

simples, l'écoulement de méconium et l'expulsion de gaz par la voie des urines; elles sont suivies de mort en général très-rapidement: cependant Flajani cite l'observation d'un enfant qui vécut plusieurs mois avec ce vice de conformation.

Si l'imperforation anale siège à une grande hauteur et si la communication entre le rectum et les voies urinaires est grande, ce vice de conformation peut échapper

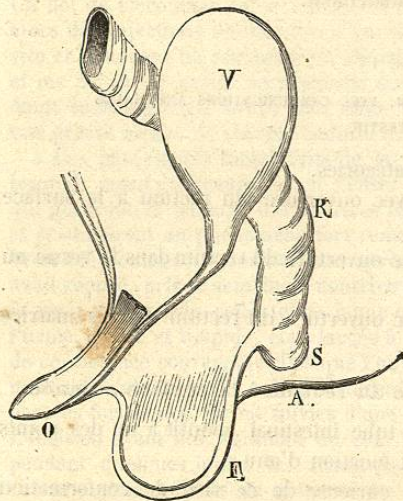


FIG. 97. — Imperforation du rectum avec canal accidentel s'ouvrant à la surface du scrotum (\*).

à l'investigation du chirurgien. L'absence de selles, les coliques, la couleur jaune du linge, trouvent leur explication dans la constipation et l'écoulement d'urine habituel. Une pareille méprise dans le diagnostic est très-fâcheuse, elle laisse le nouveau-né dans un état de souffrance très-grand et qui peut causer une cystite promptement mortelle; mais elle ne peut pas se prolonger longtemps pour un médecin attentif.

Lorsque le médecin aura constaté que l'anus n'est oblitéré que par une petite membrane, il devra ouvrir le rectum par la voie naturelle.

Danyau a rapporté l'observation suivante :

OBSERVATION II. — Enfant nouveau-né chez lequel existaient les dispositions suivantes: anus imperforé; raphé scrotal déprimé, offrant, un peu en arrière de sa partie moyenne, une petite saillie allongée dont la transparence laisse deviner derrière elle la présence du méconium. Au moment où

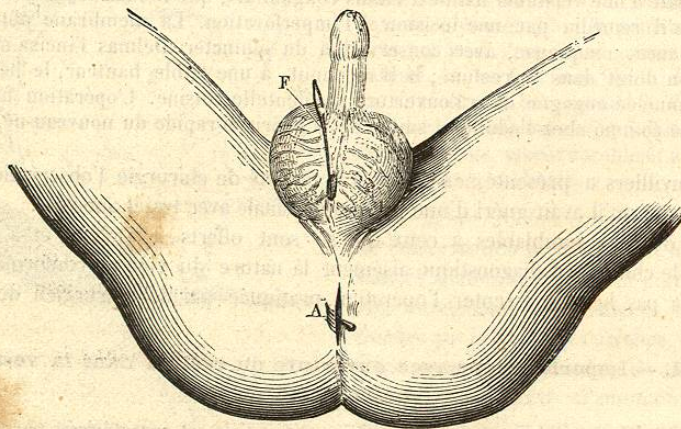


FIG. 98. — Imperforation de l'anus (\*\*).

Danyau fut appelé à la Maternité, pour cet enfant, la petite membrane, cédant à une pression de dedans en dehors de plus en plus considérable, s'était rompue, et, à la

(\*) Le rectum R passe à droite de la vessie V; le conduit fistuleux, partant de l'ampoule rectale S, vient s'ouvrir en F, sur le scrotum, et se continue dans la direction du raphé jusqu'au frein de la verge O. Dans cette étendue F O, le canal était transformé en une simple rigole.  
(\*\*) A, ouverture périnéale; F, pointe du stylet sortant par cette ouverture.

place de la saillie, on voyait un petit orifice par lequel s'était échappé et continuait de sortir un peu de méconium. Toutefois, ce qui s'en écoulait était bien minime, relativement à la quantité à rendre, et il est évident qu'il fallait ouvrir une issue plus large et plus directe aux matières accumulées dans le gros intestin.

Une sonde très-fine, dont Danyau venait de se servir pour sonder l'enfant, fut introduite dans l'orifice scrotal et pénétra dans un trajet qui se dirigeait, dans l'épaisseur du périnée, vers le rectum, mais elle ne put franchir l'ouverture sans doute fort étroite qui conduisait dans le gros intestin. Danyau s'était proposé, la sonde une fois introduite dans le rectum, de la diriger vers la dépression manifeste qui existait au point où aurait dû se trouver l'anus, de la faire saillir vers la peau, afin de procéder avec plus de sécurité à la recherche du cul-de-sac rectal. La mollesse qu'on sentait au périnée, surtout lorsque l'enfant se livrait à quelque effort ou lorsqu'on pressait sur la paroi abdominale, ne laissait guère de doutes sur le prolongement du rectum à peu de distance de la peau. Danyau crut donc pouvoir opérer sans le secours de la sonde; mais, après une incision d'un centimètre, il revint par prudence à la recherche de l'ouverture de communication qui devait nécessairement exister entre le rectum et son prolongement périnéo-scrotal.

Après quelques tâtonnements, un stylet très-fin pénétra, et, poussé vers la plaie de la région anale, fit aussitôt saillir ce qui restait à diviser des parties molles pour ouvrir l'intestin (fig. 98). Le méconium fut expulsé en abondance; depuis lors, les évacuations ont été régulières et faciles. Après chaque évacuation, une petite mèche est introduite et reste en place jusqu'à l'évacuation suivante. Pendant tout le temps que l'enfant resta à l'hôpital de la Maternité, il ne passa plus rien par le trajet périnéo-scrotal, et il fut envoyé en nourrice dans l'état le plus satisfaisant.

Mais l'oblitération de l'anus par une faible membrane, accompagnée de communication anormale, est tout à fait exceptionnelle, et, dans l'immense majorité des cas, le médecin agira prudemment en s'abstenant de toute opération.

2° *Chez la femme.* — Nous ne donnerons pas l'histoire des vices de conformation de l'anus et du rectum, avec communications anormales dans les voies urinaires chez la femme, attendu que les faits consignés dans la science sur ces anomalies ne présentent point une authenticité suffisante.

### § III. — Imperforations avec ouverture du rectum dans la matrice ou le vagin.

Lorsque ce vice de conformation existe, l'ouverture anormale donne passage aux excréments; il n'est d'ailleurs accompagné d'aucun dérangement fonctionnel, il offre seulement l'inconvénient d'une infirmité dégoûtante. L'anus génital peut être vaginal ou vulvaire: moins grave dans le premier cas que dans le deuxième, il ne devient mortel que si l'orifice anormal est très-étroit et produit la rétention du méconium.

L'anus vaginal, hors le cas d'étroitesse de l'orifice, ne compromet pas l'existence, il permet même les fonctions du vagin et de l'utérus: ainsi Boyer rapporte les observations de femmes qui ont vécu avec un anus génital jusqu'à un âge avancé, et Fornier cite le cas d'une femme atteinte d'anus vaginal qui devint mère.

**Traitement.** — Boyer regardait l'imperforation du rectum avec orifice vaginal comme incurable; aujourd'hui, le chirurgien doit remédier à cette infirmité repoussante. Le procédé opératoire le plus convenable est celui de Dieffenbach.

**Procédé de Dieffenbach.** — On divise le périnée depuis la vulve jusque vers le coccyx, en évitant le rectum; on dissèque le tissu cellulaire qui entoure l'extrémité de cet intestin, on le met à découvert, on l'isole du vagin dans sa demi-circonférence inférieure; et ayant fendu le lambeau qui en résulte, dans une petite étendue, on fixe les deux moitiés de ce lambeau par deux points de suture à l'extrémité pos-

térieure de la plaie du périnée. Lorsque cette plaie est réunie, on isole complètement, à l'aide du bistouri, la paroi supérieure du rectum d'avec le vagin. L'intestin, ainsi devenu libre, se retire de 0<sup>m</sup>,009 à 0<sup>m</sup>,01 en arrière; et quand on a ravivé les parties inférieures et antérieures de la division du périnée, il ne reste qu'à réunir les bords de la division du vagin par des points de suture entrecoupée, et la plaie du périnée, à part la portion postérieure destinée à l'anus, par deux points de suture entortillée.

Amusat a tenté d'affranchir la pratique des difficultés d'établir un trajet artificiel

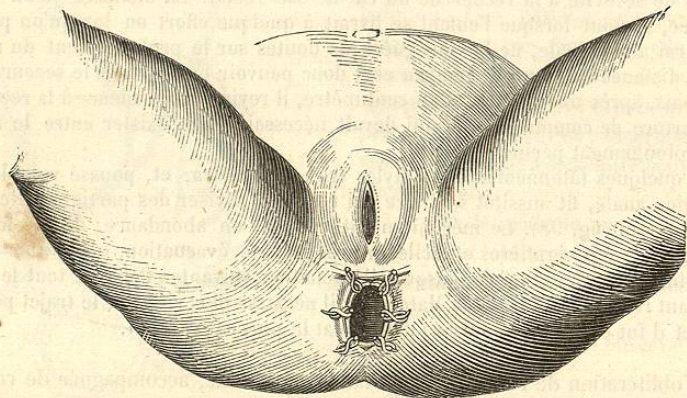


FIG. 99. — Établissement d'un anus artificiel.

entre le rectum et l'anus. Voici comment il décrit le procédé qu'il a mis à exécution sur une petite fille dont le rectum s'ouvrait dans le vagin (fig. 99).

OBSERVATION III. — L'enfant étant placée sur une table, comme pour être taillée, je fis, avec un bistouri à lame très-courte et convexe sur le tranchant, une incision transversale de six à huit lignes d'étendue, derrière l'anus vaginal, une autre incision, dirigée vers le coccyx, donna la forme d'un T à l'ouverture, par laquelle j'introduisis mon doigt pour me frayer un passage entre le vagin, le coccyx et le sacrum. Je coupai et déchirai le tissu cellulaire qui unit ces parties; une sonde placée dans l'anus vaginal me mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin. C'est ainsi que je pénétrai à deux pouces au moins, et que je trouvai l'extrémité de l'intestin; dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement, et me donna le moyen de reconnaître, beaucoup mieux que par le vagin, la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche. Je me décidai alors à accrocher cette poche avec une double érigne; en tirant à moi, je dégageai l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où je fus forcé de me servir du bistouri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvements de traction, que bientôt nous aperçûmes au fond de la plaie la poche intestinale, et, à notre grande satisfaction, nous reconnûmes que le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors je transperçai le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et, à l'aide de ce moyen et de l'érigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. Ce temps de l'opération fut très-rapide et très-satisfaisant pour nous. Après avoir nettoyé l'enfant, qui se trouva fort soulagée par cette évacuation, je terminai l'opération de la manière suivante: ayant acquis la certitude que l'ouverture intestinale était suffisante, je saisis avec des pinces à torsion les bords de cette ouverture. Je confiai ces pinces à des aides qui devaient exercer sur cet intestin des tractions prolongées, jusqu'à ce que la partie saisie dépassât l'ouverture faite à la peau. Je pratiquai d'abord trois points de suture à chacun des angles de la plaie, mais je remarquai que la rétrac-

tion exercée par l'intestin le faisait rentrer en dedans, et que, dès lors, il n'était plus tenu au niveau de la peau. Mes expériences sur les animaux vivants m'ont en effet appris que la condition essentielle pour l'établissement des anus artificiels est de faire dépasser le niveau de la peau par la membrane muqueuse de l'intestin, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments. Je fis donc avec plus de soin six ou huit points de suture dans la circonférence de l'intestin, dont je fis épanouir la muqueuse en dehors, en forme de pavillon. Pendant toute l'opération, il coula peu de sang. Immédiatement après on fit des injections dans le nouveau rectum, et l'enfant fut placée dans un bain de siège.

## ARTICLE V

## ABSENCE DU RECTUM

Sous ce titre je place les vices de conformation dans lesquels le rectum manque en partie ou en totalité. Tantôt l'intervalle qui sépare l'anus ou la place de l'anus du rectum est rempli par un cordon fibreux plus ou moins étendu; tantôt il est occupé par un tissu fort dur, et le sphincter anal se trouve réduit à l'état de languette musculaire, imperforée, au centre de laquelle doit se faire la ponction périnéale de l'anus artificiel. L'intestin se termine par une ampoule qui proémine vers la concavité du sacrum. Quelquefois cette dilatation siège sur la portion rectale même du tube digestif, quelquefois elle siège sur le côlon. Les signes à l'aide desquels se révèle l'absence du rectum sont: le défaut complet de selles, l'aspect de la région périnéale. Dans les imperforations simples, le chirurgien constate au niveau de l'anus une fluctuation qui n'existe point dans les cas d'absence incomplète ou entière du rectum. Dans les cas obscurs, le chirurgien pourra faire, avec précaution, une ponction exploratrice au niveau de l'anus vers la concavité du sacrum; lorsque le rectum sera simplement imperforé, il y aura écoulement du méconium; lorsque le rectum manquera dans une grande étendue, aucune issue de méconium ne suivra la ponction.

Voici l'extrait d'une observation rapportée par Forget (1), qui doit faire ressortir quelques-uns des symptômes qui caractérisent les absences du rectum.

OBSERVATION I. — Un enfant, du sexe féminin, âgé de trente-six heures, et ne rendant pas de méconium, malgré l'existence d'un anus en apparence bien conformé, fut soumis à mon examen. Dans le point occupé par l'anus anormal, on remarqua une cavité circonscrite par des plis rayonnés qui tous convergeaient vers son fond; cette cavité, entièrement formée par la peau, se terminait en un véritable cul-de-sac. En écartant fortement les fesses, on effaçait les plis qui bordaient et fermaient en partie cette cavité, et l'on voyait son fond s'abaisser et se tendre en travers au moindre effort de l'enfant. Le toucher, pratiqué pendant que la contraction avait lieu, transmettait aux doigts la sensation d'un plan ferme et assez résistant, et nullement celle d'une fluctuation. L'enfant était d'ailleurs fort bien constitué. Les organes génito-urinaires étaient dans l'état normal. Les urines étaient rendues sans mélange de méconium. Il n'y avait eu aucun vomissement, l'exploration de l'anus avec un petit trocart ne donna issue à aucun liquide excrémentiel. L'enfant mourut huit jours après.

Les absences du rectum constituent des vices de conformation très-graves; elles amènent infailliblement la mort par défaut de nutrition dans l'espace de quelques jours: le devoir du chirurgien est donc de parer par une opération à une anomalie si grave. A quelle opération praticable doit-il avoir recours? La seule opération praticable, chez les nouveau-nés qui manquent de rectum, c'est la création d'un

(1) *Union médicale*, 1850.

anus artificiel. Trois méthodes s'offrent au chirurgien : elles sont désignées sous les noms de méthodes *périnéale*, *iliaque*, *lombaire*.

Chez l'enfant nouveau-né, à cause des petites dimensions du bassin et de la longueur considérable de cette portion du tube digestif, l'S iliaque décrit une longue circonvolution, qui commence dans la fosse iliaque gauche et même plus haut, se dirige transversalement jusque dans la fosse iliaque droite, de là se replie de nouveau pour se plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. Cette disposition particulière, dont Huguier a signalé le premier la constance, persisterait, suivant ce chirurgien, jusqu'à l'âge de dix-huit mois à deux ans. On comprend que ce fait anatomique offre une grande valeur au point de vue des procédés opératoires. Il explique pourquoi les chirurgiens, en dirigeant leurs incisions en arrière et vers le côté gauche du petit bassin, ne pénètrent pas toujours dans l'ampoule rectale, alors qu'elle existe et se trouve largement dilatée par le méconium.

OBSERVATION II. — Un enfant né dans le service de Legroux, avec une imperforation du rectum (fig. 106), est opéré par Robert. Dans ce cas, quoique l'anus A et le rectum fussent séparés par une simple cloison, Robert n'a pu percevoir la fluctuation du liquide contenu dans l'ampoule rectale B, et quoique celle-ci fût largement déve-

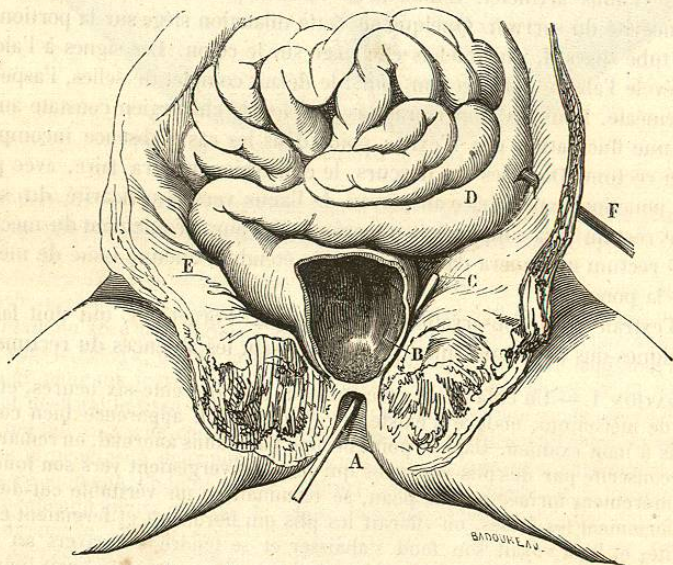


FIG. 100. — Imperforation du rectum.

loppée, ainsi que le montre la figure, le trocart dirigé en arrière et de droite à gauche a glissé en arrière de l'intestin B. Ne parvenant pas à rétablir la continuité de l'intestin dans sa position normale, Robert, afin de faire perdre à l'enfant le moins possible de la longueur de son tube digestif, a créé alors un anus artificiel dans le flanc gauche F. L'enfant n'a pas tardé à succomber, comme cela arrive toujours à la suite de ces sortes d'opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris.

*Méthode périnéale.* — Cette méthode consiste à faire un anus artificiel à la place où devrait être l'anus véritable. Il faut faire une incision sur la ligne médiane, chercher le sphincter, s'il en existe quelque trace, le diviser au milieu, passer au travers, en cherchant le cordon fibreux qui va de l'anus à l'ampoule du rectum, qui est tantôt plus, tantôt moins élevée, selon qu'il manque une plus ou moins grande étendue d'intestin. C'est vers la concavité du sacrum qu'il faut diriger son instru-

ment dans cette recherche, afin d'éviter la perforation de la vessie, et parce que c'est de ce côté-là que proémine presque toujours l'ampoule rectale. Une fois saisi, le bout de l'intestin doit être ramené par en bas, entre les lèvres de la division du sphincter, et on le fixe par deux points de suture. Cette méthode est suivie d'insuccès, si le rectum manque dans une grande étendue; elle détermine souvent l'incontinence des matières fécales, s'il n'y a pas de sphincter ou un rétrécissement du trajet recto-cutané. Elle expose peut-être à la perforation de la vessie, mais elle a au moins l'avantage de remettre à sa place l'ouverture anale, au lieu de créer une infirmité dégoûtante à la région iliaque ou lombaire, comme cela résulte des procédés suivants :

*Méthode iliaque ou de Littre.* — Cette méthode entraînant l'ouverture du péritoine, nous pensons, avec Malgaigne, qu'on doit lui préférer la méthode lombaire.

*Méthode lombaire.* — C'est à Callisen que revient l'honneur d'avoir introduit dans la chirurgie l'idée d'ouvrir un anus artificiel dans la région lombaire gauche. De nos jours, Amussat a modifié la méthode de Callisen, pour l'employer de la manière suivante (1) :

Le malade est couché sur le ventre, un peu incliné du côté droit, et l'abdomen soulevé par un ou deux coussins. On pratique une incision transversale à la peau, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, en commençant au bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, en poursuivant en dehors dans l'étendue de quatre ou cinq travers de doigt. Après la peau et les couches sous-cutanées, on tombe dans le grand dorsal, qu'il faut diviser en travers dans le tiers postérieur, et sur le grand oblique, qu'on divise dans les deux tiers antérieurs; au-dessous d'eux le petit oblique, puis le transverse, puis l'aponévrose. Toutes ces couches musculaires doivent être divisées en travers, puis verticalement, pour avoir une incision cruciale et mieux découvrir l'intestin : on peut même au besoin soulever le carré lombaire et inciser son bord externe. On arrive enfin sur le tissu adipeux qui enveloppe le colon, et qu'il faut enlever avec précaution; après quoi, le point important est de s'assurer de la position de l'intestin et de ses limites.

Sur le cadavre, on reconnaît le colon à sa couleur verdâtre; ce signe existe rarement sur le vivant. Par la percussion on s'assure bien qu'on se trouve sur un intestin quelconque : la pression avec le doigt fait éprouver une sensation de résistance sur l'intestin; néanmoins, pour ne conserver aucun doute, il faut mettre l'intestin à découvert sur ses deux côtés. Si l'intestin était contracté, on le chercherait en arrière; quelquefois, dans ce cas, il est complètement caché sous le carré lombaire, qu'il faudrait diviser.

Le colon enfin reconnu, on le traverse en haut et en bas avec deux aiguilles, de telle sorte que l'on puisse le tendre avec deux anses de fil écartées d'environ 3 centimètres l'une de l'autre. Dans l'intervalle des deux anses, on donne un coup de trocart : l'issue des gaz ou même des matières fécales délayées avertit que l'on est bien dans l'intestin, et avec un bistouri herniaire on y fait une incision cruciale. Les matières commencent à sortir : on aide leur expulsion par des injections dirigées dans les deux bouts intestinaux. Quand le ventre est bien dégagé, on attire en avant l'ouverture faite à l'intestin à l'aide de trois pinces à torsion, et on la fixe à la peau par quatre points de suture entrecoupés en renversant la muqueuse en dehors.

(1) Voy. Vidal (de Cassis), *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer (parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel)*. Paris, 1842.

Un accident très-grave qui peut se produire à la suite des opérations d'entérotomie lombaire, c'est l'invagination. Dans un cas opéré par Maisonneuve, on apercevait à la région lombaire deux appendices très-longs; le supérieur présente à son extrémité une perforation par laquelle les matières s'échappent de temps en temps et non d'une manière continue; l'appendice inférieur présente une portion plus étroite, qui ne livre passage qu'à des mucosités. Ces deux diverticules, qui aboutissent à l'ouverture de l'anus artificiel, présentent un phénomène curieux. C'est tantôt le supérieur qui est dilaté, et cette dilatation coïncide avec l'afflux des matières stercorales; tantôt l'inférieur: ce dernier phénomène s'observe quand l'enfant fait des efforts ou pousse des cris et l'on voit alors des mucosités s'échapper en abondance. Cette procidence de la muqueuse intestinale pouvant, comme dans le cas cité par Larrey, devenir irréductible, constitue, ainsi que l'a fait remarquer le sagace chirurgien, une objection sérieuse contre la méthode.

Cette procidence de la muqueuse est commune aux deux méthodes; mais la saillie formée par les tuniques internes de l'intestin dans les anusiliaques est moins considérable et présente une forme ovoïde (fig. 101). M. Goyrand a fait remarquer que, dans ces cas, ce n'étaient pas seulement les tuniques internes qui constituent la

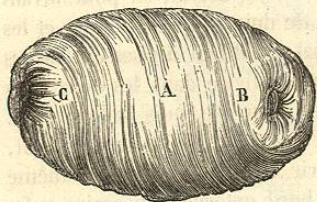


FIG. 101. — Procidence de la muqueuse intestinale dans l'anus contre nature après une entérotomie lombaire.

tumeur, mais encore la portion de l'intestin qui, substituée en ce point à la paroi du ventre, ne peut résister à l'impulsion des viscères flottants et se renverse, en formant une sorte de poche séreuse à l'intérieur, muqueuse en dehors. Pour opposer une résistance à l'impulsion des viscères abdominaux, Goyrand exerce une compression modérée sur la saillie muqueuse au moyen d'une compresse plusieurs fois repliée et fixée par une bande en spica sur la tumeur préalablement couverte d'une compresse fine imbibée d'huile. Grâce à l'action de cet appareil, la sortie de l'intestin est prévenue, ou elle est réduite lorsqu'elle s'est formée; la figure 108 en offre un exemple. Pendant la cicatrisation de la plaie, l'action du bandage doit être faible; il n'en est plus de même lorsque l'ouverture de l'anus artificiel est bien organisée; on peut ne plus craindre de presser pour prévenir l'extroversion de l'intestin.

Pour parer à cette procidence de la muqueuse intestinale après la méthode lombaire, et mettre mieux que par la compression conseillée par Goyrand l'enfant à l'abri de l'invagination de la muqueuse intestinale (1), au lieu de se borner à

(1) L'artiste a oublié, en dessinant cette figure, de la retourner, de sorte que l'anus artificiel est représenté dans la région lombaire droite au lieu de la gauche; il nous suffit de signaler cette erreur pour la réparer.

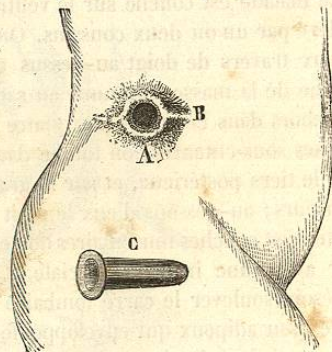


FIG. 102. — Imperforation du rectum. Entérotomie lombaire.

ouvrir la paroi du côlon, et de maintenir ainsi la continuité de l'intestin, Amussat a eu l'heureuse idée d'amener le côlon au dehors, et de mettre toute la circonférence de la muqueuse intestinale en rapport avec les lèvres de la plaie faite à la peau, puis de l'y fixer par des points de suture. La mise en œuvre de cette modification présente des difficultés et l'on trouvera signalées dans les notes du savant chirurgien les précautions à prendre pour en assurer le succès. Ce qui nous importe ici, c'est d'en mettre en relief les avantages, car ils sont considérables. En effet le nouveau procédé opératoire ferme la partie du côlon qui est située au-dessous de l'anus artificiel, et s'oppose ainsi à ce que les matières excrémentielles liquides y puissent pénétrer. Ces matières ne pouvant plus s'échapper que par l'ouverture lombaire A, Amussat a tenté de la fermer à l'aide d'un bouchon de caoutchouc C (fig. 102), dont la forme est représentée dans la gravure ci-dessus. Ce bouchon est maintenu en place à l'aide d'un bandage de corps étroit; lorsqu'on l'enlève, l'intestin se vide. Un enfant ainsi traité a atteint l'âge de cinq ans, sans qu'aucun accident dû à son anus artificiel se fût manifesté; et il jouissait d'une santé excellente.

## CHAPITRE II

### CHUTE OU PROLAPSUS DU RECTUM

On donne le nom de *chute du rectum*, et de *prolapsus du rectum* au renversement de la muqueuse de cet intestin hors de l'anus, ou au renversement du rectum lui-même par invagination.

#### § I. — Prolapsus de la muqueuse du rectum.

Le *prolapsus de la muqueuse* est plus fréquent que l'*invagination*; c'est une lésion très-commune chez les jeunes enfants, et que j'ai observée un grand nombre de fois. Elle existe ordinairement en même temps que la diarrhée, et peut être produite par l'usage des purgatifs trop violents. Elle succède à une constipation prolongée qui exige de grands efforts pour rendre les matières stercorales. On dit aussi qu'elle peut être causée par l'état saburral des voies digestives, par la présence de vers intestinaux, ou d'un calcul dans la vessie, mais il n'y a rien de positif à cet égard. Les polypes du rectum amènent aussi ce déplacement, qui cesse dès qu'on a enlevé le polype.

Sous l'influence plus ou moins active de ces causes différentes, la muqueuse rectale, qui est assez mobile sur les parois du rectum, sort de l'anus, et fait une procidence plus ou moins considérable, sous forme d'un bourrelet rougeâtre, plissé transversalement et couvert de mucosités gluantes. Ce bourrelet présente au centre un orifice qui n'est autre que l'ouverture de l'intestin. En dehors, la muqueuse se termine au sphincter sur les bords de l'anus, en se continuant avec la peau dont la sépare une simple rainure, tandis que dans l'invagination du rectum le doigt pénètre dans l'intestin entre le bourrelet et le sphincter de l'anus.

**Pronostic.** — Le *prolapsus de la muqueuse du rectum* n'est pas grave chez les enfants; il n'a de gravité que chez l'adulte et chez le vieillard. Dans le jeune âge, il ne cause pas d'accidents sérieux, et chez la plupart des malades sa cure radicale peut être obtenue sans opération. Dans quelques cas rares, ce déplacement peut devenir mortel par suite de l'étranglement de la tumeur, lorsque la gangrène s'en empare. C'est ce qui a été vu par plusieurs médecins et par Marjolin dans un fait que j'ai publié dans les précédentes éditions de cet ouvrage.