum, outre les pertes de sang fréquentes, attribuées souvent à des hémorrhoides et même à des tumeurs cancéreuses, détermine une irritation de la muqueuse qui se traduit par les écoulements glaireux, muco-purulents et sanguinolents, symptômes de l'inflammation de la muqueuse; cette inflammation peut passer à l'ulcération et au sphacèle des parois de l'intestin. L'ouverture déterminée par la chute de l'eschare laisse passer les liquides et les matières fécales qui pénètrent alors dans la vessie, dans le vagin.

Quand les matières septiques fument dans les tissus du petit bassin, un abcès stercoral est constitué, il vient faire saillie en un point du plancher périnéal qui varie avec le siège de la perforation. C'est la fosse

(1) Tout récemment on a construit à Vienne un nouveau spéculum ani qui a l'avantage de ne pas tirailler le sphincter et de ne pas pincer la muqueuse.

ischio-rectale qui en pareil cas est le lieu où l'abcès tend le plus souvent à se faire jour; la peau s'amincit à ce niveau, elle se sphacèle sur une plus ou moins grande étendue et la collection putride se vide au dehors en laissant une fistule stercorale.

Quand l'ulcération s'est faite au-dessus du cul-de-sac péritonéal au niveau des points où le rectum est recouvert par la séreuse, une péritonite se déclare et très souvent elle enlève le malade.

Les phlegmons du petit bassin peuvent être dus à la simple extension de l'inflammation rectale, par phlébite probablement, sans que la paroi de l'intestin soit rompue. Ces phlegmons sont alors presque toujours simplement inflammatoires et n'affectent pas la forme gangréneuse qu'ils ont lorsque c'est l'infiltration des matières fécales qui leur donne naissance.

On a vu dans certains cas où le corps étranger était tubuleux le rectum s'invaginer dans ce tube, et la partie invaginée atteindre une longueur assez considérable pour faire saillie à l'anus.

Lorsque le corps étranger, quelle que soit sa nature, détermine un arrêt des matières fécales, elles s'accumulent au-dessus de lui, distendent le rectum, l'S iliaque et le côlon. Ces matières peuvent alors former une tumeur assez volumineuse pour qu'on puisse la percevoir à travers la paroi de l'abdomen. Cette tumeur comprime en avant la vessie et l'urèthre, d'où des accidents de dysurie; en arrière elle agit sur le plexus sacré et occasionne des douleurs irradiées le long des nerfs qui en naissent. Nous ne reviendrons pas sur les accidents produits par l'obstruction, nous les avons décrits plus haut, ils n'offrent en effet rien de particulier quand ils occupent le rectum.

**Traitement.** — Lorsqu'il existe un corps étranger dans le rectum, il faut le faire disparaître. Les moyens à employer varient suivant la nature de ce corps. S'agit-il de matières stercorales accumulées et pour lesquelles les purgatifs et les lavements sont impuissants, on chloroformera le malade, on dilatera l'anus au moyen du spéculum; et avec des curettes, des tenettes, des pinces à longues branches, avec le doigt indicateur, on s'efforcera de fragmenter les masses qui obstruent, puis on en débarrassera l'intestin au moyen de lavements antiseptiques répétés et sous forte pression.

Quand au contraire il s'agit de corps étrangers introduits dans l'anus, les moyens à employer varient considérablement suivant la nature de ces corps: tantôt ils sont faciles à saisir avec des pinces, tantôt au contraire les mors de celles-ci glissent sur leur surface, sur du verre par exemple; d'autres fois ils sont plus ou moins sphériques et l'on ne peut les saisir suivant un de leurs grands diamètres, car ils échappent sous la pince qui les saisit. On peut, quand il s'agit d'une bouteille, d'un verre à bière, etc., se trouver dans l'obligation d'en briser le fond pour pouvoir l'accrocher par un bord; l'on peut être

obligé de se servir du céphalotribe, du lithotriteur, du forceps, pour briser ou enlever des corps étrangers qui sont encastrés et qui ne se prêtent plus à l'extraction. Les traités de médecine opératoire indiquent tous les procédés qui ont été employés; ils sont nombreux, et le chirurgien peut par sa sagacité et son habileté les modifier suivant les circonstances. On comprend combien ces manœuvres de force, ces brisures de corps étrangers en verre, en fer, en bois, peuvent entraîner des phlegmons pelviens, des déchirures de l'intestin, des complications de toute nature, et cependant on connaît un nombre considérable de guérisons.

Il peut se faire que le corps étranger ait perforé le rectum et fasse saillie en un point quelconque du périnée; c'est par là qu'il faudra alors s'efforcer de l'amener au dehors.

Quand ces moyens opératoires échouent, on a conseillé de pratiquer sur la partie postérieure du rectum qui n'est pas recouverte par le péritoine une incision linéaire qui permettra d'enlever le corps étranger par cette voie artificielle; toujours les abcès pelviens sont à craindre et la suppuration de la fosse ischio-rectale à redouter.

Aussi a-t-on, dans ces cas difficiles et quasi désespérés, songé à la laparotomie qui, nous le répétons, depuis les méthodes antiseptiques est devenue relativement peu dangereuse. Les quelques observations publiées accusent des succès qui doivent enhardir le chirurgien.

### C. — Lésions traumatiques de l'anus.

*Plaies.* — Les traumatismes portés directement sur l'anus, coups de pied, chutes, introduction de corps étrangers, peuvent produire des plaies de cet orifice; ces plaies guérissent facilement et ne donnent pas lieu à des complications.

Tout autrement en est-il des plaies du rectum, et pour se rendre compte des accidents possibles, il ne faut pas oublier la disposition en entonnoir du releveur de l'anus, véritable diaphragme qui ferme le petit bassin et dont les fibres viennent embrasser l'extrémité inférieure du rectum. En raison de l'obliquité de haut en bas et de dehors en dedans de ces fibres, les parois du petit bassin étant au contraire à peu près verticales, il existe forcément entre ces dernières et le plan musculaire un triangle ischio-rectal à base inférieure dont l'aire est remplie par des tissus adipeux susceptibles de suppurer facilement. Il importe en outre de se rappeler qu'entre la face supérieure, intérieure, du releveur et le péritoine existe une lame connective sous-péritonéale dont l'épaisseur varie avec la hauteur à laquelle s'arrêtent les culs-de-sac de la séreuse, le cul-de-sac postérieur en arrière du rectum descendant moins bas que l'antérieur, situé entre le rectum et la vessie chez l'homme entre le rectum, l'utérus et la partie supérieure du vagin chez la femme.

On comprend dès lors que les plaies du rectum varient beaucoup de gravité suivant qu'elles ont leur siège plus ou moins haut et qu'elles entament la paroi postérieure ou la paroi antérieure de cet intestin.

Ces plaies sont dues à des traumatismes directs, chutes sur un corps dur et pointu qui pénètre par l'anus et va déchirer le rectum; corps étrangers introduits par lubricité; canules à lavement maniées par des mains brutales et maladroites; sondes uréthrales introduites avec violence dans le but de franchir un rétrécissement qui déterminent une fausse route et pénètrent jusque dans le rectum; enfin rupture directe du rectum, par effort d'expulsion de matières stercorales dures et accumulées, ou indirecte, par rupture du périnée et du rectum dans l'accouchement.

Ajoutons que les traumatismes violents, écrasement, éclats de mine, projectiles de guerre qui briseront les parties inférieures de la ceinture osseuse du petit bassin pourront produire soit par les corps étrangers eux-mêmes, soit par les esquilles osseuses entraînées, des déchirures plus ou moins contuses du rectum.

La région anale et l'extrémité inférieure du rectum sont parcourues par de nombreux vaisseaux artériels et veineux: toute plaie, toute déchirure de ces parties donneront donc lieu à des écoulements sanguins abondants, qui quelquefois peuvent entraîner une syncope, même mortelle.

En raison des quelques rapides considérations anatomiques que nous venons de rappeler, on comprend que la présence des corps étrangers, l'extension de l'inflammation, la diffusion des matières fécales et même des gaz intestinaux, produiront des phlegmons ischio-rectaux, des phlegmons sous-péritonéaux, des péritonites mortelles et même dans quelques cas, si la plaie d'entrée est considérable, des prolapsus du rectum à travers l'ouverture extérieure. Disons en outre que la communication du rectum avec la vessie chez l'homme, avec le vagin chez la femme, donnera naissance à des fistules recto-vésicales ou recto-vaginales, à des fistules pyo-stercorales ou simplement purulentes du pourtour de l'anus ou dans le voisinage de la région fessière inférieure.

**Traitement.** — Avant toute chose il faut arrêter l'hémorragie, par le froid, par les injections glacées, par le tamponnement. Les filés nerveux sensitifs du pourtour de l'anus et du rectum étant dilacérés donnent naissance à de violentes douleurs qu'il faut calmer par les narcotiques, le chloral, etc.; pour éviter toute distension et tout effort du rectum, les préparations d'opium qui paralysent les contractions intestinales rendront de grands services, mais avant de les employer il sera bon de vider l'intestin, par des injections détersives et antiseptiques que l'on continuera plusieurs fois par jour jusqu'à guérison. Inutile d'ajouter que le repos dans le décubitus dorsal est de règle absolue. Puis on attendra en surveillant attentivement la marche de l'affection, et l'on

se tiendra prêt à combattre les différentes complications qui pourront se produire.

*Corps étrangers de l'anus.* — Ils peuvent venir du dehors ou par les voies digestives. Dans ce dernier cas ce sont des fragments d'os, des arêtes de poissons qui, placés plus ou moins obliquement en travers du rectum à peu de distance au-dessus de l'anus, s'implantent par leurs aspérités dans la paroi de l'intestin, y créent un obstacle, déterminent des douleurs exagérées au moment des efforts de défécation, et peuvent être causes d'abcès périrectaux, de fistules complètes ou borgnes internes.

Ce peuvent être encore des accumulations de matières fécales durcies, comme je l'ai signalé plus haut en parlant des obstructions intestinales.

Les corps étrangers du dehors sont toujours, abstraction faite des débris de projectiles, des esquilles osseuses ou des parties vestimentaires entraînées par ceux-ci, introduits dans un but de lubricité; ils varient comme espèce et comme volume, depuis le crayon, l'étui à coudre, le tuyau de pipe jusqu'aux verres à bière et aux bouteilles de champagne, depuis la classique queue de cochon gelée jusqu'à la douzaine d'escarots de Bœckel.

Les corps étrangers du rectum sont difficilement supportés, ils déterminent des douleurs vives que tous les efforts exacerbent; leurs pointes et leurs angles, s'ils ne sont pas lisses, déchirent les vaisseaux nombreux de la région, d'où des hémorrhagies anales; ils irritent la muqueuse, qui sécrète un muco-pus mélangé à du sang qui s'écoule par l'anus. Rarement, à moins qu'ils ne soient très volumineux, ils font au dehors une saillie perceptible à la palpation. Plus tard surviennent des accidents du côté de la vessie, et l'inflammation de la muqueuse se communique au tissu connectif sous-péritonéal, d'où un phlegmon pelvi-péritonéal; au tissu adipeux de l'espace ischio-rectal; à celui de la marge de l'anus, d'où des phlegmons périrectaux et péri-anaux, et enfin au péritoine lui-même. Ces phlegmons peuvent entraîner des plaques gangréneuses plus ou moins étendues.

Toujours ils déterminent les phénomènes d'obstruction intestinale, phénomènes que nous avons décrits plus haut; nous n'y reviendrons donc pas.

Le corps étranger ne faisant pas saillie au dehors ne saurait être reconnu que par le toucher anal avec ou sans l'aide du spéculum ani, toucher pratiqué avec le doigt ou avec une sonde molle, une sonde œsophagienne s'il le faut. Quand le corps étranger a son siège assez haut dans l'ampoule, le doigt n'arrive pas facilement jusqu'à lui, et si les symptômes sont menaçants, il ne faut pas hésiter et dilater l'anus par section des fibres du sphincter; des tumeurs hémorrhoidaires antérieures ou développées par l'irritation et la congestion que détermine

la présence des corps étrangers peuvent venir gêner le diagnostic, dans ce cas surtout la dilatation de l'anus par section du sphincter ouvre à plusieurs doigts, même à une partie de la main une pénétration facile et une exploration plus aisée. Je retrouve dans les notes recueillies dans mes laboratoires la description d'une ampoule rectale et d'un rectum dilatés par les matières fécales dont le diamètre transversal mesurait 8 centimètres. On conçoit combien, l'ouverture rétrécie de l'anus une fois forcée, l'exploration d'une pareille cavité devient facile, et combien l'introduction lente et méthodique de plusieurs doigts et même de la main y devient possible.

**Traitement.** — Il faut extraire les corps étrangers, et pour cela les moyens à employer varieront avec la nature de ces corps; la section du sphincter, la rectotomie linéaire postérieure permettent, quand ils sont volumineux, de les retirer par cette voie, soit avec la main, soit avec des tenettes, des pinces, voire même le forceps; d'autres fois on pourra être obligé de les briser, de les fragmenter à l'aide d'un lithotriteur ou du céphalotribe, mais dans les cas où ce sont des verres, des bouteilles qui se fragmentent en morceaux aigus et tranchants, on court toujours le risque de produire ainsi des délabrements qui pourront entraîner une péritonite mortelle. L'on a vu des corps tubulés, verres de lampe, pots de confiture dont le fond était brisé, livrer passage à une invagination de la muqueuse rectale à travers leur calibre. On conçoit qu'en pareil cas les difficultés d'extraction seront grandes, car il faudra réduire d'abord la partie invaginée avant de songer à enlever le corps étranger.

S'agit-il de matières fécales durcies et en masses volumineuses, on les fragmentera par les moyens que nous avons déjà indiqués, ou les extraira avec des tenettes, avec des instruments en forme de cuillers.

Quand aucun de ces moyens ne paraît suffisant, quand le corps étranger fait saillie du côté des parois abdominales à travers lesquelles on peut le percevoir à la palpation, quand les accidents sont graves, il ne faut pas hésiter et s'adresser à la laparotomie. — Dans toutes ces opérations, quelles qu'elles soient, l'antisepsie rigoureuse est indispensable.

## § 2. — Lésions nutritives du rectum et de l'anus.

### A. — Abcès.

Le pourtour de l'orifice anal est souvent irrité soit par les liquides diarrhéiques, les mucosités sanguinolentes produites par les hémorrhoides ou les pertes sanguines qu'elles occasionnent, soit par la sueur ou les poussières qui viennent se ramasser dans le pli interfessier. Des érythèmes plus ou moins étendus sont le résultat de ces irritations. Les