

La portion anale tout entière peut être imperforée, le rectum étant développé normalement : le cul-de-sac du rectum se trouve donc, alors, situé à 2 centimètres environ au-dessus du raphé qui représente l'anus. C'est à ces cas surtout que convient la méthode d'Amussat, c'est-à-dire l'anus artificiel périnéal. On incisera couche par couche sur la ligne médiane en se dirigeant vers la concavité du sacrum, après avoir préalablement introduit une sonde dans la vessie chez le garçon, dans le vagin chez la fille, pour servir de point de repère. On sentira l'ampoule rectale avec le bout du doigt, on l'incisera : attirant ensuite avec des pinces les parois du rectum, on les fixera à la peau par plusieurs points de suture. Si l'on se contentait de donner issue au méconium sans attirer en bas les parois du rectum, sans suturer la muqueuse au tégument externe, toute la portion anale divisée se rétrécirait rapidement et, de plus, on verrait bientôt apparaître un phlegmon stercoral du bassin. Cette opération ne présente, d'ailleurs, aucune difficulté lorsque l'arrêt de développement est limité à la portion anale. Mais le cas devient très embarrassant lorsque, après avoir incisé dans la hauteur de 2 centimètres environ, on ne trouve pas d'ampoule rectale.

On pourra suivre alors la pratique de Verneuil, c'est-à-dire réséquer le coccyx, afin de remonter plus haut, sans danger, vers la concavité du sacrum. M. Delens a employé cette méthode avec succès, mais il a vu survenir à la suite une chute du rectum, accident tellement probable qu'il doit engager, selon moi, à ne tenter la résection du coccyx que si l'incision simple n'a pas réussi.

Enfin, si l'ampoule rectale n'est pas accessible par le périnée, la seule ressource sera l'établissement d'un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche, par la méthode de Littre.

A l'imperforation de l'anus se rattache l'importante question de la viabilité de l'enfant, vivement agitée à la suite d'une observation publiée par Leprestre (de Caen), alors que j'étais l'interne de ce chirurgien distingué. Un enfant avait survécu à l'établissement d'un anus artificiel établi d'après la méthode de Littre, et Leprestre soutenait, en conséquence, qu'un enfant né sans anus était viable. Un autre professeur de l'École de Caen, Le Bidois, prétendait le contraire.

La question, portée devant l'Académie de médecine, ne fut pas résolue, car des opinions opposées y furent également défendues. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette épineuse affaire ; je dirai toutefois, malgré l'opinion exprimée par U. Trélat dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, que, pour moi, un enfant né sans anus, étant privé d'un organe indispensable à la vie, n'est pas plus viable qu'un monstre acéphale. L'enfant privé de rectum ou d'anus peut devenir viable, mais il est dans l'impossibilité absolue de vivre sans l'intervention de la chirurgie : donc *il n'est pas né viable*. Je ne pense pas qu'aucun argument puisse détruire ce simple raisonnement.

On observe parfois des abouchements anormaux du rectum : c'est ainsi que chez les filles on peut trouver une imperforation de l'anus avec ouverture de l'intestin au niveau de la fourchette, en avant de l'hymen. Si l'orifice est suffisamment large pour laisser sortir les matières, si la vie est possible, il convient, à mon avis, d'attendre une ou plusieurs années avant de faire aucune tentative opératoire. Dans le cas contraire, il faut agrandir immédiatement l'orifice d'un coup de bistouri, en fendant la fourchette sur la ligne médiane pour donner une