

Nous croyons peu au signe donné par Hutchinson (1). Cet auteur fait remarquer qu'en titillant la région anale, on provoque, par voie réflexe, des efforts de défécation qui rendent plus sensible la saillie que pourrait faire le rectum.

Amussat conseille de rechercher si le coccyx fait une saillie en arrière. Ce signe a peu de valeur, car, lorsque l'ampoule rectale est assez basse dans le bassin pour refouler le coccyx, elle révèle sa présence par d'autres phénomènes qui rendent le diagnostic facile.

L'application d'un stéthoscope sur le périnée pendant que de légères percussions sont pratiquées sur l'abdomen a été vantée par quelques auteurs. Ce mode d'exploration ne peut donner aucun résultat, même approximatif. Miriel (2) pensait que le son qui arrive à l'oreille est d'autant plus obscur qu'il existe une absence plus complète du rectum.

On doit aussi, dit-on, chercher par la palpation de la région anale si le sphincter existe. Ce renseignement n'est d'aucune utilité et n'apprend rien sur l'épaisseur des tissus imperforés.

L'atrophie des os du bassin, l'exagération de la courbure du sacrum, le rapprochement des ischions, sont des signes qui ont un peu plus de valeur. Lorsqu'ils existent, on peut supposer que le rectum manque dans une plus ou moins grande étendue. Il est inutile d'ajouter que des absences complètes du rectum peuvent se rencontrer avec une conformation normale du bassin.

En somme, c'est encore la ponction exploratrice qui constitue le moyen le plus utile de diagnostic.

c. *L'anus est bien conformé.* Dans les cas de cette catégorie, le diagnostic offre souvent des difficultés plus grandes encore que dans les cas précédents.

La première chose à faire est de s'assurer au moyen d'un corps moussé, le petit doigt, une sonde de femme ou un stylet, si le rectum est ou n'est pas perméable.

Si l'instrument s'arrête à une certaine distance, il faut chercher à déplier le conduit afin de bien s'assurer que l'instrument est arrêté par une imperforation et non par un pli de la muqueuse. On pourrait dans ce but se servir d'un *speculum ani* ou chercher à faire pénétrer un lavement. Si un stylet pénètre par un canal étroit et est retiré taché de méconium, on a évidemment affaire à un rétrécissement du rectum. Si, au contraire, cet organe est facilement perméable, si les lavements sont rendus sans être mélangés à du méconium, et si une sonde flexible peut parcourir le rectum dans toute sa longueur, il y a lieu de supposer que l'obstacle siège dans le côlon ou dans l'intestin grêle. Depaul a diagnostiqué une occlusion de l'extrémité inférieure de l'iléum par les signes suivants : possibilité d'administrer des lavements qui n'entraînaient que

(1) Thèse de Paris, 1835.

(2) *Practical obser. in Surgery*, London, 1826.

du mucus, possibilité d'introduire assez profondément dans le rectum une sonde de gomme élastique; vomissements précoces; matières vomies colorées par le méconium; gonflement peu considérable du ventre. L'autopsie a vérifié le diagnostic.

Lorsque l'on a reconnu qu'il existe, au-dessus de l'anus, un obstacle infranchissable, il faut tâcher de se rendre compte de son épaisseur. Dans les cas embarrassants, c'est encore sur la conformation des os du bassin, l'exploration de la courbure du sacrum par le cathétérisme vésical ou vaginal, la ponction exploratrice, qu'on pourra acquérir les notions les plus précises sur cette importante question. Mais, malgré tout, ces moyens ne fournissent pas encore des renseignements assez constants pour qu'ils puissent donner au chirurgien un degré absolu de certitude sur la nature ou l'étendue de l'obstacle.

Le cathétérisme vésical ou vaginal peut même induire en erreur. Nous en donnerons comme exemple une observation de Danyau (1). Il s'agissait d'un rectum oblitéré à 3 centimètres au-dessus d'un anus normal et bien conformé. Une sonde ayant été introduite dans la vessie et ayant exploré toute la courbure du sacrum, on crut à une absence complète du rectum. A l'autopsie, on trouva que l'oblitération rectale consistait en un simple diaphragme au-dessus duquel il n'y avait que des gaz et une petite quantité de méconium. L'exiguïté de l'intestin, sa mollesse, n'avaient pas permis qu'il fût senti par la sonde.

La ponction exploratrice peut parfaitement ne pas atteindre l'ampoule rectale, soit que celle-ci se trouve déviée de la direction normale ou trop élevée. Quelquefois la palpation de la région iliaque gauche permet de constater la distension de l'S iliaque, mais ce signe n'est pas constant.

Quand le trocart explorateur a pénétré dans l'intestin, on éprouve la sensation d'une résistance vaincue, on peut déplacer l'extrémité de l'instrument dans différents sens et on voit le méconium sortir par la canule et glisser le long de l'instrument.

PRONOSTIC. — Tous les vices de conformation de l'anus et du rectum constituent une affection grave; mais il est évident que le degré de cette gravité est subordonné à la nature de la malformation. On peut à cet égard établir deux catégories de cas. Dans la première rentrent les malformations qui permettent une issue plus ou moins facile des matières; dans la seconde, celles qui entraînent leur rétention complète.

Il est évident que, dans les abouchements anormaux du rectum avec le vagin, dans ceux de l'anus à la vulve, au scrotum ou au périnée, si la largeur de l'orifice est suffisante, l'existence n'est pas directement compromise et que les malades peuvent même vivre de longues années avec leur infirmité. Il y en a de nombreux exemples dans la science. Nous ne rappellerons à cet égard que l'observation de cette juive, dont parle Morgagni, qui vécut près d'un siècle en rendant ses excréments par le

(1) *Bull. de la Soc. de chir.* 1850.

vagin. Disons cependant que, dans beaucoup de ces cas, les sujets souffraient d'une constipation opiniâtre, difficilement combattue par les lavements, et étaient même obligés de se soumettre plus ou moins fréquemment à des opérations pour rétablir le cours des matières momentanément suspendu.

Lorsqu'à la naissance l'occlusion est incomplète, la vie peut se prolonger pendant un certain temps, parce que les matières sont liquides et passent assez facilement, mais, plus tard, à mesure que les fèces prennent de la consistance, on voit la défécation devenir de plus en plus difficile et finalement être supprimée. La gravité dès lors est la même que dans le cas où la rétention est complète dès le début.

Du moment que les matières ne peuvent trouver aucune issue, la vie est impossible. Bien que Danyau ait observé un exemple de rupture spontanée de l'obstacle, on ne doit pas compter sur cette terminaison. Dès lors le petit malade ne peut être sauvé qu'au prix d'une opération, et pour cela, il faut autant que possible établir un diagnostic rigoureux, intervenir avant que la péritonite ou des accidents généraux ne soient déclarés, choisir un procédé opératoire capable, non seulement de rétablir le cours des matières, mais de permettre la persistance de la voie nouvelle qu'on aura créée. Et encore, si le succès couronne la tentative, comment l'enfant guérira-t-il ? Souvent au prix d'un anus anormal et des incommodités graves que cette infirmité entraîne.

Malgré tout, les succès opératoires ne sont point chose rare. Aussi est-il difficile de comprendre comment, dans la discussion qui s'est élevée à l'Académie de médecine, il y a une vingtaine d'années, des médecins de grand talent ont pu déclarer que les enfants atteints d'imperforation du rectum devaient être considérés comme non viables. C'est là une profonde erreur, qu'il ne faudrait pas laisser s'implanter dans les esprits.

TRAITEMENT. — Les imperforations de l'anus et du rectum peuvent être, au point de vue des indications thérapeutiques, assimilées aux hernies étranglées.

L'intervention chirurgicale doit être aussi précoce que possible. Comme l'a fort bien dit Giralès, « chaque moment de retard est une chance de vie enlevée au nouveau-né. » Il faut opérer aussitôt que le vice de conformation est reconnu.

Deux indications dominent tout le traitement : 1° rétablir le cours des matières d'une manière permanente ; 2° ouvrir la nouvelle voie autant que possible à la place qu'occupe habituellement l'anus.

De ces deux indications, la première est la plus facile à remplir. Quant à la seconde, on sera souvent obligé de la négliger et de créer un anus artificiel à la région inguinale ou à la région lombaire.

Dans les cas d'imperforation incomplète, d'étranglement congénital de l'anus et du rectum, on a conseillé de dilater le calibre de l'intestin à l'aide de mèches, d'éponge préparée, de racine de gentiane, etc. Tout au plus, ces agents conviennent-ils dans les cas où la coarctation serait très-

peu prononcée. Outre qu'ils agissent très-lentement, ils ne fournissent le plus souvent qu'un résultat temporaire ou illusoire : bien plus, l'expérience a prouvé que les corps dilatants, surtout ceux qui sont susceptibles d'augmenter de volume, peuvent entraîner divers accidents, tels que rétention des matières, inflammations diffuses, péritonites, déchirures, etc.

Aura-t-on recours au bistouri et incisera-t-on toute l'épaisseur des tissus coarctés ?

La plupart des auteurs qui admettent le traitement par incision simple conseillent de diviser les tissus soit en avant, soit en arrière, ou dans les deux sens, selon le degré de la coarctation, et de compléter cette opération par la dilatation à l'aide de bougies, ou mieux encore à l'aide du petit doigt introduit chaque jour dans le rectum. Sans compter les accidents qui peuvent être la conséquence directe de l'incision, tels que l'hémorrhagie, les infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire du bassin, les abcès stercoraux, etc., la dilatation, même continuée pendant longtemps, ne suffit souvent pas à lutter contre la rétraction cicatricielle et à maintenir le calibre de l'intestin. Presque toujours, on se voit obligé d'avoir recours à un second et même à plusieurs débridements successifs, sans être jamais sûr du résultat.

Nous verrons que, pour se mettre complètement à l'abri des rétrécissements consécutifs, il faut inciser les tissus directement en arrière, attirer le rectum en bas et le fixer sur les bords de l'ouverture cutanée par quelques points de suture, de manière que la voie nouvelle soit bordée de tous côtés par une muqueuse non rétractile. Il n'est alors plus besoin de maintenir l'ouverture dilatée au moyen de corps étrangers.

Le professeur U. Trélat est d'avis que dans un cas de rétrécissement dur et serré, comme celui qu'a observé Sérard (1), il faudrait fendre toute la hauteur du rétrécissement, disséquer et mobiliser le rectum, de manière à pouvoir, comme dans les cas plus simples, le fixer à la place des téguments.

Lorsqu'il s'agit d'une imperforation complète, si l'imperforation est due à une simple membrane, que celle-ci soit cutanée ou muqueuse, et si l'on voit par transparence le méconium distendre l'ampoule rectale sous forme de tumeur, le traitement est des plus simples. Il suffit de plonger un bistouri au centre de la tumeur et de l'inciser crucialement ou simplement dans le sens longitudinal, pour donner issue au méconium et amener la guérison complète. Lorsque le diaphragme obturateur est un peu élevé, il n'y a qu'une précaution à prendre, c'est d'envelopper le bistouri de linge jusqu'au voisinage de la pointe, pour ne pas blesser le rectum. On maintiendra l'écartement des lèvres de la plaie et on évitera le rétrécissement consécutif à l'aide de mèches. Levret et quelques auteurs conseillent d'exciser les lambeaux.

Les accidents de cette opération sont fort rares ; on peut cependant

(1) *Loc. cit.*

observer une hémorrhagie, une infiltration sanguine ou méconiale entre les tuniques du rectum, et comme accident consécutif le rétrécissement du rectum.

C'est pour parer à ces dangers que Malgaigne veut qu'on attire la muqueuse en bas et qu'on la fixe à la plaie cutanée par quelques points de suture. C'est également la pratique de U. Trélat et de Giraldès.

Sabatier (1) a appelé l'attention sur un accident qui peut compliquer cette opération : « Si l'intestin, dit-il, est rempli de méconium et fort distendu, il est possible que la partie qui se présentera ne soit point celle qui doit aboutir au fond du cul-de-sac sur lequel on opère; de sorte que se rétrécissant et reprenant sa position après que le méconium est écoulé, la plaie qu'on y a faite ne réponde plus à l'ouverture de la plaie extérieure et qu'il se fasse des infiltrations mortelles dans le bassin. Un enfant du sexe féminin que j'ai opéré et qui est mort le lendemain présentait cette disposition. »

Mais lorsqu'on est en face d'une absence de l'anus ou d'une absence partielle ou totale du rectum, c'est-à-dire lorsque l'imperforation a une certaine épaisseur et qu'il n'est pas possible de sentir de fluctuation, le chirurgien se trouve dans un embarras sérieux, car il lui est bien difficile de savoir d'avance jusqu'à quelle profondeur il lui faudra pénétrer pour rencontrer l'ampoule rectale.

J.-L. Petit a proposé d'inciser les téguments jusqu'à une certaine profondeur, de plonger un trocart dans la direction présumée du rectum, puis, une fois qu'on voit le méconium sortir, d'élargir la piqure à l'aide d'une longue lancette. Cette conduite est détestable et c'est avec juste raison que Boyer la condamne, même quand on a la chance de rencontrer l'intestin avec l'instrument, parce qu'elle ouvre une voie trop étroite aux matières fécales et expose le malade aux infiltrations de méconium dans le tissu cellulaire du bassin. Boyer conclut en disant que « lorsque, après avoir incisé à une certaine profondeur, on ne voit point sortir le méconium, il ne reste d'autre ressource pour sauver la vie de l'enfant que d'établir un anus contre nature ».

En résumé, la ponction avec un trocart, l'incision simple, doivent être réjetées comme des moyens peu efficaces et très-dangereux. Dangereux, en ce sens qu'ils exposent à ponctionner, au lieu du rectum, la vessie, le vagin ou le péritoine ou à multiplier des tentatives infructueuses, qui sont loin d'être sans inconvénients; dangereux encore, en ce qu'ils exposent le petit malade aux infiltrations de méconium et aux abcès de voisinage développés sous l'influence de l'irritation que détermine le contact du méconium, ou la présence des mèches et des canules. De plus, en supposant que l'opération réussisse, il est fort difficile de lutter contre la rétraction inodulaire et d'empêcher le rétrécissement consécutif du rectum.

(1) *Médec. opér.*, 1832, t. IV, p. 512.

En présence de ces faits, la plupart des chirurgiens ont renoncé à la ponction et à l'incision simple.

La seule indication est alors d'établir un anus artificiel; mais en quel point?

On a le choix entre deux méthodes, la *méthode périnéale* et la *méthode abdominale*.

Il est évident que toutes les fois que la méthode périnéale sera jugée applicable, elle devra être choisie de préférence à l'autre, parce qu'elle a sur elle des avantages considérables, au point de vue des résultats définitifs.

Quelles sont donc les conditions nécessaires pour que la méthode périnéale puisse être pratiquée? Il faut pouvoir affronter la muqueuse du rectum avec la plaie du périnée, de manière à prévenir les infiltrations méconiales et purulentes dans le tissu cellulaire du petit bassin; il faut donc que l'ampoule rectale ne soit pas trop élevée. Les faits ont établi que la descente du rectum ne peut pas être effectuée, lorsque l'ampoule est située au-dessus du bas-fond de la vessie ou en arrière de l'utérus, c'est-à-dire lorsqu'elle est dans le voisinage de l'angle sacro-vertébral. Malheureusement il n'est pas toujours possible de reconnaître d'avance la position exacte de l'ampoule et il arrive fréquemment que cette opération ne permet d'atteindre le rectum qu'au prix de délabrements considérables. Dans ces conditions, mieux vaut s'arrêter et avoir recours à la méthode abdominale; poursuivre à outrance une opération qui ne peut donner que des résultats déplorables, est d'une mauvaise pratique chirurgicale.

*Méthode périnéale.* — Cette opération est due à Amussat; c'est lui qui en a tracé les règles et qui en a précisé les indications. Dieffenbach, Malgaigne, Nélaton, l'ont suivie dans la voie qu'il avait ouverte. Actuellement la méthode périnéale réunit les suffrages de presque tous les chirurgiens.

Cette opération se pratique de la manière suivante: l'enfant, soigneusement enveloppé, est placé sur le dos, sur un coussin dur ou sur les genoux d'un aide qui maintient les cuisses relevées et écartées dans la position de la taille. L'opérateur, assis, commence par explorer avec soin la région périnéale, en s'aidant dans cette manœuvre du cathéter qui a servi à vider la vessie. S'il s'agit d'une petite fille, la sonde est introduite dans le vagin, elle est laissée en place pour les manœuvres ultérieures. On incise le périnée sur la ligne médiane, depuis le scrotum ou l'extrémité postérieure de la vulve jusqu'au coccyx, en n'intéressant que la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque le muscle sphincter est mis à nu, on continue l'incision en se tenant exactement sur la ligne médiane, de manière à conserver pour l'avenir tout ce qui existe du muscle constricteur de l'anus. Les bords de la plaie sont écartés par un aide au moyen de crochets mousses. Si l'on rencontre un cordon fibreux ou musculaire au fond de la plaie, on doit s'en servir comme guide pour

aller à la recherche du rectum. Le chirurgien introduit le doigt dans l'incision et cherche à reconnaître l'ampoule rectale, qui bombe sous l'influence des efforts et des cris de l'enfant. S'il ne rencontre que l'extrémité du cathéter introduit dans la vessie ou le vagin, il continue à inciser couche par couche, en se tenant exactement sur la ligne médiane, en explorant le fond de la plaie avec le doigt, et en se guidant sur le cathéter pour ne pas blesser les organes génitaux et urinaires. On aura soin de faire éponger le sang afin de juger des différentes colorations que présentent les parties incisées. Enfin, si, arrivé en dessous et en arrière de la vessie ou de l'utérus, c'est-à-dire à une profondeur de cinq à six centimètres, on n'a encore rencontré aucun indice de l'intestin, il faut abandonner l'opération et choisir une autre méthode. Cependant, si le cas n'est pas très-pressant, il sera permis d'attendre deux ou trois heures, avec l'espérance de voir l'ampoule rectale se montrer spontanément au fond de la plaie, sous l'influence des efforts et des cris de l'enfant.

L'intestin se reconnaît à sa consistance molle et à sa coloration verdâtre ou brunâtre foncée. Lorsqu'on est bien sûr de l'avoir sous les yeux, on le saisit en y implantant deux égrèges, ou, ce qui est préférable, en le traversant par deux anses de fil d'argent qui serviront à l'attirer en bas vers la plaie des téguments.

Dans cette manœuvre, il faut s'aider d'un instrument mousse ou du doigt, pour séparer le rectum des attaches fibreuses ou musculaires qui le relie au col de la vessie, à son bas-fond ou à la face postérieure du vagin. Si ces adhérences sont trop résistantes pour céder à ces moyens, on peut se servir du bistouri ou des ciseaux, en ayant soin de les manier avec grandes précautions, ou encore se contenter d'abaisser la partie postérieure de l'ampoule jusqu'au niveau de la peau. Saisissant alors les fils qui traversent l'ampoule, on passe leurs chefs libres à travers les bords de la plaie tégumentaire, puis on ouvre largement l'intestin en prenant soin de ne pas couper les anses que forment les fils à l'intérieur du rectum. Une fois l'intestin vidé du méconium qu'il contenait, on attire en dehors les anses sus mentionnées, on les coupe par le milieu et on se sert de chacun des chefs ainsi obtenus pour former deux points de suture de chaque côté du nouvel anus. On s'arrange de façon que la muqueuse dépasse le niveau de la peau, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments. On complète l'affrontement de la peau avec la muqueuse par un nombre suffisant de points de suture, puis on lave avec soin les parties.

Pour remédier à l'écartement des angles antérieur et postérieur de la plaie cutanée, on les ferme par quelques points de suture particuliers. L'opération est alors terminée.

Le pansement consiste dans l'application d'un plumasseau de fine charpie qu'on maintient à l'aide d'un bandage en T.

Ce procédé facile à exécuter, lorsque l'intestin est voisin du périnée,

demande une certaine habileté lorsqu'il en est éloigné. C'est pour ces cas que Verneuil (1) a conseillé d'exciser le coccyx. Cette manœuvre a pour résultat de donner de l'espace et de permettre d'atteindre plus facilement le rectum. Grâce à ce perfectionnement, la méthode périnéale peut actuellement s'adresser à un certain nombre de cas dans lesquels autrefois la méthode abdominale aurait été jugée nécessaire.

La méthode périnéale est certainement celle qui donne le plus de chances de guérison et les résultats les plus beaux au point de vue du rétablissement des fonctions de la défécation. Aussi devra-t-elle être exécutée même dans les cas simples où il semblerait qu'une ponction évacuatrice pourrait être suffisante.

Lorsque l'anus est bien conformé et que le rectum seul est oblitéré ou manque dans une certaine étendue, le procédé sera le même, si ce n'est qu'on commencera par élargir l'orifice anal à l'aide d'une incision antérieure et postérieure, de manière à se donner du jour dans la recherche de l'intestin, puis on incisera le fond du cul-de-sac anal. Le reste de l'opération suivra comme dans le cas précédent; après avoir pris soin d'aviver l'infundibulum anal dans une certaine hauteur, on attirera le rectum en bas et on le fixera à la peau du périnée. C'est là, nous le répétons, le seul moyen d'éviter les rétrécissements consécutifs.

D'après Nélaton, si, après avoir incisé le rectum, on ne peut pas l'abaisser suffisamment pour le réunir à la plaie des téguments, on maintiendra l'ouverture artificielle dilatée à l'aide de mèches volumineuses ou de canules d'un gros calibre.

*Méthode abdominale.* — Elle comprend les deux sous-méthodes connues sous les noms de *méthode inguinale* ou *procédé de Littre* et de *méthode lombaire* ou *procédé de Callisen*. Par la première on se propose d'ouvrir l'intestin dans la fosse iliaque, dans la seconde d'ouvrir l'S iliaque du côlon dans la région lombaire gauche. Cette dernière méthode comprend le procédé de Callisen et celui d'Amussat.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la préférence à donner à l'une plutôt qu'à l'autre de ces méthodes. D'après Mollière, si la méthode lombaire, chez l'enfant, ne met pas toujours à l'abri de l'ouverture du péritoine, si l'on n'agit pas chez le nouveau-né avec la même certitude que chez l'adulte, si, en un mot, la colotomie lombaire est infiniment plus difficile à pratiquer que l'opération de Littre, chez l'enfant comme chez l'adulte, elle donne du moins des résultats définitifs bien supérieurs à ceux de cette dernière. En effet, l'intestin est ouvert aussi bas que possible, et, d'autre part, dans la région lombaire, le prolapsus de la muqueuse et les hernies à travers l'anus artificiel se produisent plus difficilement.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1873.

En faveur de l'opération de Littre, on peut dire qu'elle est plus facile et qu'elle est par conséquent moins sujette à exposer le petit malade à des accidents durant le cours de l'opération. D'après Gíraldès, le rétrécissement de l'ouverture artificielle à la région lombaire serait plus fréquent que dans la méthode de Littre.

Ajoutons qu'à la suite de la colotomie lombaire, on pourrait avoir la ressource de chercher à créer plus tard un anus périnéal. Bien que cette idée, émise par Nélaton et Demarquay, n'ait pas encore reçu son application, il est permis de supposer que l'on pourra, un jour ou l'autre, au moyen d'une sonde introduite dans l'anús artificiel ou par tout autre moyen, parvenir à abaisser progressivement le cul-de-sac et rétablir l'anús à sa place normale.

Pour tout ce qui a trait au manuel opératoire propre à chacun des procédés de la méthode abdominale, nous renvoyons le lecteur à une autre partie de cet ouvrage (voy. OCCLUSION INTESTINALE).

*Abouchements anormaux de l'anús.* — Ils comprennent les ouvertures anales sous la verge, au scrotum, au périnée chez les garçons, à la vulve, à l'entrée du vagin ou au périnée chez les petites filles.

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'ampoule rectale dans ces cas est généralement assez voisine du périnée et l'on peut souvent, en introduisant un stylet courbé ou une sonde dans l'ouverture anormale, faire proéminer la pointe dans le voisinage du siège habituel de l'anús.

Martin (de Lyon) (1) a conseillé d'inciser le trajet depuis l'orifice anormal vulvaire ou scrotal jusqu'au coccyx. D'après Goyrand qui a mis ce procédé en pratique, cette conduite a l'avantage de prévenir en grande partie le rétrécissement consécutif, parce que l'incision, limitée à une de ses extrémités par le trajet muqueux d'une ouverture naturelle, reste étrangère au travail de cicatrisation. On peut cependant rapprocher à cette méthode, surtout s'il s'agit d'un abouchement du rectum avec la partie inférieure du vagin, de donner lieu à une ouverture trop longue en avant et de détruire complètement tout le périnée. Aussi, ce procédé n'est-il guère applicable qu'aux abouchements vulvaires ou scrotaux; il doit être rejeté dans les cas d'abouchement de l'anús dans les parties inférieures du vagin.

Bouisson a proposé d'introduire dans l'ouverture anale vicieusement placée un instrument à trois branches, qui viendra faire saillie au périnée et qui, en s'écartant dans le rectum, tendra suffisamment les tissus pour qu'avec le bistouri on puisse diviser les téguments et l'ampoule rectale. Le méconium s'échappe et le trajet anormal de l'anús se trouve transformé en une fistule recto-vulvaire, recto-vaginale ou recto-scrotale qu'on ne devra opérer qu'à une époque ultérieure.

Pour les cas où l'anús s'ouvre dans le vagin, Dieffenbach d'abord, Nélaton et Gíraldès plus tard, ont proposé des opérations qui consistent

(1) Recueil des actes de la Soc. de santé de Lyon. Lyon, 1798, t. I, p. 180.

surtout à isoler le rectum des parois vaginales et à le fixer à la peau à l'aide de points de suture. Nélaton raconte que, sur une enfant nouveau-née qui lui fut présentée à l'hôpital Saint-Antoine, il fit à la région du périnée une incision cruciale et qu'après avoir disséqué les lambeaux, il isola le rectum de tous les côtés avec un instrument mousse, puis qu'avec un bistouri il coupa le rectum au ras du vagin. L'extrémité de l'intestin devenue mobile, put facilement être attirée en bas et fut fixée par des points de suture aux bords de la plaie cutanée.

L'avantage de cette opération est de conserver à l'intestin toute sa longueur. Aussi, pourra-t-elle être pratiquée toutes les fois que l'intestin ne s'ouvrira pas trop haut dans le vagin. Quant à l'ouverture vaginale qui subsiste, elle peut être obturée tout de suite, mais rien ne presse, et il sera en général préférable d'attendre, pour pratiquer cette opération complémentaire, que les progrès de l'âge aient raffermi la constitution de l'enfant.

La conduite de Gíraldès, chez les deux enfants qu'il a traités avec succès, a été peu différente. Son procédé consiste à inciser la peau du périnée jusqu'au sac muqueux, à isoler et l'ouvrir, puis à réunir la muqueuse à la peau au moyen d'une suture métallique; dans un second temps, il incise d'un coup de ciseau l'angle antérieur jusqu'à l'ouverture vaginale, puis il avive les bords de l'ouverture muqueuse et réunit ensuite la plaie au moyen d'une série de sutures métalliques.

Il est inutile de dire que les mêmes procédés seraient, avec quelques modifications de détails, applicables aux petits garçons, pour les cas où l'anús s'ouvrirait au scrotum ou à la face inférieure de la verge.

*Abouchements anormaux du rectum.* — Dans cette catégorie rentrent les communications recto-vésicales et recto-uréthrales chez les petits garçons, recto-vaginales chez les petites filles. Mais ces abouchements anormaux du rectum, nous l'avons déjà dit, se rencontrent presque exclusivement chez les garçons.

Dans les communications recto-urinaires, le chirurgien est presque toujours obligé d'intervenir, car, le plus souvent, la communication n'est pas assez large pour que les fonctions puissent s'exercer d'une manière satisfaisante. Différents procédés ont été proposés.

Nous repoussons le procédé indiqué par Martin (de Lyon), qui conseillait d'inciser successivement le périnée, l'urèthre, le col de la vessie et l'intestin, et de créer ainsi une large ouverture donnant passage, tout à la fois, aux matières fécales et à l'urine. Ce procédé, exécuté une fois par Cavenne, a donné un insuccès complet, car il n'a pas même permis l'évacuation du méconium.

Le mode d'écoulement des matières méconiales par l'urèthre peut donner quelques indications sur le siège probable de l'ampoule rectale.

Lorsqu'on suppose que le rectum descend suffisamment bas dans le bassin, pour qu'il puisse être atteint par les instruments, on doit inciser

le périnée, diviser le rectum, puis l'attirer en bas de manière à le fixer aux bords de la plaie des téguments. Ce procédé, bien qu'il présente l'inconvénient grave de créer une infirmité dégoûtante, en laissant subsister une fistule vésico ou uréthro-rectale, est encore le meilleur. La fistule urinaire peut finir par s'oblitérer.

Le cas est bien plus embarrassant quand on ne peut pas atteindre l'ampoule rectale par le périnée. On devra alors abandonner la méthode périnéale et se résoudre à rétablir le cours des matières par l'établissement d'un anus artificiel inguinal ou lombaire.

## CHAPITRE XXI

### MALADIES DES ORGANES URINAIRES

Quoique la littérature médicale soit d'une richesse extrême en travaux de toute nature sur les maladies des organes urinaires, nous ne possédons qu'un petit nombre d'ouvrages traitant d'une façon complète de l'ensemble de ces maladies. Il ne sera pas inutile de donner dès à présent l'indication des plus importants de ces *Traité généraux* que nous aurons chaque instant l'occasion de citer dans le cours de ce chapitre.

CHOPART, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1815; 2<sup>e</sup> édit., 1855. — CIVIALE, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1858. — THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, trad. franç. Paris, 1874. — F. GUYON, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. Paris, 1881.

Dans l'étude des maladies des organes urinaires, nous suivrons l'ordre adopté par tous les auteurs et nous décrirons successivement : 1<sup>o</sup> les *maladies des reins et des uretères*; 2<sup>o</sup> les *maladies de la vessie*; 3<sup>o</sup> les *maladies de la prostate*; 4<sup>o</sup> les *maladies de l'urèthre*.

Mais avant d'aborder cette étude, il importe de faire connaître sommairement les différents moyens d'exploration que l'on est appelé à mettre en usage pour le diagnostic des maladies des organes urinaires. Ils sont relatifs à l'exploration des reins, à l'exploration de l'urèthre et de la vessie, à l'examen de l'urine.

EXPLORATION DES REINS. — Par leur situation profonde, les reins se déroberont en partie aux divers moyens d'investigation dont nous pouvons disposer.

La simple *inspection* ne peut fournir de renseignements utiles que dans les cas où, par suite d'une augmentation notable de son volume, le rein produit une déformation de la région lombaire ou proémine dans la cavité abdominale, ou bien lorsque, par suite d'une anomalie de position,

le rein déplacé détermine un aplatissement au lieu de la légère convexité qui traduit sa présence dans sa situation normale.

La *palpation* du rein fournit des indications sur la forme et la consistance de l'organe, sur son degré de sensibilité. Elle doit être pratiquée : en arrière, au niveau de la région lombaire; en avant, au niveau de la région du flanc, et pour qu'elle soit plus efficace, il est bon de combiner à la fois la palpation du dos et du ventre, la main gauche appuyant sur la région postérieure et la main droite déprimant en avant la paroi abdominale.

La *percussion* du rein ne donne que des résultats très incertains, ce qu'expliquent l'épaisseur des tissus qui recouvrent l'organe et la proximité du foie, de la rate et des côlons. Elle doit être pratiquée avec une certaine force, le malade étant couché sur le ventre, le bassin relevé. C'est principalement la limite externe du rein que l'on peut délimiter par la sonorité du côlon. Aussi est-il bon de pratiquer la percussion du rein après avoir préalablement vidé le canal intestinal.

EXPLORATION DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE. — L'*inspection* directe des organes génitaux et de la région hypogastrique peut nous renseigner sur certaines lésions de l'urèthre et de la vessie, telles que les vices de conformation, les plaies, les fistules. Chez la femme, cette inspection exige l'emploi du spéculum qui met à nu la paroi vésico-vaginale et la région postérieure de l'urèthre.

La *palpation* de la face inférieure de la verge ou du périnée dénote quelquefois la présence de lésions situées sur les portions pénienne et périnéale du canal uréthral (rétrécissement, calcul); elle permet, en la combinant avec la *percussion*, de se rendre compte de l'état de distension ou de vacuité de la vessie.

Dans la même catégorie de procédés d'exploration, il faut noter le *toucher rectal* et le *toucher vaginal*.

Par le toucher rectal, dont nous avons indiqué précédemment les règles, la pulpe du doigt indicateur tournée vers la prostate et le bas-fond de la vessie peut explorer ces parties des organes urinaires et fournir d'importantes données pour le diagnostic.

Chez la femme, le toucher vaginal rendra des services analogues en permettant au doigt de palper l'urèthre et le bas-fond de la vessie.

Mais c'est principalement par le *cathétérisme* que l'on parviendra à acquérir les notions les plus précises sur l'état de l'urèthre et de la vessie. Ce cathétérisme explorateur devra se faire d'une manière différente et avec des instruments spéciaux, suivant que l'on se propose d'explorer l'urèthre ou la vessie.

L'*exploration de l'urèthre*, qui a surtout pour but de renseigner sur le degré de perméabilité du canal et de dénoter la présence d'un obstacle à la miction normale, se pratique à l'aide de bougies flexibles (fig. 106), terminées par une boule, de grosseur variable, et présentant une forme conique. L'introduction de cet instrument est très-facile. Il suffit, après