

seigne le plus souvent sur la présence ou l'absence de l'ampoule dans la profondeur. On dit bien que le périnée bombe quand l'ampoule est basse, que les ischions sont rapprochés quand elle

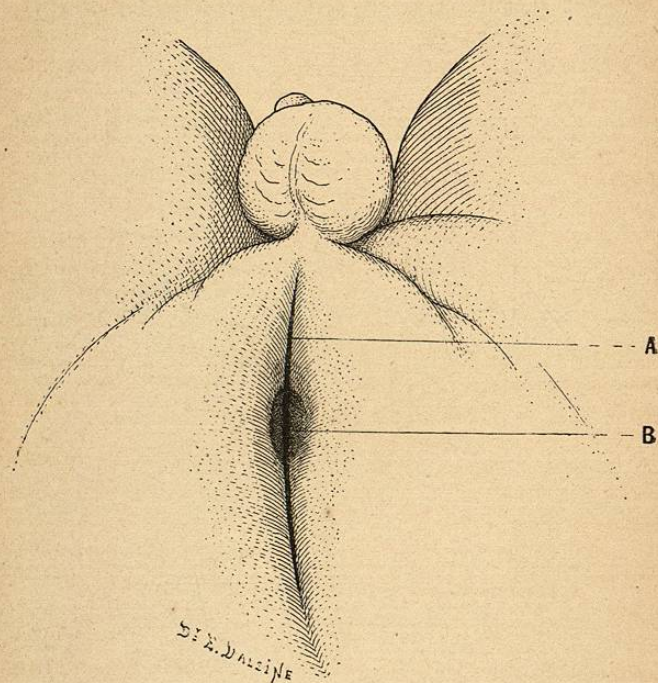


Fig. 7.

Opération de l'anus imperforé (1^{er} temps). — *Incision médio-périnéale* (LEJARS). Chirurgie d'urgence.

A, tracé de l'incision. — B, dépression anale.

est restée haute, mais tout cela n'a pas grande valeur et la règle absolue est de rechercher méthodiquement l'ampoule selon la *méthode d'Amussat* par la voie périnéale.

C'est une opération d'urgence qu'il faut exécuter dès les pre-

mières heures. Malheureusement on n'est souvent appelé qu'au bout de vingt-quatre heures : l'enfant est dans un état général alarmant ; chaque instant de retard aggrave alors le pronostic, l'intervention doit être décidée et pratiquée séance tenante.

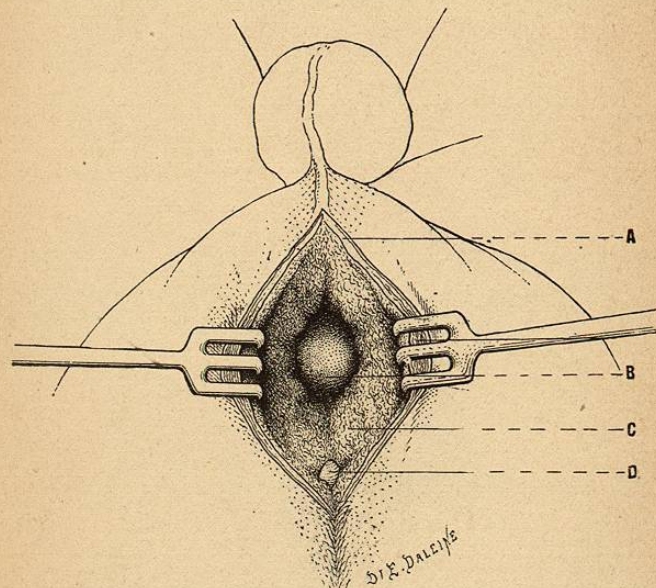


Fig. 8.

Opération de l'anus imperforé (2^e temps). — *Découverte de l'ampoule* (LEJARS).

A, lèvres de l'incision cutanée, rétractées. — B, ampoule. — C, graisse péri-rectale. D, pointe du coccyx.

L'enfant chaudement enveloppé est placé dans la position de la taille. Quelques gouttes de chloroforme données prudemment permettent d'obtenir une légère anesthésie qui sera maintenue seulement pendant les premiers temps de l'opération. L'enfant supporte le chloroforme très bien : si on le trouvait trop faible, trop abattu, mieux vaudrait opérer sans anesthésie que d'em-

ployer le chlorure d'éthyle qui durcit les téguments, gêne l'opération et ne donne qu'une anesthésie très imparfaite.

La région aseptisée, on fait une longue incision verticale al-

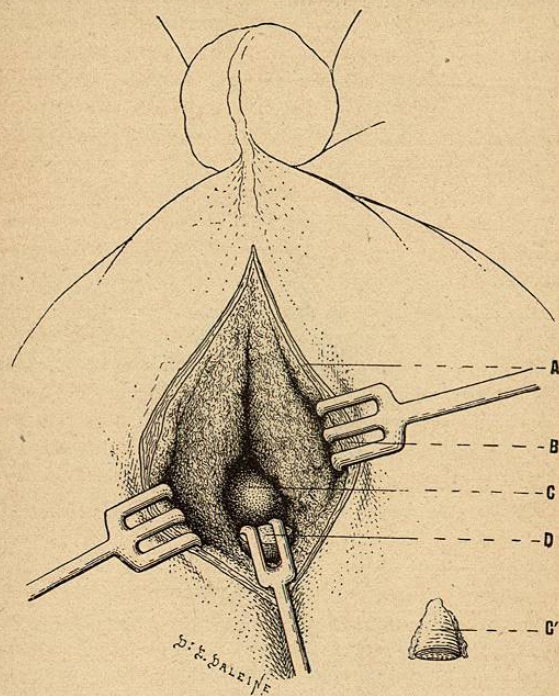


Fig. 9.

Opération de l'anus imperforé. 2^e temps (LEJARS). Découverte de l'ampoule après excision du coccyx.

A, lèvre de l'incision cutanée. — B, rétraction des bords de la plaie. — C, ampoule. — D, coccyx partiellement excisé et récliné en arrière. — C', portion excisée du coccyx.

lant des bourses ou de la fourchette vulvaire à la pointe du coccyx, incision exactement médiane et divisant en deux parties égales la dépression ou l'infundibulum anal quand ils existent.

Prudemment, à petits coups, le bistouri sectionne le tissu cellulaire sous-cutané : on rencontre alors les fibres du sphincter externe qu'on récline et au milieu du tissu cellulaire sous-jacent on aperçoit un globe noirâtre, volumineux, tendu : c'est l'ampoule.

Il s'en faut que la découverte en soit toujours aussi simple. L'ampoule profondément située n'apparaît pas, que faire ? Avant d'aller à sa recherche, assurez-vous que l'enfant est bien placé, bien symétrique et que vous vous tenez toujours dans un plan parfaitement médian. Introduisez une sonde dans la vessie ou dans le vagin et fuyez ces organes. Ne cherchez pas ce cordon d'ailleurs inconstant qui réunit, dit-on, la dépression anale à l'ampoule, il est peu visible : on prend pour lui quelques tractus cellulaires qui égarent les recherches et conduisent toujours trop en avant. C'est en arrière au contraire, vers le sacrum, dans sa concavité, que sous l'influence des cris, des efforts de l'enfant que vous laissez se réveiller un peu, votre doigt sentira quelque chose qui bombe, une saillie qui le repousse ; incisez, dissociez les tissus qui vous séparent de cette masse et vous tomberez sur l'ampoule. Si l'ampoule est très profonde, si l'on est gêné, il ne faut pas hésiter à se donner du jour et à réséquer d'un coup de ciseaux tout ou partie du coccyx suivant la méthode préconisée par VERNEUIL.

Après toutes ces recherches, on a ou l'on n'a pas trouvé l'ampoule, quelle sera la conduite à suivre dans ces deux cas ?

ON A TROUVÉ L'AMPOULE. — La simple incision cruciale serait ici insuffisante et donnerait rapidement lieu à la production d'un rétrécissement cicatriciel. Il faut, du doigt et de la sonde cannelée, libérer un peu l'ampoule, puis la saisir avec des pincés et chercher à l'abaisser. Mais elle est mince, distendue, et se rompt en inondant la plaie de son contenu. Un grand lavage à l'eau tiède entraîne le méconium, l'ampoule vidée s'abaisse, il ne reste qu'à la fixer. Si l'ampoule a pu être abaissée sans se rompre, on la fixe tout d'abord au centre de l'incision antéro-postérieure au milieu de ces fibres musculaires qui, avons-nous dit, représentent le sphincter.

Comment faut-il la fixer ? Deux points de suture non perforants sont passés latéralement : ils servent à amarrer l'ampoule, à

l'abaisser, et vont permettre maintenant de l'accoler aux deux lèvres de la plaie. Cette plaie, d'ailleurs trop grande, est réunie par quelques points de suture en avant et en arrière, autant qu'on le juge nécessaire. L'ampoule fixée, l'incision rétrécie, une

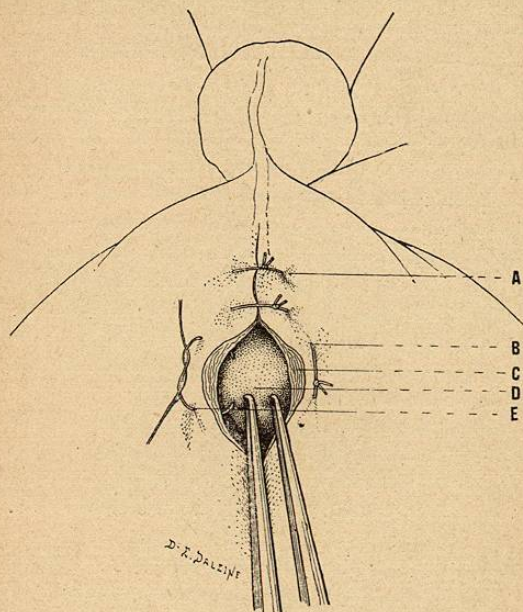


Fig. 10.

Opération de l'anus imperforé (3^e temps). — *Abaissement et fixation de l'ampoule* (LEJARS).

A, partie antérieure de l'incision. — B, anse latérale, nouée. — C, lèvres cutanées. — D, ampoule recto-anale. — E, anse latérale, mode d'exécution.

large ouverture donne issue au méconium. Il ne reste qu'à laver, absterger, puis rabattre la muqueuse sur les côtés pour la suturer à la peau de manière à ourler soigneusement les bords de ce qui sera l'orifice anal. On procéderait de même si on avait dû ouvrir l'ampoule primitivement et l'abaisser ensuite.

Les résultats sont bons au point de vue opératoire, quand on intervient dans les vingt-quatre premières heures. Au point de vue fonctionnel, l'anus ainsi ouvert et placé au milieu des fibres

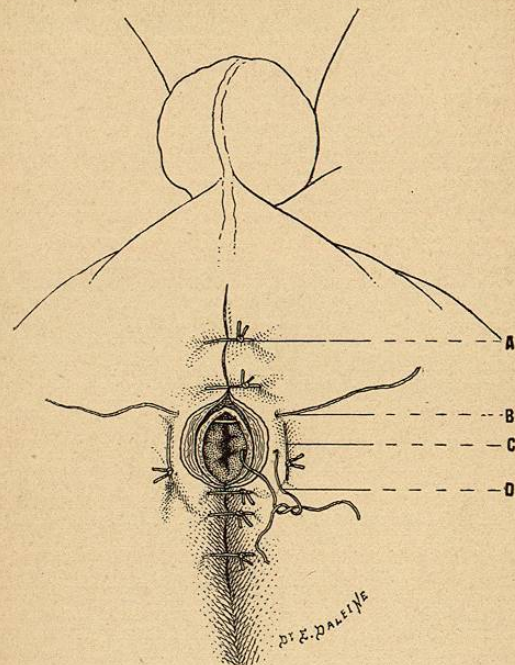


Fig. 11.

Opération de l'anus imperforé (4^e temps). — *Suture muco-cutanée* (LEJARS).

A, partie antérieure de l'incision. — B, point commissural antérieur. — C, anses latérales. — D, suture muco-cutanée.

sphinctériennes, est un anus qui a bien des chances d'être continet ou de le devenir d'une façon très suffisante.

ON NE TROUVE PAS L'AMPOULE. — Celle-ci est haute, au détroit

supérieur, dans la fosse iliaque, dans l'abdomen. Deux voies permettent de l'atteindre : la voie périnéale; la voie abdominale.

Voie périnéale. — C'est celle de STROMEYER, suivie par LEIS-RINK, ANDERS, Fochier¹. C'est une véritable laparotomie périnéale. Dans la large incision déjà faite le chirurgien continue ses recherches aussi profondément que possible. Le péritoine est incisé et la main introduite dans le petit bassin cherche l'ampoule vers la fosse iliaque. Elle s'efforce de la libérer de ses adhérences à la paroi, aux organes voisins (vessie, utérus), pour pouvoir la saisir ensuite avec une pince et l'abaisser. Mais toutes ces manœuvres sont dangereuses, on risque de crever l'ampoule dont le contenu se répandra dans la cavité péritoineale. On risque, n'y voyant pas, de rompre des adhérences qui saignent et surtout de prendre pour l'ampoule, toute autre chose, une anse grêle, la vessie, l'uretère distendu. Aussi quand la recherche de l'ampoule est ainsi laborieuse, la plupart des chirurgiens préfèrent-ils abandonner la voie périnéale et passer par l'abdomen.

La *voie abdominale* a été proposée pour la première fois par un chirurgien de Shanghai, Mac Léod², puis pratiquée par Hadra³ (de Berlin), Delagénère⁴ et Civel, et par Kehrer⁵ (de Heidelberg). Ces trois cas malheureusement furent suivis de mort. Chalot⁶, plus heureux, réussit à sauver son opérée, une petite fille de six jours atteinte d'imperforation ano-rectale. Après avoir fait une incision au niveau de la fosse iliaque gauche, comme pour établir un anus artificiel, il attira au dehors l'am-

¹ Fochier. In Thèse de Robert, Lyon, 1896.

² Mac Léod. *Brit. med. Journ.*, 23 oct. 1880, p. 657.

³ Hadra. *Berlin. med. Gesells.*, 21 nov. 1888, in *Berlin. Klin. Wochens.*, 10 déc. 1888, p. 1018.

⁴ Delagénère. *Congrès français de Chirurgie*, 1893, p. 534.

⁵ Kehrer. *Berlin. Klin. Woch.*, 1894, p. 751.

⁶ Chalot. La colostomie ou sigmoïdostomie périnéale par la voie combinée dans l'absence congénitale de rectum. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 15 avril 1896, p. 318.

poule rectale, la vida de son contenu par une petite incision qu'il ferma par un point de suture en bourse, en laissant aux deux extrémités du fil toute leur longueur. Il se servit ensuite de ce fil pour attirer dans la plaie périnéale l'extrémité de l'intestin qu'il fixa comme dans le procédé ordinaire d'anus périnéal. Le succès opératoire fut brillant.

Cette opération est l'intervention type, celle qu'il faudrait pratiquer dans de pareilles circonstances, mais peut-être ne serai-t-il pas nécessaire, comme l'a fait Chalot, de vider l'ampoule. Il vaudrait mieux, si la chose était possible, la saisir avec une pince et l'attirer au périnée sans l'ouvrir.

La dernière opération dont il nous reste à parler est une opération de nécessité, celle qui permet de remédier immédiatement au principal danger, l'obstruction. Nous voulons parler de l'*anus artificiel*. Depuis la méthode antiseptique, on ne suit plus guère la voie lombaire que recommandait Callisen; elle est plus incommode, plus longue et moins sûre. C'est donc l'an us de Littré, l'an us iliaque que l'on pratiquera suivant la technique habituelle sur laquelle nous n'insisterons pas. Il nous faut cependant attirer l'attention sur une cause d'erreur rare, mais importante à connaître; c'est celle qui consiste à prendre pour le colon descendant l'uretère dilaté. Le fait est arrivé à Jeannel, à Le Dentu. L'erreur est donc facile. Kirrison¹ rapporte une observation où des anomalies multiples coïncidaient avec l'absence d'an us et de rectum. Il insiste sur l'énorme dilatation que présentaient les deux uretères.

L'an us iliaque est indiqué quand on est appelé au bout d'un temps plus ou moins long après le début des accidents, quand le petit malade épuisé est incapable de supporter une longue intervention. Il peut sauver des enfants voués à une mort certaine, mais c'est malheureusement au prix d'une terrible infirmité. Aussi les premiers accidents passés, a-t-on cherché à modifier cet état de choses et à créer secondairement un anus

¹ Kirrison. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris, 1898, p. 402.

périnéal. KRÖNLEIN le premier a réussi à remplacer par un anus normalement situé, un anus iliaque qu'il avait créé sept mois

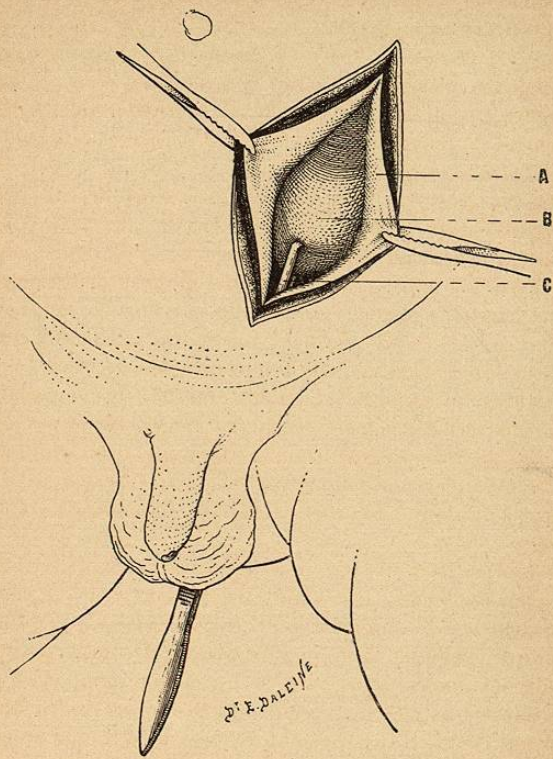


Fig. 12.

Absence congénitale du rectum. — *Laparotomie iliaque et abaissement de l'ampoule terminale* (LEJARS).

A, péritoine. — B, ampoule colique. — C, pince passée par le périnée, abaissant l'ampoule.

auparavant. LANNELONGUE, ANDREW, KIRMISSON, LEJARS ont agi de même. Une sonde ou une pince est introduite par l'anus iliaque dans la partie inférieure de l'ampoule qu'il tend à déprimer, à

refouler vers le fond du bassin. Par une incision périnéale médiane on va à la recherche de cette ampoule que l'on trouve facilement en se guidant sur la saillie de la pince. Il ne reste qu'à l'attirer et à la fixer.

EN CAS D'ABOUCHEMENTS ANORMAUX, les procédés opératoires deviennent évidemment plus complexes, puisqu'en dehors de l'établissement d'un anus normal, il faut se préoccuper de l'oblitération de la fistule.

Les *abouchements inférieurs* se faisant au scrotum chez l'homme, à la vulve ou à la partie tout inférieure du vagin chez la femme, sont de beaucoup les plus fréquents. C'est pour ces cas que MARTIN (de Lyon) avait autrefois proposé la section complète. Une sonde cannelée introduite par l'orifice de la fistule venait faire saillie au périnée; on incisait délibérément tous les tissus soulevés. Il ne restait plus qu'à reconstituer la région en employant n'importe lequel des procédés de colpo-périnéorraphie mis en usage pour réparer une déchirure complète. C'est une mauvaise opération, nécessitant des délabrements considérables, et bien inférieure au procédé suivant auquel KIRMISSON a donné le nom très juste de *transplantation de l'anus*.

Proposé par DIEFFENBACH, modifié par NÉLATON, il a été mis en pratique avec succès par RIZZOLI, KIRMISSON¹, surtout chez les enfants du sexe féminin. Dans ce procédé, on va à la recherche de l'ampoule comme si l'imperforation était complète, mais on se guide néanmoins dans cette recherche par une sonde introduite dans la fistule. L'ampoule découverte est isolée, sauf en avant où siège le trajet anormal. Ce trajet est sectionné en dernier lieu et l'orifice de section plus ou moins élargi, est amené et suturé au centre de l'incision périnéale où il constituera l'anus définitif. Il est inutile de suturer l'orifice ou la partie vaginale du trajet devenue un cul-de-sac borgne. L'oblitération s'en fait spontanément.

¹ KIRMISSON. *Bull. médic.*, 4 février 1891, n° 10, et *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 305.

On agirait absolument de même en cas d'abouchement anormal au scrotum ou à la partie inférieure de la verge. Le trajet est alors plus difficile à cathétériser et à sectionner.

Les *abouchements élevés* ne peuvent être atteints que par la voie abdominale. L'anus contre nature permettra de dériver le cours des matières et l'on se comportera suivant les circonstances pour détruire le trajet anormal. Secondairement on se préoccupera de rétablir l'anus à la région périnéale, suivant la technique que nous avons indiquée plus haut.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES CHEZ L'ADULTE

On observe chez l'adulte des malformations d'origine congénitale, mais qui, cliniquement, ne se manifestent que tardivement.

Anatomie pathologique. — Nous avons vu plus haut qu'il pouvait exister certaines oblitérations incomplètes laissant un passage suffisant aux matières fécales. Ce sont des *valvules*, de forme et d'étendue variables, mais dont la caractéristique est d'être absolument souples. Elles semblent constituées par un simple repli de la muqueuse, et de fait, elles sont ordinairement très minces, et sur une coupe, entre les deux couches de muqueuse, on ne trouve que bien peu de tissu conjonctif interposé. La tunique musculaire ne prend aucune part à la formation de ces valvules. Cette structure explique le peu de troubles fonctionnels qu'elles provoquent et le fait qu'elles passent si longtemps inaperçues.

Parfois pourtant ces valvules sont ou deviennent plus épaisses ; elles constituent alors de véritables *brides* saillantes, formant dans l'intérieur de l'ampoule rectale, un relief comparé à un éperon. Elles siègent d'ordinaire sur la paroi postérieure à 3 centimètres environ au-dessus de l'anus, à l'union, par conséquent, du canal anal et de l'ampoule. Peut-être faut-il voir dans ce siège la marque d'une condition pathogénique spéciale, la trace d'un arrêt de développement.

Ces brides peuvent être épaisses, solides, résistantes ; dans

une observation de TILLAUX, la bride mesurait 1 centimètre de hauteur sur 2 centimètres de largeur. Elle avait la résistance du *tissu cicatriciel*, ce qui nous donne à penser que peut-être la malformation congénitale ne se présente plus seule dans ce cas. La valvule souple que nous avons décrite précédemment peut sans doute s'épaissir, s'enflammer, sous l'influence de la rectite qu'à la longue l'obstruction finit par favoriser. Il en résulte une sorte de cercle vicieux : la présence de la bride favorise la rectite et cette dernière épaissit la bride.

D'ailleurs, comme dans les rétrécissements inflammatoires que nous étudierons plus loin, on note au-dessus de la bride une dilatation sus-stricturale où s'arrêtent les matières fécales et qui peut présenter des ulcérations, point de départ de fistules. Parfois, nous l'avons dit, ces fistules commencent soit au niveau du rétrécissement, soit même au-dessous.

On comprend que la bride étant limitée, les lésions de rectite le soient aussi et n'arrivent pas d'ordinaire à amener la production d'un véritable rétrécissement ; nous n'en devons pas moins attirer l'attention sur ces accidents inflammatoires qui peuvent venir se greffer sur une lésion congénitale et arriver parfois à modifier profondément son aspect clinique.

Symptômes. — Ces rétrécissements *congénitaux* peuvent passer longtemps inaperçus. Rien ne vient signaler leur présence pendant l'enfance et l'adolescence : ils ne donnent lieu à des symptômes sérieux que chez l'adulte. Ce sont d'abord des troubles rectaux vagues, constipation, gêne plutôt que douleur pendant la défécation. Comme dans tout rétrécissement il y a une période de compensation pendant laquelle le réservoir musculaire situé au-dessus se contractant vigoureusement, triomphe de l'obstacle, mais à la longue, les muscles s'affaiblissent, le rétrécissement s'accuse et des accidents d'obstruction chronique se manifestent d'ordinaire vers trente, quarante ou cinquante ans.

Ces troubles d'obstruction se compliquent encore de phénomènes de rectite et c'est moins souvent pour une constipation rebelle que pour un abcès ou une fistule que le malade vient

consulter. TILLAUX⁴ a insisté sur les caractères particuliers de cette variété de rétrécissements. « Il arrive que les matières fécales ne sont ni passées à la filière, ni téniformes, elles sont *triangulaires* à cause de la bride fibreuse inextensible. Les malades présentent des abcès à répétition qui, s'ouvrant à l'extérieur, restent fistuleux pendant un certain temps, puis se ferment. Un autre abcès se développe soit au même endroit, soit à côté ou du côté opposé. Cela dure ainsi pendant des années, jusqu'à ce que les fistules deviennent permanentes. Il n'est pas rare de voir attribuer ces fistules à une lésion osseuse, car elles remontent souvent très haut et sont multiples. »

Ce rétrécissement ne gêne que très médiocrement les malades qui n'attirent pas l'attention sur ce point. Mais si, prévenu de son existence possible, on fait le toucher rectal, on sent très facilement à 2 ou 3 centimètres de l'anus, une bride dure, saillante, repli falciforme se perdant sur les parties latérales. C'est *au niveau ou au-dessous de cette bride* que pénètre dans le rectum le stylet introduit par l'orifice externe de la fistule (TILLAUX). Au-dessus de la valvule est une dilatation, une sorte de cul-de-sac de l'ampoule rectale, au niveau de laquelle la muqueuse est enflammée, ulcérée comme dans un rétrécissement inflammatoire. Si nous insistons sur ces phénomènes de rectite, c'est que d'ordinaire ils tiennent le premier rang : ils peuvent même être la cause de véritables rétrécissements inflammatoires qui se produisent à la longue.

BOECKEL a attiré l'attention sur un autre accident que peuvent provoquer ces rétrécissements, le *prolapsus*. Le bol fécal arrêté par la valvule la refoule pendant les efforts de défécation et pourrait ainsi entraîner progressivement tout le rectum au dehors.

Diagnostic. — C'est en cherchant la cause de la rectite ou l'origine de la fistule dont le malade se plaint que, faisant le toucher rectal, on tombe sur une de ces brides souples, mobiles, sur un de ces diaphragmes sans étendue qui ne rappellent en rien les lésions d'origine inflammatoire.

⁴ TILLAUX. *Chirurgie clinique*, t. II, p. 650.

Le *rétrécissement cylindrique congénital* se rapproche davantage des rétrécissements de forme analogue, cicatriciels ou inflammatoires, mais il s'en distingue par sa consistance et par sa mobilité. Cette mobilité verticale peut même tromper sur son siège réel et TRÉLAT insistait sur ce point. Le toucher rectal refoule ces rétrécissements et les fait paraître haut situés : vient-on à dépasser leurs limites avec le doigt en crochet ou avec un instrument qui les attire en bas, ils paraissent commencer à l'anus ; en réalité leur siège est à peu près constant à 3 centimètres de l'anus.

Le diagnostic est plus délicat quand, sous l'influence de la rectite qui dure, un véritable rétrécissement inflammatoire est en train de se constituer au niveau de la bride congénitale.

Pronostic. — Le pronostic est relativement très favorable, car le traitement, s'il n'est pas trop différé, est très efficace. La suppression de la cause entraîne rapidement la disparition des accidents.

Traitement. — Le traitement consiste, dans les cas simples, à faire la section de la bride, section qu'on doit faire profonde, car il faut intéresser tout le tissu fibreux. On peut, si on le juge nécessaire, curetter et cautériser les trajets fistuleux, mais le plus souvent la chose n'est pas indispensable. Le résultat est très bon ; au bout de quelques jours l'écoulement rectal diminue considérablement, presque toutes les fistules se ferment. S'il en persistait une ou deux, on les traiterait plus tard, comme toutes les fistules anales, par l'incision ou l'excision.

Un rétrécissement annulaire résisterait à une simple section ; il en faut faire l'extirpation complète, sa mobilité permettant de l'abaisser facilement à travers l'anus dilaté.

On réserverait aux cas exceptionnels de rétrécissements cylindriques étendus déjà rendus un peu fixes par des adhérences inflammatoires, l'opération de KRASKE.