

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ANUS ET DU RECTUM

PREMIÈRE PARTIE

VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM

Le dernier mot n'est pas encore dit sur la pathogénie des vices de conformation de l'anus et du rectum. Malgré les notions précises que les travaux de Mathias Duval, Cadiat, Debierre, Hertwig, nous ont apportées sur le développement de l'embryon, malgré les discussions scientifiques et les travaux portant spécialement sur le sujet qui nous occupe, il faut bien avouer que, dans l'état actuel de nos connaissances, certains points de la pathogénie de ces vices de développement sont encore obscurs, et que quelques anomalies restent inexplicables, même en faisant appel à l'embryologie. Cependant, l'étude du développement de l'anus et du rectum nous permet de comprendre d'une manière générale comment peuvent se produire les déviations du type anatomique normal. Il est donc nécessaire, avant de passer à l'étude clinique et anatomique des vices de conformation, de rappeler brièvement ce développement. — A ce point de vue, on consultera avec intérêt l'*Atlas d'embryologie* de Mathias Duval, et surtout le travail de Jeannel (*Revue de chirurgie*, 1887, p. 190) dans lequel on trouvera, outre un exposé embryologique complet, une division nouvelle et plus scientifique des anomalies qui nous occupent.

Aux premiers jours de la vie embryonnaire, le rectum apparaît sous la forme d'une gouttière, bientôt changée en un tube cylindrique, se continuant, à l'une de ses extrémités, avec l'intestin moyen, et se terminant, à l'autre, en cul-de-sac. Ce tube (intestin postérieur, *aditus posterior*) bientôt recouvert par le capuchon caudal, envoie dans l'appendice caudal un prolongement (intestin post-anal) qui ne tarde pas à s'atrophier. Après la disparition de ce prolongement, l'intestin postérieur, jusque-là terminé en cul-de-sac, vient s'ouvrir dans la cavité allantoïde, laquelle contribuera plus tard

à former la vessie, et dont le développement est simultané. Il existe alors une cavité, formée par le pédicule de l'allantoïde, désignée sous le nom de cloaque interne, et dans laquelle débouchent l'intestin postérieur, et aussi les canaux de Wolf. Ce cloaque interne, qui ne communique pas encore avec l'extérieur, est donc un véritable carrefour où communiquent largement ensemble ce qui sera plus tard le rectum et la vessie.

En même temps que ces phénomènes se passent du côté de l'allantoïde et de l'intestin postérieur, et qu'ils s'effectuent dans les 12 premiers jours, apparaît, au niveau de la portion caudale, une dépression ectodermique qui s'enfonce sous forme d'un bourgeon (bourgeon cloacal), à la rencontre du cloaque interne : c'est l'anus primitif; ce bourgeon, d'abord plein, se creuse et finit par s'ouvrir, vers le 28^e jour dans le cloaque interne, qu'il fait alors communiquer avec l'extérieur. Cette cavité anale représente le cloaque externe.

Chez le poulet, cette disposition est définitive; chez l'homme, à partir du 45^e jour, la lame mésoblastique interposée à l'intestin postérieur et au pédicule de l'allantoïde (éperon recto-allantoïdien) s'abaisse progressivement vers l'orifice cloacal externe; dans ce mouvement de descente, elle divise le cloaque interne en deux cavités secondaires : une postérieure, qui formera le rectum proprement dit, et une antérieure, qui formera la vessie, et dans laquelle les uretères sont déjà venus s'aboucher.

Arrivé au niveau du cloaque externe, cet éperon rencontre deux bourgeons (bourgeons de Ratke) partant de chaque côté du cloaque externe, et s'unit à eux. A partir de cette époque qui correspond au 4^e mois, la cavité anale primitive se trouve, comme le cloaque interne, divisée en 2 cavités : l'une antérieure, ou sinus uro-génital, qui formera plus tard la prostate et l'urèthre, et dans lequel débouchent les canaux de Müller et de Wolf, aux dépens desquels se constitueront les organes génitaux internes des deux sexes; l'autre, postérieure, constitue l'anus définitif. La cloison qui divise la cavité anale donnera lieu, par son développement ultérieur, au périnée.

Telle est, brièvement résumée, l'évolution embryogénique de l'anus et du rectum. Il en résulte que, au 4^e mois, la différenciation et la séparation des organes génito-urinaires, d'une part, et du conduit ano-rectal, d'autre part, sont complètes. Mais que, avant cette époque,

un arrêt ou une erreur de développement vienne à se produire, il s'ensuivra des vices de conformation qui varieront avec leur date d'apparition, et que déjà cet exposé embryologique peut faire prévoir.

Étiologie et pathogénie. — Ces anomalies de développement ne sont pas fréquentes : 1 fois sur 11 000 enfants environ (Trélat), les deux sexes y paraissent également prédisposés. Quant aux causes occasionnelles, elles sont encore peu connues ; cependant la syphilis et, d'après les récentes expériences de Féré, l'alcoolisme semblent jouer un rôle important dans la production de ces malformations. L'hérédité entre certainement en ligne de compte.

Les vices de conformation congénitaux ne sont-ils, comme le pense le professeur Trélat, que de simples arrêts de développement, ou bien sont-ils des conséquences éloignées d'altérations pathologiques intra-utérines, suivant la théorie vers laquelle semblent incliner Lannelongue et Verneuil ? C'est là un point de vue pathogénique que les intéressantes discussions de la Société de chirurgie (1884) n'ont pas encore suffisamment éclairé. — On doit, à ce propos, faire remarquer que ces malformations coexistent souvent avec d'autres difformités : pieds bots, hydrencéphalie, *spina-bifida*, etc.

Anatomie pathologique et division. — On pourrait (Jeannel, *loc. cit.*) diviser les vices de conformation de l'anus et du rectum, suivant l'époque où ils se produisent ; on a ainsi 3 classes :

1^{re} classe. — Malformations survenues dans les 12 premiers jours : *a*, absence de rectum ; — *b*, rétrécissements ou atrophies du rectum ; — *c*, persistance de l'intestin post-anal.

2^e classe. — Malformations survenues du 18^e au 28^e jour : absence de l'extrémité inférieure du rectum, de l'anus et de l'urèthre profond.

3^e classe. — Malformations postérieures au 28^e jour.

1^o Arrêts du cloisonnement : *a*, persistance totale du cloaque interne et du cloaque externe ; — *b*, persistance partielle du cloaque interne, totale du cloaque externe (anus vulvaire, anus scrotal, avec défaut de soudure du raphé scrotal) ; — *c*, persistance partielle du cloaque interne, avec évolution normale du cloaque externe (fistule recto-urétrale, avec anus imperforé) ; — *d*, persistance du sinus uro-génital.

2^o Déviations ou erreurs dans le cloisonnement : *a*, rétrécissement

du rectum et de l'anus ; — *b*, imperforations du rectum et de l'anus ; — *c*, cloisonnements horizontaux du rectum.

Mais cette division, pour être plus scientifique, est cependant trop peu didactique ; aussi, pour éviter les redites, est-il préférable de s'en tenir à celle de Trélat (*Dict. Encyclop.*), division purement anatomique, et qui étudie successivement :

1^o Les rétrécissements ;

2^o Les imperforations ;

3^o Les absences ;

4^o Les abouchements anormaux.

1^o **Rétrécissements.** — Les rétrécissements congénitaux du rectum sont relativement rares ; — ils se présentent sous deux types anatomiques distincts : les rétrécissements membraneux, valvulaires ; les rétrécissements cylindriques.

Les rétrécissements membraneux ont été bien étudiés par Bérard, Masliurât-Lagémard, Bouisson ; leur forme est variable : tantôt un diaphragme valvulaire, tantôt un croissant, tantôt une simple bride : suivant leur siège, on les distingue en supérieurs et inférieurs.

Les rétrécissements supérieurs paraissent être une simple exagération des valvules de Houston : ils occupent en général la portion moyenne du rectum, mais on les a vus à 8 et même 11 centimètres au-dessus de l'anus.

Les rétrécissements inférieurs siègent à 2 et 5 centimètres de l'anus, c'est-à-dire au point précis où se fait la réunion du rectum avec l'anus : ce sont les vrais rétrécissements valvulaires.

Les rétrécissements membraneux sont en général uniques, quelquefois doubles ; Nélaton parle d'un cas de rétrécissements multiples. Ils sont formés par un repli de la muqueuse ; la consistance des tissus est normale ; il ne paraît pas y avoir de grande ulcération au-dessus du rétrécissement.

Le deuxième type de rétrécissement est bien plus rare ; du travail de E. Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1851), il ressort que ces rétrécissements cylindriques, comme les rétrécissements membraneux, siègent aussi bien à la partie inférieure qu'à la partie supérieure ; leur longueur peut atteindre plusieurs centimètres ; quant au degré de coarctation, il peut être tel, qu'il est difficile de passer un stilet. Au point de vue de leur constitution, tantôt ils sont tapissés par la muqueuse rectale entière avec son épithélium (Lannelongue),

tantôt ils se présentent sous la forme d'un cordon fibro-musculaire canaliculé, sans aucune trace de muqueuse (Marchand).

Ces rétrécissements accompagnent fréquemment une imperforation du rectum ou un abouchement anormal, et paraissent résulter d'une atrophie de l'intestin.

2° *Imperforations.* — Cette seconde classe de malformations

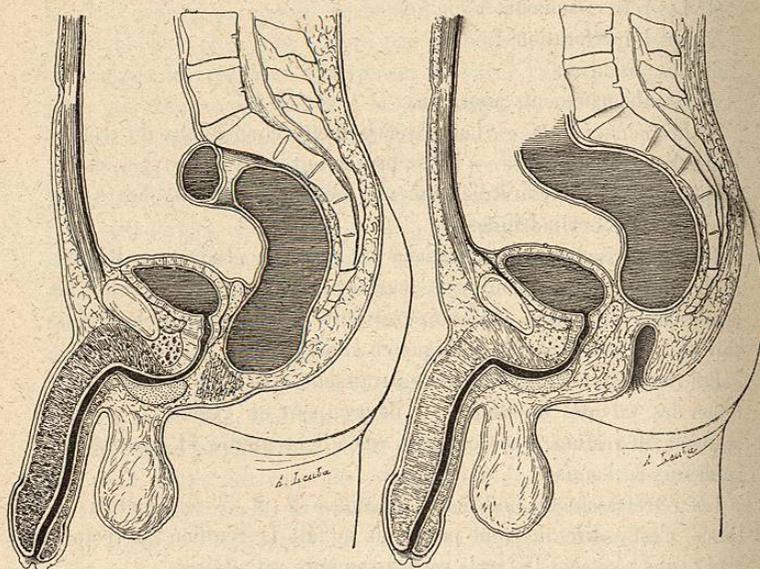


Fig. 87.

Ces deux figures sont modifiées d'après Esmarch.

Fig. 88.

ano-rectales, la plus fréquente incontestablement, renferme bien des variétés anatomiques.

L'imperforation siège tantôt au niveau de l'anus même, tantôt plus haut, au niveau du rectum. Dans le premier cas, l'anus peut occuper ou non sa place normale; il peut être nettement dessiné, ou au contraire à peine ébauché, ce qui établit la transition entre les absences et les imperforations. — Dans le second cas, l'obstacle siège plus ou moins profondément. Lannelongue en rapporte deux observations: dans l'une, l'obstacle se trouvait à 2,5 centimètres de l'anus, dans l'autre, 11 1/2 centimètres; ces cloisonnements peuvent être doubles, et dans la dernière observation que nous venons de signaler, il en

existait un second à 5 1/2 centimètres de l'anus. Cette variété était déjà bien connue de J.-L. Petit, Pappendorff, Boyer.

Au point de vue de leur constitution, les imperforations présentent aussi des variétés nombreuses. Tantôt on trouve une simple cloison membraneuse, à travers laquelle, suivant l'expression de Trélat, on voit transparaître le méconium, et qui bombe sous l'influence des efforts et des cris de l'enfant; tantôt, au contraire, l'obstacle offre une épaisseur plus considérable, 2 à 5 centimètres. Les deux extrémités des culs-de-sac sont reliées l'une à l'autre, quelquefois par un cordon plein, fibreux; d'autres fois, ce cordon est perméable. Lannelongue a rapporté en 1884 un exemple curieux dans lequel ce cordon était un boyau intermédiaire de structure manifestement intestinale; le même fait pourrait se rencontrer sans qu'il y ait de parois intestinales. Jessen et Voillemier ont rapporté des cas complexes de plusieurs oblitérations superposées.

5° *Absences.* — Les absences de l'anus existent quelquefois isolément; le plus souvent il y a simultanément absence d'une partie plus ou moins considérable du rectum; c'est dans ces cas surtout que l'on voit la peau passer directement d'une région fessière à l'autre, sans déterminer le profond sillon interfessier qui existe normalement; les deux tubérosités ischiatiques sont souvent rapprochées.

Le sphincter externe fait le plus souvent défaut, mais on l'a aussi rencontré sous la forme d'un faisceau musculaire ano-coccygien à fibres parallèles (Goyrand).

Lorsque le rectum est absent, l'intestin se termine soit au niveau de la vessie ou de l'utérus, soit sur l'angle sacro-vertébral, auquel il adhère par des tractus cellulés; ces tractus mettent souvent obstacle à l'abaissement de l'intestin, temps important des opérations qui ont pour but le rétablissement du canal ano-rectal à sa place habituelle.

Quant aux rapports du cul-de-sac rectal avec la séreuse péritonéale dans ces cas anormaux, ils ne sont encore qu'imparfaitement connus, malgré les travaux de Debout (1845); on sait seulement que le péritoine descend souvent assez bas pour recouvrir en grande partie l'extrémité intestinale et quelquefois même le cordon fibreux qui lui fait suite.

4° *Abouchements anormaux.* — Si l'origine des abouchements

anormaux du rectum leur est commune avec les malformations que nous venons d'étudier, ce que démontre suffisamment la coexistence des deux ordres de lésions, il n'en est pas moins vrai que cette classe présente une physionomie particulière.

Les *abouchements anormaux de l'anus* correspondent tous à une

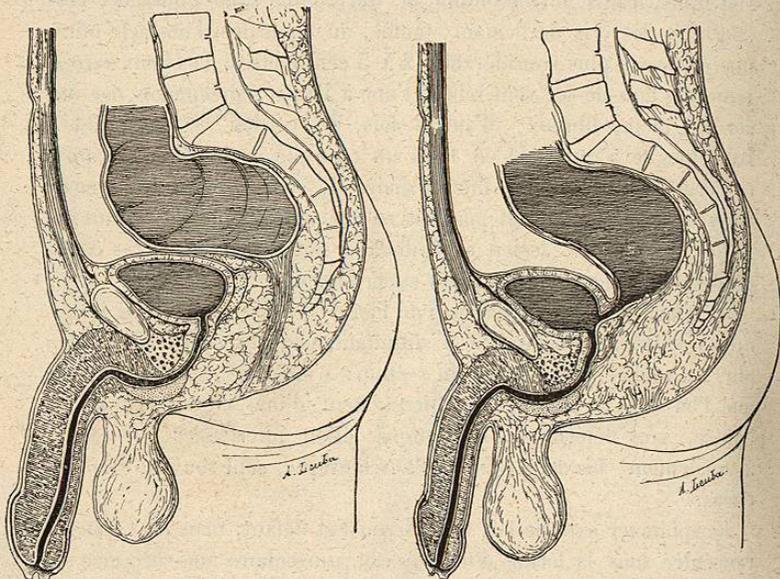


Fig. 89.

Fig. 90.

anomalie de développement du cloaque externe ; on les observe plus souvent chez les filles, où l'ouverture anormale est presque toujours située en avant de l'hymen, à la région vulvaire.

L'ouverture à l'entrée du vagin est beaucoup plus rare, et vraisemblablement dans ces cas, il s'agit plus souvent d'un abouchement anormal du rectum. Les dimensions de l'orifice peuvent être suffisantes pour être compatibles avec la vie. Chez les garçons, l'abouchement anormal se fait au périnée, à la base du scrotum, au-dessous de la verge ; quelquefois le canal anormal est parallèle au canal de l'urèthre, ainsi que Cruveilhier en a rapporté un exemple avec ouverture au niveau du gland ; l'ouverture de l'anus dans l'urèthre antérieur lui-même n'aurait jamais été observée (Trélat).

Les *abouchements anormaux du rectum* produits par un arrêt de développement du cloaque interne s'observent au contraire plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. On en a cependant observé des cas chez ces dernières, et il y avait presque toujours en même temps anomalie de développement de l'utérus ou du vagin ;

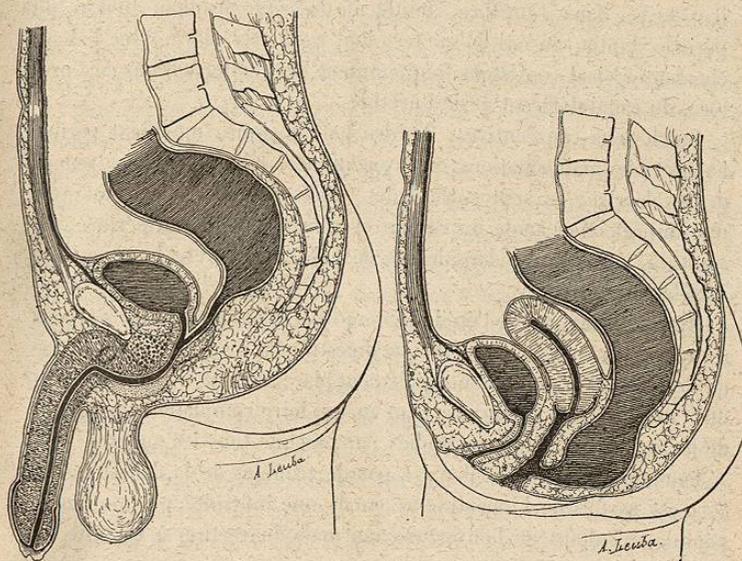


Fig. 91.

Fig. 92.

L'ouverture dans le vagin est la plus fréquente dans le sexe féminin ; Morgagni, Ricord, Switzer en ont rapporté des exemples célèbres ; il faut en rapprocher les cas inverses d'ouverture du col utérin dans un cloaque, dont l'anus est la seule ouverture, ainsi que Louis en a relaté une observation bien connue par la censure qu'elle attira à son auteur (1755)

Delesalle a vu une fois l'ouverture du rectum dans l'urèthre de la femme ; les observations d'ouverture vésicale dans le sexe féminin sont très rares, à cause de la présence de l'utérus et du vagin en avant du rectum.

L'ouverture anormale dans les voies urinaires, par contre assez fréquente dans le sexe masculin, a été observée dans toute l'étendue

de la vessie depuis le bas-fond jusqu'au col; elle peut aussi se rencontrer dans la portion membraneuse ou prostatique de l'urèthre; dans ce dernier cas, l'ouverture est généralement étroite, canaliculée, médiane ou latérale. Dans le cas de communication vésicale, le rectum se termine généralement au niveau du détroit supérieur. Quand il s'ouvre dans l'urèthre, tantôt il descend jusqu'au niveau du périnée, tantôt son cul-de-sac terminal reste très élevé. Avec l'abouchement vésical coexistent fréquemment des malformations de l'urètre, du canal déférent et de l'urèthre.

Des lésions consécutives, d'ordre pathologique, modifient parfois l'aspect de malformations embryogéniques, telles que nous venons de les décrire; ce sont surtout des trajets fistuleux coexistant avec une imperforation anale ou rectale et venant s'ouvrir au périnée, au scrotum, ou, comme dans le cas de Friso, à travers la cinquième vertèbre lombaire.

Symptômes. — De l'étude anatomo-pathologique que nous venons d'exposer il résulte : 1° que le tube digestif peut s'ouvrir par un orifice suffisamment large mais anormalement placé; 2° que l'ouverture peut être insuffisante; 3° qu'elle peut même faire complètement défaut; de là trois types cliniques étudiés par presque tous les auteurs.

Dans le premier cas, il n'y a pas de troubles de la défécation, si ce n'est parfois de l'incontinence, mais une infirmité plus ou moins pénible, résultant de l'ouverture anormale du rectum à la vulve ou au vagin.

Dans le second, tant que les matières sont liquides, les signes de l'occlusion ne se montrent pas; mais lorsqu'elles deviennent plus dures le passage se trouve trop étroit et les accidents d'occlusion se montrent, tardifs, graduels, mais finalement graves. Un petit corps étranger comme un noyau, un baricot, suffisent à déterminer l'obstruction. A cet ordre de faits se rattachent non seulement les rétrécissements simples, à ouverture normalement placée, mais aussi les abouchements anormaux étroits et particulièrement ceux qui aboutissent à la vessie ou à l'urèthre postérieur. Ces malformations ont leurs symptômes propres qui, pendant un temps plus ou moins long, ne menacent pas l'existence. L'urine est mêlée de méconium; des gaz s'échappent par l'urèthre. Dans cette situation la survie peut être de plusieurs mois; mais l'occlusion finit toujours par se produire. L'inflammation de la vessie et de l'urèthre suffit d'ailleurs à

déterminer des accidents mortels; enfin la terminaison fatale peut se faire par rupture de l'intestin et péritonite.

Quand l'écoulement des matières est absolument impossible, le tableau clinique se déroule le plus souvent d'une manière toute différente et bien plus rapide : un jour ou deux après la naissance, l'enfant est agité, il refuse de prendre le sein; son ventre se ballonne, des vomissements surviennent, c'est d'abord le lait ingéré qu'il rejette, puis les vomissements deviennent fécaloïdes; en questionnant les parents, on apprend alors que l'enfant n'a pas rendu son méconium et l'attention appelée du côté du rectum permet de constater une imperforation, une absence de l'anus ou du rectum. Les accidents s'aggravent rapidement, le ventre se ballonne de plus en plus, il y a du ténésme vésical, des efforts impuissants d'expulsion, la physionomie du petit malade s'altère profondément, les douleurs sont continues, la peau prend une coloration terreuse, presque bleuâtre dans la région abdominale; à l'agitation des premiers moments succèdent l'abattement et la prostration; les cris deviennent de plus en plus faibles, et si l'on n'intervient pas, la mort arrive au bout de quatre à six jours, quelquefois un peu davantage.

Diagnostic. — Le problème se pose dans trois conditions différentes : 1° le méconium est rendu par les voies normales; 2° le méconium sort par un anus anormal; 3° il n'y a pas issue du méconium.

1° Dans le premier cas, il ne peut être question que d'un rétrécissement modéré. En l'absence de tout symptôme fâcheux, la lésion passera inaperçue. Nous avons dit que certains rétrécissements congénitaux ne se révélaient que tardivement et même à l'âge adulte.

2° L'issue du méconium par un orifice anormal est forcément constatée au bout de peu de temps.

Les ouvertures qui correspondent à *des ectopies de l'anus* : ouvertures vulvaires, de l'entrée du vagin, de la base du scrotum, de la verge, seront facilement découvertes. Le diagnostic ne sera complet que lorsqu'on aura pu, avec une sonde introduite par l'anus en ectopie, explorer l'ampoule rectale. Par là on apprendra si cette ampoule est volumineuse, si elle est séparée de la peau par un petit ou par un large intervalle; ce sont des renseignements importants au point de vue du traitement.

Les abouchements vésicaux et urétraux, vaginaux et utérins, qui coïncident avec des *malformations rectales*, sont facilement décou-

verts, les premiers par le mélange du méconium à l'urine, les seconds par son issue au niveau des orifices de l'hymen. Si cette membrane est imperforée, ou percée d'orifices insuffisants, il peut se faire dans le vagin une accumulation de méconium qu'un peu d'attention fera soupçonner, et qu'une ponction démontrera. Mais dans tous les autres cas d'abouchements anormaux du rectum, l'exploration de l'orifice intestinal n'est plus possible, et partant, pour se rendre un compte quelque peu exact du degré de malformation, il faut suivre la même méthode que dans les imperforations ou les absences dont il nous reste à parler.

3° Le manque de méconium appartient à toute imperforation et à toute absence du rectum et de l'anus, par conséquent aux cas les plus simples, à ceux dans lesquels une simple membrane ferme la route, et aux cas les plus graves, aux absences plus ou moins étendues de la terminaison du rectum. Tout l'effort du chirurgien tend à découvrir précisément à quelle hauteur le rectum se termine. Arrive-t-il jusqu'au niveau du plancher périnéal? S'arrête-t-il plus haut dans le bassin? Est-il encore moins développé?

Il n'y a pas à tenir grand compte des présomptions que l'on a voulu tirer du degré de malformation de l'anus, de l'absence ou de la présence d'un sphincter anal, de l'écartement ou du rapprochement des ischions. Rien ne sert ici que l'examen direct.

Quelquefois on constate directement par la simple vue que le périnée bombe dans les efforts que fait le petit malade, ou même on voit au niveau de l'anus bien ou mal conformé la voussure d'une membrane lisse, luisante, violette, qui se tend, soulevée manifestement par une substance liquide; le diagnostic est facile. Un coup de trocart le rend évident.

Parfois la palpation doit être plus attentive, soit qu'on l'exerce simplement sur le périnée, soit qu'on la pratique avec un doigt introduit dans l'anus. Des pressions sur la partie inférieure de l'abdomen permettent de refouter un liquide vers la main qui explore la région périnéale. Toutefois on peut être trompé par une fausse fluctuation produite par le vagin et la vessie, qui occupent la place du rectum (Trélat).

Doute-t-on encore? Une nouvelle recherche peut fournir quelques bons résultats: un cathéter introduit dans la vessie ou dans le vagin est poussé en arrière vers la concavité du sacrum. Si le rectum existe

là distendu par le méconium, la sonde est arrêtée à une distance notable du sacrum; sinon, elle explore la face antérieure de cet os avec la plus grande facilité.

Enfin un dernier moyen d'investigation consiste à pratiquer avec le trocart, dans la direction présumée de l'ampoule rectale, une ponction exploratrice.

Par ces divers procédés on arrive souvent à découvrir le point où siège l'ampoule rectale; mais, dans quelques cas, tous les efforts restent inutiles, et on commence l'opération sans posséder sur ce point aucun renseignement utile.

Pronostic. — Les malformations ano-rectales ne sont pas également graves; lorsque l'écoulement des matières est assuré par un orifice ou un canal suffisamment large, le pronostic est bénin. La vie est parfaitement compatible avec un anus vulvaire ou vaginal; il existe seulement une infirmité plus ou moins pénible. L'ouverture dans la vessie, l'urèthre ou l'utérus entraîne avec elle des troubles urinaires ou génitaux graves qui compromettent la vie à une échéance plus ou moins prochaine, lorsque celle-là n'est pas mise en danger immédiatement par l'étroitesse de l'orifice de communication.

Dans les rétrécissements et les imperforations, la rétention des matières est absolue ou à peu près complète; les accidents d'occlusion surviennent alors avec rapidité. La mort se produit à bref délai.

Aussi dans ces cas n'y a-t-il pas à hésiter, il faut intervenir. L'indication opératoire est nette, précise, formelle; l'examen attentif de la région va poser les conditions et indiquer la nature de l'acte opératoire auquel on devra recourir. La seule contre-indication réside dans l'existence de malformations concomitantes compromettant gravement pour leur propre compte la vie du sujet.

Traitement. — Toutes les fois que le cours des matières est arrêté, ces règles s'imposent:

1° *Opérer le plus tôt possible:*

2° *Rétablir le cours des matières d'une manière permanente.*

Dans le cas de rétrécissement, d'imperforation incomplète, la dilatation, l'incision unique ou multiple ne donnent pas toujours des résultats avantageux; sans parler des accidents immédiats et en particulier des ruptures observées au cours de ce traitement, on est exposé à la reproduction constante du rétrécissement.

Une large incision postérieure, l'excision de la peau entre l'anus et

le rétrécissement, l'abaissement de la muqueuse rectale et sa suture à la peau, procureront une guérison plus certaine.

Lorsqu'il s'agit d'une simple imperforation, ou même d'une absence plus ou moins étendue, il faut recourir à l'opération périméale (opération d'Amussat).

Dans l'établissement de l'anus périméal, les demi-mesures sont dangereuses. Une ponction de l'intestin après les incisions d'approche est insuffisante et expose à l'infiltration stercorale. Il faut : 1° par une incision bien médiane diviser la peau du périnée, avec l'anus et le sphincter si ces organes existent, depuis la base du scrotum ou la partie postérieure de la vulve jusqu'au coccyx, ou même plus en arrière, jusqu'à la 5° ou 4° vertèbre sacrée afin d'élargir le champ opératoire et de faciliter les recherches, quand l'ampoule rectale siège loin des téguments (Vincent, Esmarch); 2° s'engager dans le tissu cellulaire du petit bassin, en avant du coccyx et du sacrum, en arrière du vagin ou de la vessie, que l'on peut rendre évidents au moyen d'une sonde; on cheminera ainsi aussi profondément que possible, en se guidant, s'ils existent, sur les tractus qui souvent unissent le rectum malformé à l'anus. — Au besoin (Verneuil) on réséquera le coccyx pour se faire de la place; 3° si après s'être avancé profondément on sent l'ampoule, on l'isole en sectionnant les liens qui peuvent la rattacher au sacrum; on l'attire au moyen de fils passés dans sa paroi; on décolle peu à peu sa surface, et on l'amène au ras de la peau, où elle est ouverte et fixée au tégument, muqueuse contre peau. C'est le moyen d'éviter l'infiltration d'abord, les rétrécissements ensuite. Si l'ampoule ne peut être sentie, il pourrait être permis exceptionnellement d'attendre (Curling) pourvu que l'état de l'enfant le permette, car il peut arriver qu'elle se distende et vienne faire d'elle-même saillie à travers la plaie périméale (J.-L. Petit). Dans le doute il vaut mieux terminer l'intervention, soit par l'établissement d'un anus artificiel, méthode universellement admise jusqu'à ces derniers temps quand les recherches avaient été prolongées jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres (Trélat), soit mieux en poursuivant les recherches, soit en attirant par le périnée l'extrémité inférieure du côlon à travers le péritoine incisé (Stromeyer), soit en pratiquant la laparotomie pour introduire de haut en bas par la perforation du cul-de-sac péritonéal l'intestin que l'on fixe à l'anus (Mac Leod) ou enfin en ayant recours à l'association des

deux voies, abdominale et périméale, avec désinsertion de l'ampoule colique, suivant la méthode décrite récemment par Chalot sous le nom de colostomie ou sigmoïdostomie périméale par la voie combinée. Ces différents procédés sont entrés trop récemment dans la pratique pour qu'on puisse dès aujourd'hui émettre sur eux un jugement définitif. On pourra toujours les essayer quand l'état général de l'enfant le permettra.

Lannelongue a conseillé d'utiliser un cathétérisme rétrograde de l'intestin, pratiqué après l'établissement d'un anus artificiel abdominal, pour déprimer le cul-de-sac rectal, et même le faire communiquer par ponction avec un cul-de-sac anal préexistant mais imperforé. Cette méthode n'a guère donné que des succès.

Les ectopies de l'anus : anus vulvaire, périméal, scrotal, vaginal inférieur, ne demandent pas un traitement immédiat. Elles sont l'objet d'opérations complexes qui ont pour but : 1° de rétablir l'anus normal; 2° d'amener l'oblitération de l'anus ancien qui persiste à l'état de fistule.

DEUXIÈME PARTIE

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Il convient de diviser les plaies de l'anus et du rectum en trois catégories :

- 1° *Les plaies ordinaires;*
- 2° *Les plaies par armes à feu;*
- 3° *Les déchirures et ruptures.*

Étiologie. — La situation de l'orifice anal, la protection que fournit au rectum la ceinture osseuse du petit bassin, expliquent la rareté de ces lésions traumatiques.

1° *Plaies par instruments tranchants et contondants.* — Les plaies de l'anus et du rectum par instruments tranchants sont particulièrement rares; il existe quelques exemples de coups de couteau, de solutions de continuité de l'anus produites chez des enfants par des éclats d'un vase de nuit en faïence, brisé sous eux pendant la défécation.