

met à nu l'endroit où le rectum s'applique contre le vagin ; puis, à l'aide d'instruments mousses, on décolle l'intestin de son insertion vaginale, et l'on finit de le séparer à l'aide du bistouri ou des ciseaux. La muqueuse intestinale est ensuite suturée avec les bords de l'incision cutanée, de façon à constituer un anus normalement situé ; le périnée est lui-même réuni par quelques points de suture. Par ce procédé on peut obtenir la fermeture immédiate de la fistule, comme l'a prouvé encore dernièrement RIZZOLI, auquel nous devons surtout la mise en pratique de l'opération. Dans plusieurs cas récents opérés à la clinique de Göttingue, on fit d'abord abstraction de la fistule vaginale. Après avoir établi à l'endroit normal un anus de grandes dimensions, on fit, quelques semaines plus tard, une seconde opération consistant à diviser toutes les parties molles (périnée, bord antérieur de l'anus, extrémité postérieure du vagin) sur une sonde cannelée introduite du vagin dans le rectum à travers la fistule. Puis, dans la profondeur de la plaie on fit l'excision de toute la muqueuse correspondant au canal de communication entre le rectum et le vagin. Enfin toute la plaie fut réunie par des sutures profondes, et par d'autres superficielles comprenant la peau seulement. Dans un autre cas on réussit à détacher complètement du vagin un conduit fistuleux très large et à le suturer au bord antérieur de l'anus.

Dans les cas d'abouchement anormal de l'anus, sous la forme d'une fistule du périnée ou du scrotum (anus périnéal ou pré-scrotal), l'intestin est toujours situé très bas, et l'on parvient facilement à le trouver au moyen d'une sonde introduite dans le trajet fistuleux. Ici encore, on sépare autant que possible l'intestin de la fistule pour le suturer avec la peau à l'endroit normal, afin d'éviter qu'il ne reste une fistule laissant passer des matières fécales. On peut aussi inciser sur une sonde cannelée la fistule périnéale jusqu'à l'intestin ou même jusqu'à la pointe du coccyx, et fixer ensuite l'intestin à l'endroit normal par des sutures. La fistule périnéale incisée ne tarde pas à guérir ; sa muqueuse revêt alors les caractères de la peau (GOYRAND).

§ 158. — Nous avons vu que l'on ne réussit pas toujours à trouver l'intestin pour le suturer à l'endroit normal. D'après la statistique de CURLING, les insuccès auraient même été jusqu'ici très fréquents, puisque sur 100 cas, cet auteur en a trouvé 38 dans lesquels l'opération de proctoplastie fut laissée inachevée. Bien que, dans un certain nombre de ces cas, on aurait peut-être fini, avec un peu plus de hardiesse, par rencontrer l'intestin, il n'en est pas moins vrai que l'on se trouve souvent dans l'impossibilité de terminer l'opération, abstraction faite des cas dans lesquels le rétrécissement ou oblitération de l'intestin siège plus haut, au niveau de l'S iliaque.

Pour les cas de cette dernière catégorie, il ne reste plus que la ressource de donner issue aux matières fécales sur un point plus élevé de

l'intestin, et nous avons ici le choix entre l'établissement d'un anus lombaire (CALLISEN) ou d'un anus iliaque (LITRE); dans le premier cas, on ouvre le colon descendant, et dans le second, l'S iliaque. (Voir, du reste, la fin du § 153.)

On ne connaît jusqu'ici qu'un petit nombre de cas dans lesquels l'anus artificiel lombaire, pratiqué chez l'enfant, a permis à l'opéré d'atteindre un âge un peu avancé. CURLING rapporte deux observations : dans l'une d'elles, l'enfant atteignit sa huitième année ; en outre, un enfant opéré par TUNGEL en 1851, était, paraît-il, encore vivant en 1861. Quand à l'anus iliaque, ROCHARD a pu en recueillir cinq observations, dans lesquelles l'opéré vécut longtemps ou atteignit même un âge très avancé. Les difficultés opératoires sont, chez l'enfant, évidemment plus grandes dans la région lombaire qu'au niveau de la fosse iliaque ; c'est surtout le cas lorsqu'on a affaire à des enfants gras, chez lesquels on est obligé d'inciser une grande épaisseur de tissus, dans un espace étroit, sans compter la possibilité de blesser le rein, de ne pas trouver le colon et d'ouvrir le péritoine. Ce sont là des motifs suffisants pour renoncer à l'anus lombaire. D'ailleurs, les résultats obtenus parlent certainement en faveur de l'anus iliaque.

Dans la région iliaque l'opération offre moins de difficultés, et dans la plupart des cas, on arrive sur l'S iliaque rempli de méconium. HUGUIER se base sur des recherches cadavériques pour conseiller de pratiquer l'opération du côté droit. Suivant cet auteur, en effet, l'S iliaque serait situé plus souvent à droite qu'à gauche ; il se dirigerait vers la fosse iliaque droite pour se porter ensuite du côté gauche et suivre la courbure du bassin. Cette opinion n'a pas été confirmée par les recherches de BOURCART, qui n'a trouvé que 43 fois sur 203 cas, la disposition anatomique admise par HUGUIER. BOURCART a démontré que l'S iliaque est situé directement au-dessous des parois abdominales, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et que, même dans les cas exceptionnels mentionnés ci-dessus, cette portion de l'intestin se rapproche le plus de la paroi abdominale du côté gauche, immédiatement au-dessous de son origine.

D'après ce que nous venons de dire, il est à conseiller, dans ces cas, d'établir un anus contre nature dans la région iliaque gauche immédiatement au-dessus et parallèlement aux deux tiers antérieurs de la crête iliaque gauche (TUNGEL). (Voir colotomie, à la fin de ce chapitre.)

§ 159. — Le traitement consécutif des enfants qui ont été soumis à la proctoplastie, consiste essentiellement à maintenir le terrain opératoire dans un état de propreté parfaite par des lavages fréquents de la plaie, surtout à la suite de l'évacuation du méconium. Pour le pansement, nous conseillons l'emploi d'onguent boriqué, que l'on applique en couche épaisse dans l'anus et sur les sutures. On évite ainsi la pénétration des matières fécales dans la ligne des sutures. Ces dernières sont enlevées vers le troisième ou quatrième jour. Lorsqu'on a suturé l'intestin à la peau, il n'est pas nécessaire, en général, de dilater l'anus par l'introduction de bougies ; cependant, on est parfois obligé de le faire dans les cas

mentionnés plus haut, de même que dans les rétrécissements de l'intestin qui surviennent quelquefois dans la suite. C'est au moment où la plaie est en voie de granulation, que l'emploi des bougies est le plus efficace; les bourgeons charnus, en effet, se prêtent fort bien à la dilatation.

A la suite de la proctoplastie, l'enfant, non seulement est menacé des complications accidentelles des plaies, telles que l'érysipèle et la diphtérie, mais il court, en outre, certains autres dangers qui sont le fait du siège de la lésion. [Sous ce rapport, nous devons mentionner tout d'abord le phlegmon du tissu conjonctif pelvien, sur lequel nous reviendrons dans le prochain paragraphe, et en second lieu la péritonite. Cette dernière complication est, du reste, évidemment moins à redouter chez les jeunes enfants que chez l'adulte, même lorsque le péritoine a été ouvert, sans doute parce que, chez les premiers, l'intestin n'est pas aussi rempli de matières fécales décomposées et putrides. Sur 62 enfants, chez lesquels on a réussi à trouver l'intestin et à former un anus à l'endroit normal, 22 sont morts des suites de l'opération (CURLING), résultat qui, certes, n'est pas mauvais si l'on prend en considération la gravité de l'affection ayant nécessité cette intervention chirurgicale.

Lésions traumatiques du rectum.

§ 160. — Si l'on fait abstraction des plaies produites par le bistouri du chirurgien, on a rarement l'occasion d'observer des blessures accidentelles du rectum par instruments tranchants. Bien plus fréquentes sont les plaies dues à des agents contondants. Tantôt il s'agit d'un corps dur qui a été chassé de dedans en dehors par les efforts des muscles abdominaux, et a provoqué des lésions plus ou moins graves, tantôt, au contraire, le corps a pénétré de l'extérieur à travers la cavité pelvienne, et a déterminé, le plus souvent, des blessures graves du rectum, compliquées de lésions d'autres organes, tels que la vessie, le péritoine et les intestins.

Les plaies du rectum produites de dedans en dehors sont dues au passage de corps étrangers à travers le tube intestinal. Lorsque ces derniers ont des arêtes vives, lorsqu'ils consistent, par exemple, en des fragments osseux pointus, ils peuvent, en sortant avec les matières fécales, blesser d'une façon notable la région du sphincter. Des masses fécales dures, remplissant le rectum, peuvent aussi jouer le rôle de corps étrangers; en pareil cas, c'est principalement lorsque les parois rectales sont pathologiquement amincies et relâchées, que l'on a vu se produire, chez des femmes, dans des efforts de défécation, des déchirures, des plaies transversales, des perforations de la paroi recto-vaginale. Enfin le passage de la tête de l'enfant, au moment de l'accouchement, détermine, assez souvent une déchirure du périnée s'étendant jusqu'au rectum.

Les lésions traumatiques produites directement par la pénétration de corps étrangers de l'extérieur, ne sont heureusement pas très fréquentes. Dans un certain nombre de cas on a vu se produire des blessures, en général, graves du rectum, par un coup de corne d'un taureau furieux; assez souvent elles s'accompagnent d'une plaie du périnée, et, chez la femme, d'une lésion du vagin. Des blessures plus dangereuses encore d'ordinaire, sont celles qui reconnaissent pour cause une chute dans laquelle la région anale rencontre un corps proéminent, tel qu'un pieu pointu ou l'extrémité d'un bâton, etc. Enfin, nous avons encore à mentionner les lésions que se font parfois les enfants, lorsque le vase de nuit, sur lequel ils sont assis, venant à se briser, un fragment de porcelaine pénètre dans le rectum.

On possède un certain nombre d'observations de plaies du rectum dues à la canule d'un clysopompe introduite sans précaution par une main maladroite (PASSAVANT, VELPEAU, ESMARCH). Dans ces cas la petite plaie produite par la canule, se complique d'une façon très fâcheuse de l'action du liquide injecté. Aussi voit-on survenir un phlegmon étendu du tissu conjonctif qui entoure le rectum, et la mort peut en être la conséquence. Il est, sans doute, plus rare d'observer une perforation à la suite de l'introduction d'une bougie, dans le but de dilater un rétrécissement du rectum. C'est surtout dans les cas d'ulcérations des parois rectales, que la bougie peut perforer ces dernières, précisément à l'endroit ulcéré.

Les **projectiles d'armes à feu** de petit calibre, qui perforent le bassin et atteignent le rectum, produisent ordinairement des lésions d'une haute gravité. On peut distinguer ici essentiellement deux types de blessures; dans le premier, le bassin est perforé plus ou moins transversalement, et la balle pénètre d'un côté pour sortir de l'autre, ou reste fixée quelque part dans le bassin. Dans ces blessures par coups de feu, qui, presque toujours, se compliquent d'une lésion des os pelviens, le rectum peut être perforé transversalement de part en part. Abstraction faite des lésions concomitantes possibles des vaisseaux et nerfs de la région, le danger de ces blessures réside dans la pénétration de matières fécales dans le trajet du projectile. Dans le second type de plaies du bassin par armes à feu, la direction de la balle est d'avant en arrière; le projectile perforé les parois abdominales et blesse volontiers le péritoine ou la symphyse, pour atteindre la vessie et le rectum. La lésion du rectum se complique alors, le plus souvent, d'une communication de ce dernier avec la vessie, et à côté du danger d'une infiltration des parties molles par les matières stercorales, le malade court celui d'une pénétration de ces matières dans la vessie, et de la cystite putride qui en est la conséquence; puis, lorsque le malade a survécu à ces complications, on a encore à redouter la formation de concrétions de la vessie et les inconvénients d'une fistule permanente. Le plus grand danger de ces blessures réside naturellement dans la lésion du péritoine, dont elles peuvent se compliquer.

§ 161. — Toutes les blessures graves du rectum font courir un double danger