

**Traitement.** — L'extirpation est la seule opération que l'on puisse tenter. Dans les tumeurs fœtales, elle a donné 11 succès sur 12 interventions; il y a eu 4 morts et 2 résultats douteux sur 20 extirpations d'autres tumeurs, mais les cas opérés étaient certainement choisis parmi les plus favorables.

**DÉPRESSIONS ET FISTULES SACRO-COCYGIENNES.** — Dès 1867, Kuhn avait appelé l'attention de la Société de chirurgie sur une dépression coccygienne et rétro-anales que l'on rencontrerait chez un tiers des enfants.

Depuis, Lannelongue est revenu sur ce sujet en 1882, et ses travaux ont été exposés dans la thèse de Peyramaure-Duverdier, son élève. Cette dépression siégeait, d'après cet auteur, 28 fois au début de la rainure interfessière, 45 fois au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, 52 fois au niveau de la pointe du coccyx, 10 fois elle était multiple; toujours elle disparaît avec l'âge.

Deux cas pathologiques cependant peuvent en être rapprochés; dans un cas de Terrillon, la suppuration des produits de sécrétion de cette petite dépression détermina une fistule purulente; — dans l'autre fait, il s'agissait d'un kyste par inclusion cutanée (Lannelongue).

Cette dépression, ces fistules sacro-coccygiennes ne sont sans doute que les restes d'une petite invagination persistante du feuillet externe du blastoderme.

## MALADIES CHIRURGICALES

### DE L'ANUS ET DU RECTUM

#### PREMIÈRE PARTIE

##### VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM.

**Développement de l'anus et du rectum.** — Il est absolument impossible de saisir les liens si intéressants qui unissent entre eux les différents vices de conformation de l'anus et du rectum, si l'on ne connaît pas le développement de l'extrémité inférieure du tube digestif et des parties voisines.

A la partie inférieure comme à la partie supérieure, l'intestin se termine d'abord par un cul-de-sac absolument fermé. — Plus tard ce cul-de-sac communique avec une invagination analogue du feuillet externe qui constitue le *canal anal*. — L'ouverture normale se trouve dès lors établie, rien de plus simple et de plus facile à saisir. — Mais il est un point plus délicat, plus controversé: ce sont les relations embryogéniques de la vessie et du rectum.

Voici, d'après les auteurs les plus récents, Dastre et Mathias Duval, comment il faudrait comprendre le développement de l'allantoïde et du rectum.

La vésicule allantoïde ne naîtrait pas, comme on l'a cru longtemps, de l'extrémité inférieure de l'intestin; elle apparaîtrait avant que celui-ci fût formé, sous la forme d'une dépression, d'une invagination du feuillet interne de l'embryon dans le feuillet moyen. Cette dépression, située au-dessous du point où se développe l'intestin inférieur, viendrait ensuite au contact de la paroi antérieure de cet intestin en vertu de l'incurvation marquée que subit l'extrémité caudale de



l'embryon. Les deux cavités intestinale et allantoïde se mettraient largement en communication, donnant ainsi naissance à une cavité commune, le *cloaque interne*. Plus tard le cloaque se divise de nouveau en deux cavités distinctes, rectum et sinus uro-génital. — Le rectum se constitue par une dépression en gouttière de la paroi postérieure du cloaque; sur les côtés viennent s'ouvrir dans le sinus uro-génital, simultanément d'abord, séparément ensuite, le canal de Wolff, l'uretère et le canal de Muller.

La portion embryonnaire de l'allantoïde constituera la *vessie*; le *sinus uro-génital* formera les portions prostatique et musculaire de l'urèthre chez l'homme.

En outre la dépression externe ou cloaque externe qui s'avance vers le cloaque interne n'a pas pour seul but de constituer le canal ano-rectal; d'abord simple, elle se divise ultérieurement en deux parties, que sépare une cloison transversale; une partie postérieure anale, une partie antérieure génitale pour les organes génitaux externes.

**Étiologie et pathogénie.** — On n'étudie, sous le titre que nous avons donné à ce chapitre, que les vices de conformation *congénitaux* de l'anus et du rectum.

Ces anomalies de développement ne sont pas fréquentes, puisque l'addition de plusieurs statistiques ne donne qu'une proportion de 1 pour 11 000. — Dans l'état actuel de nos connaissances il ne semble pas qu'un sexe y soit prédisposé plus que l'autre.

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 éclairci. — On doit à ce propos faire encore remarquer que ces malformations coexistent souvent avec d'autres difformités: pieds bots, hydrencéphalie, spina-bifida.

**Anatomie pathologique. — Division.** — Il est bien difficile de faire dans une courte description le tableau complet des groupements multiples et des aspects divers que peuvent présenter les vices de conformation de l'anus et du rectum.

Ainsi, pour éviter les redites, depuis l'article si intéressant du

professeur Trélat dans le *Dictionnaire encyclopédique*, on étudie successivement: 1° les rétrécissements; 2° les imperforations; 3° les absences; 4° les abouchements anormaux.

1° *Rétrécissements.* — Que pour une raison quelconque, la cloison qui sépare à l'origine le rectum de l'anus ne se résorbe qu'incomplètement et le rétrécissement congénital se trouve constitué. — C'est une anomalie rare, mais possible; elle peut ne se révéler que chez l'adulte; elle accompagne souvent l'ouverture anormale du rectum.

A cette catégorie appartiennent les *rétrécissements simples*, les *rétrécissements valvulaires* étudiés par Bérard, Maslicurat-Lagémard et Bouisson, ainsi que les *rétrécissements cylindriques*, variété que l'on a observée soit avec un anus normalement situé, soit avec un abouchement anormal à la fourchette vulvaire, à la base du scrotum, ou à la région pénienne, ainsi que Cruveilhier et Rochard en ont rapporté des exemples.

2° *Imperforations.* — Cette seconde classe des malformations ano-rectales, la plus fréquente incontestablement, renferme bien des variétés anatomiques différentes.

L'imperforation *siège* à l'orifice même de l'anus, ou au contraire plus profondément entre les deux cloaques.

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, l'obstacle siège plus ou moins profondément; cette variété était déjà bien connue de J. L. Petit, Pappendorff, Boyer.

Quant à sa *constitution* même, l'imperforation ne présente pas moins de différences, d'ailleurs complètement indépendantes de son siège. Tantôt on trouve une simple cloison membraneuse à travers laquelle, suivant l'expression de Trélat, on voit transparaître le méconium; tantôt au contraire l'obstacle offre une épaisseur plus considérable de deux, trois et quatre centimètres. Les deux extrémités des culs-de-sac sont reliées l'une à l'autre, quelquefois, par un cordon fibreux plein. Lannelongue a rapporté en 1884 à la Société de chirurgie un exemple curieux, dans lequel ce cordon était un boyau intermédiaire de structure manifestement intestinale et rempli de produits liquides. Le même fait pourrait se rencontrer sans qu'il y ait de parois intestinales. (Marchand). 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 (1843); 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 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 ouver-

ture 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; 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 d'ouverture du col 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 (1753).

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.

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 imperfection 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 de faire 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, 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 haricot, 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'urètre postérieur. Ces malformations ont leurs symptômes propres qui, pendant un temps plus ou moins long, ne menacent pas l'existence. L'urine est mélangée de méconium; des gaz s'échappent par l'urètre. 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'urètre suffisent d'ailleurs à déterminer des accidents mortels; enfin la terminaison fatale peut se faire par rupture de l'intestin et péritonite.

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 ténesme 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 d'avantage.

**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'empoule 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 uréthraux, vaginaux et utérins, qui coïncident avec des *malformations rectales*, sont facilement découverts, les premiers par le mélange du méconium à l'anus, 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 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 ischiens. 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 se tendre 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 au début sur le périnée, soit qu'elle soit pratiquée avec un doigt introduit dans l'anus. Des pressions sur la partie inférieure de l'abdomen permettent de refouler un liquide vers la main qui explore la région périnéale.

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 explorative.

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'éconlement 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 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 il va falloir recourir.

**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 ne s'agit plus d'une simple imperforation, mais d'une absence plus ou moins étendue, le choix d'une opération est souvent difficile. Si tout concourt à faire croire que le rectum manque sur une hauteur considérable, il n'y a pas à songer à établir un anus périnéal. On a recours d'emblée, dans ce cas, à la création d'un anus abdominal par la méthode de Littre ou de Callisen. Mais l'incertitude du diagnostic porte souvent à essayer d'abord l'opération périnéale. Si l'impossibilité d'atteindre par cette voie l'ampoule rectale est démontrée, on revient à l'anus lombaire ou iliaque.

Dans l'établissement de l'anus périnéal, 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; 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; 5° si après s'être avancé profondément on ne sent pas l'ampoule, il faudra nécessairement renoncer à l'ouverture d'un anus périnéal. — Si l'ampoule est sentie, 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.



Dans le cas où l'absence est compliquée d'abouchement anormal, on peut agir de même; il est préférable de sectionner, s'il se peut, l'intestin de façon à le séparer de l'organe dans lequel il s'abouche, et de le fixer à la peau par les bords de l'orifice ainsi créé.

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.

Les ectopies de l'anus : anus vulvaire, périnéal, 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.

Les plaies par instruments contondants sont un peu plus fréquentes; on les observe surtout à la suite de l'introduction brutale et maladroite de canules rigides, ou de corps étrangers rugueux et

irréguliers. On a vu chez l'homme des cathéters mal conduits perforer le rectum.

Les plaies accidentelles de ce genre se voient moins souvent; Esmarch a cependant relaté l'histoire d'un soldat prussien ainsi empalé par le pieu de fer d'un piège à loup. D'autres fois, le corps vulnérant était un morceau de bois plus ou moins pointu, un pied de chaise. (Gross.) Ashton a rapporté l'histoire d'un coup de corne de vache. Tous ces faits se rapprochent plus ou moins de l'ancien supplice de l'empalement.

2° *Les plaies par armes à feu* ne sont pas absolument rares : ce fait n'a rien d'étonnant quand on songe à la force de pénétration des projectiles. — La statistique d'Otis renferme 309 cas de plaies du rectum; la statistique de la guerre d'Italie n'en compte que 19.

On trouvera partout citée l'histoire de cette double plaie de la vessie et du rectum, observée en 1850 par Dupuytren, chez un fourrier de la garde royale atteint d'un coup de feu parti d'une fenêtre. — Christot a fait, en 1870, l'extraction d'une balle aplatie enclavée dans la paroi rectale.

3° *Déchirures et ruptures.* — Les déchirures sont produites par le passage d'un bol fécal trop volumineux et trop dur, d'un corps étranger acéré introduit par l'anus ou ayant franchi les voies digestives; on les observe encore dans les grands traumatismes du bassin, enfin la tête fœtale peut, dans un accouchement laborieux, déterminer une déchirure de la cloison recto-vaginale; les faits de ce genre rentrent plutôt dans l'histoire des déchirures du vagin.

Brodie a observé une rupture du rectum dans des efforts de vomissement; dans un cas de Frank rapporté par Duplay, la rupture aurait été la conséquence d'une contusion abdominale; d'autres faits analogues ont été rapportés par Nedham et par Adelman.

**Anatomie pathologique.** — Les solutions de continuité de l'anus s'accompagnent souvent de lésions analogues du côté du péri-*inée* et de la région fessière. — Celles du *rectum* peuvent se compliquer de plaies de la région sacro-coccygienne, de blessures des viscères voisins, en particulier de la vessie, de déchirures du vagin, de fractures du bassin. — Les dimensions de la solution de continuité sont très variables suivant la cause. — Des désordres fort divers s'observent suivant que le péritoine a été lésé ou non. — La déchirure de cette séreuse était assez large dans le cas de Brodie pour