

## LIVRE XII

## MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM

## CHAPITRE PREMIER

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

Les vices de conformation de l'anus et du rectum peuvent être divisés en *vices curables* et *vices incurables*. Les vices curables sont :

- 1° Les rétrécissements congénitaux ;
- 2° Les imperforations simples ;
- 3° Les imperforations avec un canal accidentel ouvert à l'extérieur, ou bien avec embouchures anormales ;
- 4° Les absences totales ou partielles du rectum.

Les vices de conformation associés à des anomalies complexes forment un groupe de maladies complètement au-dessus des ressources de l'art chirurgical. Je me contenterai d'en signaler l'existence, et me bornerai à faire l'histoire des vices de conformation de l'anus et du rectum dont le médecin peut entreprendre la guérison ; je consacrerai, en outre, quelques lignes à l'étude des causes qui ont présidé aux vices de conformation de l'anus et du rectum.

**Causes qui ont présidé aux vices de conformation de l'anus et du rectum.** — Le sexe et l'influence héréditaire n'ont aucune part à la production de ces difformités ; leur cause varie suivant la nature même du vice de conformation de l'anus et du rectum. A ce point de vue, il faut séparer les vices de conformation en deux classes :

- a. *Vices congénitaux par resserrement ou oblitération ;*
- b. *Anomalies avec clôture membraneuse accompagnée ou non de communications anormales.*

Les rétrécissements congénitaux occupent seuls la première catégorie. Tantôt la coarctation existe à l'anus seulement, tantôt elle s'élève plus haut et le canal devient plein, ou bien il subit une transformation fibreuse ou celluleuse ; à un degré plus élevé, il disparaît. La cause de ces vices congénitaux est, ainsi que l'a démontré J. Guérin, dans la rétraction musculaire.

Les anomalies avec clôture membraneuse se présentent en première ligne dans le deuxième groupe. L'anus et le rectum, isolés à une certaine période de la vie embryonnaire, procèdent, le premier du feuillet séreux, le second du feuillet muqueux. Ils marchent à la rencontre l'un de l'autre ; leurs extrémités s'adossent, et le conduit commun est formé lorsque la cloison de séparation a été résorbée.

Si l'évolution complète et la réunion des feuillets blastodermiques est entravée, il est aisé de comprendre qu'au lieu d'un rectum normal, il se formera un anus sans rectum ou un rectum sans anus ; si la cloison de séparation persiste, le rectum sera imperforé.

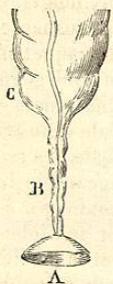


FIG. 92. — Rectum terminé par un cordon fibreux.

Dans une autre espèce de vice de conformation, le rectum se termine par un cordon fibreux (fig. 98). Cette sorte de transformation de la partie inférieure du tube intestinal serait le résultat d'une phlegmasie développée pendant la vie intra-utérine, qui provoquerait d'abord l'adhérence des parois intestinales, puis leur rétraction et leur transformation en un cordon fibreux B. Indiquée par Lassus, cette étiologie est celle que Cruveilhier adopte pour tous les vices de conformation de la partie inférieure du tube digestif (1).

Durant la vie embryonnaire, le rectum et la vessie communiquent, les voies génitales aboutissent à un cloaque commun. Si nous supposons que le cloisonnement qui doit amener, d'une part, la formation d'un canal spécial pour l'excrétion de l'urine et pour le passage des matières fécales, et, d'une autre part, celle d'une voie génitale ; si nous supposons, disons-nous, que ce cloisonnement soit incomplet, nous observerons des imperforations avec un canal accidentel ouvert à l'extérieur, ou bien avec un orifice aboutissant dans la vessie, dans le vagin. Ainsi, l'arrêt de développement rend complètement compte des vices congénitaux caractérisés par des imperforations simples ou accompagnées de communications anormales.

## ARTICLE PREMIER

## APPENDICE CAUDAL RÉTRÉCISANT L'ANUS

Voici un exemple de ce vice de conformation :

**OBSERVATION. — Appendice caudal ; excision.** — Un nouveau-né fut présenté au docteur Laforgue, portant, à l'extrémité de la région coccygienne, un appendice en forme de queue de 6 centimètres de long, libre, indolore, et flottant entre les fesses de l'enfant. De la grosseur du petit doigt à son origine, cet appendice arrondi s'élargissait vers son extrémité libre et se terminait par une surface épaisse et renflée ayant à peu près la forme et la dimension d'une pousse d'adulte. C'est une tumeur charnue, ayant la couleur et la consistance de la région fessière, s'insérant directement par un collet, un pédicule, à la peau qui recouvre le coccyx dans l'espace compris entre cet os et l'orifice de l'anus ; de sorte qu'elle paraissait être la continuation des parties charnues auxquelles elle adhérait. L'orifice anal en était tellement rétréci que depuis la naissance, datant de cinq jours, l'évacuation du méconium n'avait pu se faire, malgré un purgatif huileux. Le ventre était météorisé, douloureux ; l'enfant vomissait le lait.

M. Laforgue procéda à l'évacuation du méconium au moyen de sondes élastiques progressivement plus volumineuses et conseilla l'ablation de cette excroissance après le rétablissement de la santé de l'enfant. Elle fut pratiquée quelques jours après avec l'instrument tranchant, qui détermina une hémorrhagie, ce qui n'eût pas eu lieu avec l'écraseur. Autrement, le succès fut complet (2).

## ARTICLE II

## RÉTRÉCISSEMENT DE L'ANUS

Les rétrécissements de l'anus et du rectum sont caractérisés par une ouverture de l'orifice anal et de la cavité rectale à un degré moindre que dans l'état naturel. L'anus et le rectum peuvent offrir tous les degrés de rétrécissement, depuis l'orifice où l'on introduit avec peine la pointe d'une épingle, comme dans l'exemple rapporté par Scultet, jusqu'à l'orifice par lequel le méconium peut sortir, mais dont les matières fécales ne sortent qu'avec la plus grande difficulté, comme chez le malade de Boyer. Dans la majorité des cas, le rétrécissement congénital ne s'élève pas au delà de l'anus. Les rétrécissements consistent tantôt en une simple

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1849, t. I.

(2) Laforgue, *Journ. de méd. de Toulouse*, janvier.

diminution dans les diamètres de l'ouverture anale ou de la cavité rectale, tantôt dans des plicatures multiformes saillantes dans le rectum, et qui, selon leur degré de développement, peuvent gêner le rôle physiologique de la dernière portion du gros intestin.

Les signes du rétrécissement congénital sont l'absence ou la rareté du méconium dans les linges dont l'enfant est enveloppé, le ballonnement progressif et douloureux de l'abdomen, les vomissements; le signe pathognomonique est fourni par l'inspection directe de l'anus.

Chez les nouveau-nés atteints de rétrécissement de l'anus et du rectum, le médecin doit immédiatement agir. Si le rétrécissement est très-minime, il doit rendre au rectum son diamètre normal, en introduisant dans sa cavité une bougie ou un petit morceau d'éponge préparée; si le rétrécissement est considérable, et si les accidents développés du côté de l'intestin menacent l'existence de l'enfant, il devra chercher à agrandir l'ouverture avec le bistouri conduit sur une sonde cannelée, soit en incisant l'anus d'un côté ou des deux côtés, suivant le degré de rétrécissement. Dès que l'incision est faite, le méconium s'écoule et les symptômes de rétention cessent. Pour s'opposer à la réunion des bords de l'incision, on introduit une mèche enduite de cérat, dont on augmente le volume graduellement, et que l'on renouvelle chaque fois que l'enfant rend ses excréments, et l'on continue plusieurs mois l'usage de la mèche ou d'une canule de caoutchouc.

## ARTICLE III

## IMPERFORATIONS SIMPLES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Les imperforations simples de l'anus et du rectum sont produites par une occlusion au niveau de l'ouverture terminale du rectum; cette occlusion peut être formée par la peau, et alors le raphé se prolonge sur la peau qui clôt l'orifice anal, au-dessus le rectum se termine en cul-de-sac adhérent: tel est le cas rapporté par Saviard.

L'anus peut être fermé au-dessus du sphincter par la muqueuse, ainsi que J.-L. Petit en a rapporté un exemple.

J.-L. Petit a fait connaître un autre mode d'imperforation de l'anus ainsi caractérisé: le sphincter contracté fait corps avec l'extrémité inférieure du rectum, et l'anus est remplacé par une partie résistante assez épaisse, au milieu de laquelle adhère le rectum ordinairement dilaté en ampoule. Enfin, Voillemier (1) a vu un enfant chez lequel la fin du tube intestinal était divisée par des diaphragmes en quatre portions distinctes, dont la première contenait seule du méconium et des gaz, et les autres renfermaient du mucus épais.

De quelque nature que soit l'imperforation de l'anus, lorsque les matières fécales ne peuvent pas sortir, elles s'accumulent dans l'intestin, le distendent et engendrent des accidents mortels, si le nouveau-né n'est promptement secouru.

**Symptômes.** — Les symptômes qui caractérisent les imperforations simples de l'anus et du rectum sont: l'absence du méconium dans les linges qui entourent l'enfant, le ballonnement et la sensibilité du ventre, les efforts et les cris, les nausées, bientôt suivies de vomiturations et de vomissements jaunes ou verts; le visage rouge, les yeux saillants, le développement des veines jugulaires, le hoquet, les mouvements convulsifs. Appelé près d'un enfant ayant ces symptômes, le chirurgien examine attentivement l'anus, et reconnaît aisément l'imperforation et la nature de

(1) Voillemier, *Gazette des hôpitaux*, 1846.

ce vice de conformation à la présence d'une membrane saillante, bleuâtre et donnant, par la pression, une sensation de fluctuation.

**Traitement.** — Chez les enfants affligés d'imperforations simples, la conduite du chirurgien sera facile à tenir; il pratiquera avec le bistouri, dans l'endroit où l'ouverture anale devrait se trouver, une incision simple, superficielle si l'imperforation est formée seulement par la peau ou par la muqueuse, profonde si elle est constituée par la couche musculo-cellulaire. Il pourra recourir, ainsi que l'a fait Bouisson (1), à une incision cruciale (fig. 93). Le chirurgien sera averti que l'obstacle au cours des matières intestinales est levé par l'issue du méconium. Après l'opération, un lavement sera administré à l'enfant et la plaie sera pansée tous les jours suivants avec une mèche enduite de cérat. Malgaigne, pour éviter les rétrécissements consécutifs aux oblitérations du rectum situées à quelque distance de l'anus, recommande le procédé suivant. On porte le petit doigt dans l'anus, on reconnaît la cloison, puis on agrandit l'anus en avant d'un coup de bistouri; alors,

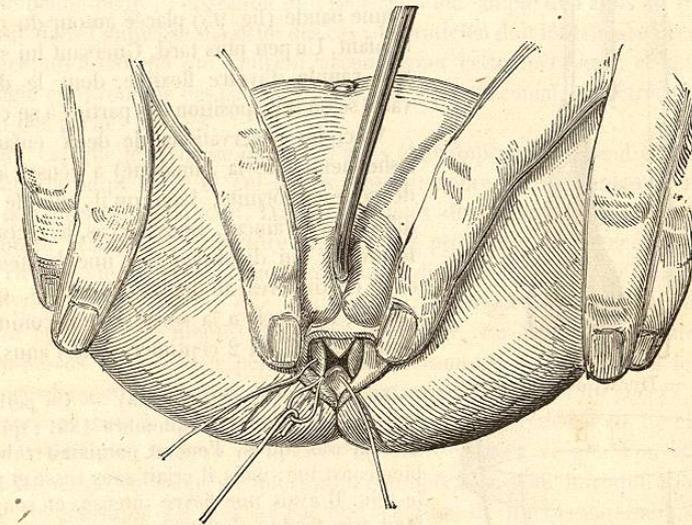


FIG. 93. — Incision cruciale dans l'imperforation de l'anus.

l'enfant poussant de lui-même, on voit apparaître, à chaque effort, la cloison rectale jusqu'au niveau de la peau. On la saisit avec des pinces à dents de souris, on la fend en croix et l'on excise les deux angles postérieurs; après quoi on vide le rectum du méconium qu'il contient. Quant aux angles antérieurs, après les avoir dépouillés de leur muqueuse, du côté de l'anus, on les attire jusqu'au niveau de l'incision cutanée à laquelle on les réunit par quelques points de suture entrecoupée.

Lorsque l'extrémité du doigt indicateur introduit dans le cul-de-sac anal ne perçoit, sous l'influence de la pression du ventre ou des efforts de l'enfant, ni une certaine mollesse, ni une fluctuation obscure, on doit supposer, ou que le rectum manque, ou qu'il est séparé par un opercule épais. Dans ces cas, J. L. Petit a proposé la ponction avec le trocart, de préférence à l'incision avec le bistouri. Guersant a été conduit à adopter cette manière de faire.

Le trocart destiné à ces opérations, devant être d'un diamètre plus petit que celui

(1) Bouisson, *Des vices de conformation de l'anus et du rectum*, thèse de concours. Paris, 1851.

des trocarts à hydrocèle, constitue un instrument spécial (1) ; Guersant a eu l'idée de faire creuser la tige, ainsi que la canule, d'une rainure (fig. 94).

Lorsque l'instrument a pénétré dans l'ampoule rectale, la tige est retirée et la canule est maintenue en place pour remplir l'office d'une sonde cannelée pour le

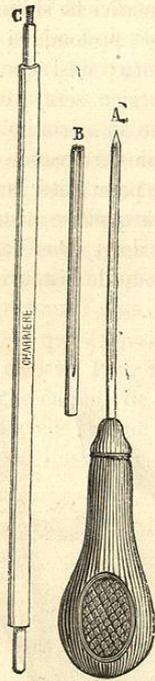


FIG. 94. — Trocart de Guersant (\*).

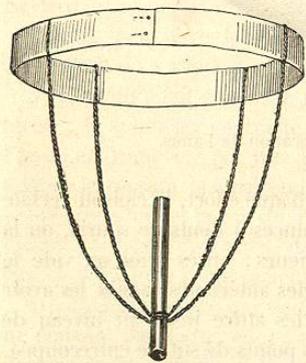


FIG. 95. — Appareil pour maintenir la sonde dans le cas d'opération d'imperforation de l'anus.

un long bistouri pointu qu'il enfonce dans l'intestin à travers la membrane obturante. Un flot de méconium s'échappa. L'index fut alors poussé avec force à travers l'ou-

(1) Guersant, *Bull. de thérapeutique*, 1855, t. XLIX, p. 17. — Voyez aussi I. Holmes, *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, trad. par O. Larcher. Paris, 1870.

(\*) A, pointe; B, canule; C, tire-fond servant d'emporte-pièce.

débridement des parties. Afin de faciliter le mouvement de cette portion de l'instrument, Guersant a fait pratiquer à son extrémité libre un pas de vis, qui permet d'y fixer une longue tige. Cette tige, dans la gravure, est couverte d'un bout de sonde; c'est qu'en effet, lorsque la continuité de l'intestin a été rétablie, la canule et cette tige, ainsi réunies, forment un long mandrin, sur lequel on fait glisser une sonde destinée à s'opposer à l'adhérence des parois du trajet nouvellement créé. Cette sonde est fixée à l'aide de fils à une bande (fig. 95) placée autour du corps de l'enfant. Un peu plus tard, Guersant lui substitue une canule d'ivoire flexible, dont le diamètre varie selon la disposition des parties à se coarcter.

Voici les observations de deux enfants que Ashenheim (de la Jamaïque) a réussi à guérir de cette difformité, bien qu'il eût de graves difficultés à vaincre. Dans un cas, le rectum était fermé par un diaphragme à une hauteur de 7 à 8 centimètres au-dessus de l'anus, et, dans l'autre, l'obstacle à la sortie du méconium était seulement à 1 ou 2 centimètres de l'anus.

OBSERVATION I. (Ashenheim). — Un petit nègre vint au monde le 17 septembre 1851; quarante-huit heures après, l'enfant paraissait robuste et bien constitué; mais il criait sans cesse et refusait le sein. Il avait une fièvre intense, et son ventre était très-tendu; il n'avait rien rendu par l'anus depuis sa naissance. Ashenheim examina l'anus, qui lui parut normal; il y introduisit aisément son petit doigt. Une sonde de gomme élastique pénétra jusqu'à une profondeur de près de trois pouces, et s'arrêta là dans le cul-de-sac. Ashenheim se décida alors à pratiquer une opération. Il commença par débrider l'anus en arrière, et put ainsi introduire l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'obstacle. Faisant alors exercer des pressions sur l'abdomen, il sentit sur le bout de ce doigt le choc des matières contenues dans l'intestin au-dessus de l'obstacle. Aussitôt il conduisit sur la pulpe de l'index, de manière à protéger la vessie,

verture, afin de l'agrandir. Ashenheim voulut d'abord tenir une tente de linge à demeure dans cette ouverture; il réussit à l'y introduire, mais il ne put l'y maintenir. Il atteignit le même but en dilatant l'ouverture plusieurs jours de suite avec le petit doigt. L'enfant guérit très-bien.

OBSERVATION II (Ashenheim). — Le 7 novembre 1851, une petite fille de couleur, née depuis vingt heures, n'avait encore rien rendu par l'anus. Du reste, il n'y avait aucun accident; le ventre n'était ni tuméfié, ni douloureux. L'anus était bien conformé. Le petit doigt, introduit dans cette ouverture, pénétra jusqu'à une profondeur d'un demi-pouce, et rencontra à ce niveau un obstacle flexible, comme fluctuant, et paraissant constitué par une cloison membraneuse. Un stylet porté dans le fond du cul-de-sac fut poussé avec une certaine force, et pénétra à travers l'obstacle. On le retira recouvert de méconium. Alors le chirurgien introduisit l'index dans l'anus, et, pressant avec force sur la membrane obturante, il réussit à la rompre. Il s'écoula aussitôt une certaine quantité de méconium assez consistant. Une mèche fut laissée à demeure dans l'ouverture. Peu de jours après, l'enfant était parfaitement guérie.

Faite de bonne heure, l'opération de l'imperforation simple de l'anus ou du rectum réussit dans l'immense majorité des cas; le praticien doit toutefois se prémunir contre quelques accidents qui peuvent accompagner cette opération: ce sont une hémorrhagie en thrombus des parois rectales, un abcès méconial, un rétrécissement au niveau des parties incisées.

Dans les cas que je viens de décrire, l'anus était imperforé, mais il existait. Le petit doigt introduit dans le cul-de-sac pouvait apprécier si l'ampoule rectale était ou non adossée à son fond. Dans les variétés dont nous abordons l'étude, il n'y a point de vestige de l'ouverture anale. Ici le problème commence à se compliquer; rien ne vient guider le chirurgien sur la distance à laquelle devront porter ses tentatives; cependant ce que j'ai dit du développement isolé et distinct du rectum et de l'anus montre qu'il doit intervenir, car l'ampoule rectale peut exister au-dessus du plancher périnéal. Une incision est pratiquée dans le point occupé normalement par l'orifice anal, à 3 centimètres en avant du coccyx, et dirigée en arrière, dans la direction du raphé, jusqu'à la pointe de cet os. Le bistouri divise successivement la peau et le tissu cellulaire jusqu'à ce que l'on atteigne l'intestin. De temps en temps on interrompt son opération pour introduire le doigt indicateur, et s'assurer s'il n'existe pas une sensation de fluctuation indiquant la présence de l'ampoule rectale. Le bistouri doit toujours être dirigé vers le milieu de la face antérieure du sacrum. Avant d'avoir atteint ce niveau, le succès peut venir couronner la tentative du chirurgien, ainsi que le prouve le fait suivant (1):

OBSERVATION III. — Roux (de Brignoles) fut appelé, en mai 1833, auprès d'un enfant âgé de deux jours et qui ne présentait aucun vestige d'anus. Quand cet enfant pleurait, on ne voyait dans la région anale aucun mouvement, aucune saillie qui pût faire présumer que le rectum n'était pas loin. Malgré cette circonstance en apparence si défavorable, ce chirurgien résolut immédiatement, ne fût-ce qu'à titre d'opération exploratrice, d'inciser le périnée dans sa région moyenne, afin de rétablir la continuité du tube digestif si le rectum existait. Il procéda de la manière suivante: « Le malade placé sur les genoux d'un aide, comme pour l'opération de la taille, j'incisai la peau, dit Roux, dans l'étendue de dix lignes et en suivant exactement la direction du raphé, qui n'existait point dans le périnée. Les bords de la plaie ayant été écartés, je découvris les fibres des muscles du sphincter, dont les bords internes se touchaient et avaient une forme directe, et qui se contractaient circulairement avec beaucoup de force, pendant que l'enfant pleurait.

« Je continuai l'incision devant moi, en dirigeant le tranchant de l'instrument en

(1) J.-N. Roux, *Observation d'imperforation de l'anus et de l'urèthre* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1835, t. IV, p. 183).

arrière vers le coccyx. Cela fait, je me trouvai à la profondeur d'un pouce dans cette masse de tissu cellulaire. Je quittai le scalpel ordinaire, qui me rendait la dissection peu facile, et je m'armai d'un bistouri droit que je dirigeai dans l'intérieur du bassin la pointe tournée obliquement en haut et en arrière pour éviter la vessie. Je sentis bientôt que je me trouvais dans une cavité que je soupçonnai être le rectum; et en relevant le manche je retirai la lame de l'instrument pour agrandir l'incision intérieure. Un flot de méconium sortit lentement et annonça la réussite de ma tentative. Je fis alors des injections abondantes d'eau de mauve, afin de débayer l'intestin au plus vite et d'amener un soulagement prompt et complet; ce qui eut lieu en peu de temps et me permit de porter un pronostic un peu plus favorable. La première phalange du doigt indicateur put entrer dans toute la profondeur de la plaie, que je pansai avec une grosse mèche de charpie enduite de cérat.

» Les pansements furent faits de la même manière pendant quinze jours, après lesquels ayant été suspendus, il s'éleva des bords de la plaie des bourgeons charnus qui gênèrent le passage des matières fécales, occasionnèrent des coliques fréquentes et produisirent un phénomène fort remarquable dont je vais parler: le petit malade avait été soulagé immédiatement après l'opération, ses pleurs s'étaient apaisés, il avait reposé, pris le sein de sa nourrice et digéré le lait qu'il avait rejeté jusque-là; la peau avait perdu cette teinte jaune que j'ai signalée; la figure s'était épanouie; l'urine, claire et limpide, était lancée à une grande distance; les excréments étaient de consistance convenable. Dès que l'ouverture que j'avais pratiquée au rectum commença de s'obstruer, les selles devinrent difficiles et plus rares; les urines, après être passées fort belles, furent suivies d'une petite quantité de matières excrémentielles. L'incision ayant été agrandie du côté du coccyx, les selles redevinrent faciles et, pendant quelques jours, les urines passèrent seules par l'urèthre. Les bourgeons charnus s'étant élevés de nouveau, les matières fécales passèrent une seconde fois par le canal et toujours après l'issue des urines, dont la couleur et la consistance ne furent jamais altérées. Je fis alors placer dans l'anus artificiel de grosses bougies courtes et entourées de linge enduit de cérat; je fis cautériser les bourgeons avec le nitrate d'argent; et l'ouverture étant ainsi conservée d'une dimension suffisante, il ne reparut plus d'excréments par l'urèthre. La cicatrisation s'est opérée en conservant une ouverture convenable; le pourtour de cet anus artificiel s'est plissé comme un orifice naturel, et les fonctions de la défécation, en s'exécutant, ont permis à l'enfant de prendre un embonpoint qui fait espérer à l'opérateur un succès durable et à la famille un successeur robuste. »

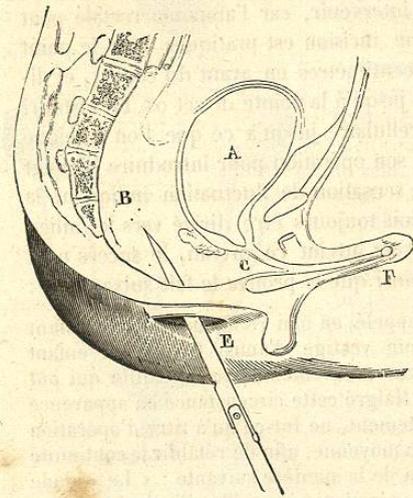


Fig. 96. — Imperforation de l'anus (\*).

La figure 96 fait comprendre ce vice de conformation du rectum et les circonstances anatomiques qui ont permis le passage momentané des matières excrémentielles par le canal de l'urèthre. L'examen d'un assez grand nombre de pièces présentant cette sorte d'anomalie nous a montré que si l'on pouvait accepter la position de la vessie A et de l'ouverture périnéale E comme exacte, il n'en est pas de même des autres parties; le cul-de-sac péritonéal D se termine trop haut; le rectum B est trop étendu, ainsi que le trajet fistuleux par lequel il se termine dans l'urèthre C. Quoi qu'il en soit de l'inexactitude de ces détails, ce dessin, qui donne une vue d'ensemble des rapports des

(\*) A, intérieur de la vessie; B, intérieur du rectum; C, terminaison supposée du rectum en avant du col de la vessie; D, excavation de l'abdomen, tapissée par le péritoine; E, incision des téguments; F, ouverture du méat.

organes contenus dans le petit bassin, pouvait être utile aux praticiens, et nous n'avons pas hésité à le placer sous leurs yeux. Une omission que nous devons réparer ici, c'est que le petit malade de Roux présentait, en outre, un hypospadias, avec imperforation du canal de l'urèthre. L'oblitération, placée à la base du gland, était produite par une membrane fort mince F; la pointe mousse d'un petit stylet suffit pour la briser, et l'enfant urina immédiatement.

## ARTICLE IV

## IMPERFORATION DE L'ANUS ET DU RECTUM, AVEC COMMUNICATIONS ANORMALES DE CET INTESTIN

Je diviserai ces imperforations en trois catégories.

Première catégorie: Imperforations avec ouverture du rectum à la surface cutanée.

Deuxième catégorie: Imperforations avec ouverture du rectum dans la vessie ou l'urèthre (chez l'homme et chez la femme).

Troisième catégorie: Imperforation avec ouverture du rectum dans la matrice et le vagin.

## § I. — Imperforations avec ouverture du rectum à la surface cutanée.

Dans ce vice de conformation, la fin du tube intestinal aboutit à un des points de la circonférence du bas-ventre, où il fait fonction d'anus.

Bouisson (1) rapporte une observation curieuse de ce vice de conformation recueillie à la clinique de Delmas.

OBSERVATION I (Delmas). — Enfant de sept à huit jours né avec une imperforation de l'anus et avec une petite ouverture fongueuse, rouge et excoriée qui existait à 0<sup>m</sup>,02 de la ligne médiane du côté de la fesse droite. Par cette ouverture suintaient constamment les matières fécales dont la liquidité permettait une issue assez facile. Il s'agissait d'une véritable fistule à l'anus congénitale, que Delmas opéra, en même temps qu'il remédia par une incision à l'imperforation. La membrane obturatrice était cutanée, muqueuse, avec conservation du sphincter. Delmas l'incisa et introduisit son doigt dans le rectum; là il reconnut, à une faible hauteur, le bec d'une sonde cannelée engagée dans l'ouverture accidentelle voisine. L'opération fut alors pratiquée comme chez l'adulte et suivie de la guérison rapide du nouveau-né.

Denonvilliers a présenté, en 1850, à la Société de chirurgie l'observation d'un nouveau-né qu'il avait guéri d'une perforation anale avec trajet anormal.

Dans des cas semblables à ceux qui se sont offerts à Delmas et à Denonvilliers, le chirurgien diagnostique aisément la nature du vice de conformation, et ne devra pas hésiter à tenter l'opération pratiquée par le chirurgien de Montpellier.

## § II. — Imperforations avec ouverture du rectum dans la vessie ou l'urèthre.

1<sup>o</sup> Chez l'homme. — Cette espèce d'imperforation est caractérisée par l'ouverture du rectum, dans le bas-fond de la vessie, entre les urètres, dans le col de la vessie, ou dans la portion membraneuse de l'urèthre (fig. 97), par un orifice fort petit ou par un canal étroit. Au-dessous de l'orifice anormal, le rectum est quelquefois immédiatement oblitéré, quelquefois prolongé, sous forme de sinus d'une étendue variable. Ces anomalies présentent, outre les signes des imperforations

(1) Bouisson, thèse citée, Paris, 1851.