

subir, soit des arrêts totaux ou partiels, soit de simples défécotoxicités. Dans le type le plus grave, il peut se faire que, sur un point quelconque de son trajet, le rectum subisse un arrêt total de développement, de sorte qu'il reste réduit aux dimensions très exiguës d'un tube épithélial filiforme qu'il présentait à ce moment.

Cette variété correspond aux faits qui sont signalés comme des absences du rectum : en réalité, ainsi que le démontrent des observations signalant l'existence d'un cordon joignant le cul-de-sac rectal à l'anus, il ne s'agit point là d'un véritable défaut de l'intestin au sens anatomique ; et l'on comprend bien qu'un tube épithélial filiforme, d'ailleurs étouffé dans les proliférations mésodermiques, échappe aux yeux.

Prenons un degré moindre : au lieu d'un arrêt du développement, il ne s'agit que d'un développement insuffisant. Il peut porter soit sur l'anus dont la perforation ne s'achève point, soit sur le rectum dont le cul-de-sac terminal demeure à quelque distance de l'orifice anal.

Enfin, dans une forme plus légère encore, le tube ano-rectal s'est bien canalisé : mais son calibre ne s'est point développé régulièrement, et quelques points, inégalement dilatés, persistent à l'état de rétrécissement ou de simple valvule.

**Symptomatologie.** — La rétention plus ou moins complète des matières fécales est le phénomène dominant des malformations ano-rectales : et l'on conçoit que son intensité symptomatique se subordonne aux degrés mêmes de cette rétention.

S'agit-il de ces variétés, avec abouchement anormal à la vulve ou au niveau des organes génitaux externes, mais où les matières gardent une issue facile, le vice de conformation est parfois compatible avec une existence prolongée ; et le fait est classique de la juive centenaire qui fut observée par MORGAGNI et qui rendait ses matières par le vagin.

Quand les abouchements anormaux se font par un orifice trop étroit ou s'ouvrent dans une cavité où les matières peuvent causer quelque trouble, la symptomatologie est proportionnelle à ces difficultés d'évacuation. Il est des faits où l'orifice de

communication est tellement serré qu'il ne laisse passer que des parcelles insignifiantes, ou même retient totalement les matières : en pareil cas, il n'est guère reconnu qu'à l'autopsie. Ailleurs, un abouchement du rectum dans l'urètre a pu être obstrué par un corps étranger : une fève dans le cas de FOURNIER, un noyau de cerise dans celui de FLAGIANI. Mais la malformation la plus fâcheuse est l'ouverture dans la vessie : dans les premiers mois, tant que les matières demeurent liquides et filtrent aisément, elles se mélangent à l'urine et sont expulsées avec elle ; plus tard, quand les fèces prennent de la consistance, l'obstruction se dessine, la cystite se déclare, l'infiltration d'urine ou la péritonite mettent fin à la vie.

Dans les cas où il y a une imperforation complète des voies intestinales, voici ce qu'on observe. Au moment de la naissance, l'enfant a pu paraître viable et bien constitué ; mais, quelques heures après on constate qu'il n'a pas rendu de méconium et l'examen se porte vers la région périnéale où l'on reconnaît soit un anus imperforé, soit une imperméabilité rectale au fond de l'infundibulum anal. L'enfant refuse de prendre ou de téter ; les vomissements apparaissent ; d'abord constitués par les liquides avalés, lait ou eau sucrée, ils se colorent et prennent un aspect fécaloïde. Le ventre se tend, la face se tire, les cris sont continus, la peau prend une teinte terreuse, le petit malade se refroidit, se cyanose et, si aucun secours ne lui est apporté, ne va point au delà du 4<sup>e</sup> ou du 6<sup>e</sup> jour.

**Diagnostic.** — Une règle est importante : examiner, dès la naissance, l'état des orifices naturels de façon à constater immédiatement les vices de la conformation. Il est vrai que cet examen peut être déçu par l'existence d'un orifice anal coïncidant avec un rectum imperforé. On apprend, dans ce cas, que le méconium n'est pas expulsé : les langes restent propres ; parfois, les tentatives faites pour administrer un lavement ont fait reconnaître à l'entourage l'existence d'un obstacle. Le médecin doit alors s'assurer d'abord qu'il n'y a point obstruction d'un orifice anormal, situé vers le scrotum, ou à l'entrée du vagin. Si un anus existe, le stylet ou la sonde



seront introduits dans la cavité : il sera quelquefois possible d'apprécier si l'on est arrêté par une cloison membraneuse peu épaisse ou bien si on bute contre une lame de tissu résistante. Quand il n'existe pas de traces d'anus, ce qui coïncide presque constamment avec un abouchement anormal, mais ce qui peut aussi s'observer dans le cas d'une atrésie ano-rectale simple, il faut s'efforcer de préciser à quelle hauteur se trouve l'ampoule rectale. Dans quelques cas on a pu la sentir bombant vers le plancher périnéal à l'occasion des efforts et des cris; mais ce renseignement est rare. Une sonde introduite dans l'urètre chez le garçon, dans le vagin chez la fille, a pu parfois apprécier l'absence de l'ampoule interposée en avant du sacrum; mais cette sensation est délicate et peut tromper, témoin le cas de DANYAU où la sonde avait touché le sacrum dans toute sa courbure et où l'on avait conclu à une absence complète du rectum, alors que l'oblitération consistait en un simple diaphragme.

Quand le méconium sort par un orifice anormal, ce symptôme est remarqué dès les premières heures et le siège de l'abouchement ectopique est souvent facile à reconnaître, quand il siège sur le périnée, sur le scrotum ou le pénis, à l'entrée de la vulve ou du vagin. Une sonde introduite dans la bouche anormale révèle le degré de perméabilité et la longueur du canal allant de l'anus à l'ampoule. On peut parfois sentir, surtout si une ébauche d'anus existe, le bout de sonde butant contre le cul-de-sac rectal qu'il déprime vers le doigt. — Quand l'abouchement se fait dans la vessie ou dans l'urètre, le mélange de l'urine et des matières révèle la communication anormale. Mais il est difficile de préciser si c'est la vessie ou l'urètre qui reçoivent la fin de l'intestin. Roux, de Brignolles, a dit que si la totalité de l'urine rendue est colorée par le méconium, l'ouverture est vésicale, tandis que, si les premières gouttes ont seules la teinte verdâtre, l'abouchement a lieu dans l'urètre.

**Traitement.** — Dans le cas d'une imperforation complète, le chirurgien, comme le dit S. COOPER, doit se décider à l'instant à créer une issue aux matières, car l'enfant est menacé de périr

avec les symptômes d'une hernie étranglée. L'urgence est moins pressante s'il existe une voie de dérivation, si l'anus est simplement rétréci, ou s'il y a un abouchement anormal préalable. Mais, toujours, l'intervention doit devancer les symptômes graves de rétention.

A quelle hauteur le rectum se termine-t-il ? Voilà une question importante, car le choix de l'intervention se subordonne à cette situation du cul-de-sac terminal.

Le débat, en effet, s'établit entre ces deux méthodes : l'anus ouvert au périnée, suivant les règles surtout tracées par AMUSSAT, c'est-à-dire placé en un point conforme ou très analogue au siège normal; l'anus contre nature, dont l'emplacement de choix est à la région iliaque, selon la méthode de LITTRE. Or, si l'anus périnéal est la méthode d'élection, chaque fois que l'ampoule rectale est accessible et que ses parois peuvent être mobilisées et amenées à la peau, l'anus iliaque s'impose dans les cas où le cul-de-sac terminal est haut

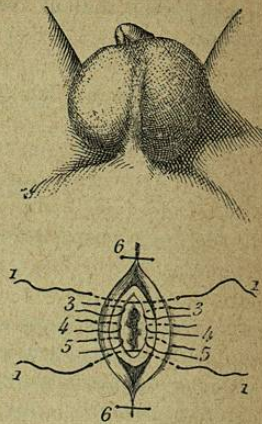


Fig. 186.

1, 1, 1, 1, points de suture des commissures de la plaie muco-cutanée. — 3 et 3, 4 et 4, 5 et 5, points d'union latéraux ou de muqueuse. — 6 et 6, points d'union des angles cutanés de la plaie (CHALOT).

situé, restant au voisinage du promontoire, échappant aux recherches et ne pouvant être descendu vers le périnée. Mais ce diagnostic reste souvent en suspens : ni la tension du périnée pendant les cris de l'enfant, ni la présence d'un anus bien constitué, ni le cathétérisme vésical ou vaginal ne permettent d'affirmer qu'il existe une ampoule assez basse pour être amenée au périnée. Il est donc fréquent que l'on commence par entreprendre une intervention périnéale, mais il est indiqué, devant une recherche infructueuse, de ne point la poursuivre. L'anus iliaque est devenu d'une telle bénignité qu'il vaut mieux alors commencer par parer au plus pressé en ouvrant une issue aux matières retenues. Au moment où on l'établit,



on pourra d'ailleurs explorer avec une sonde la profondeur du cul-de-sac rectal et apprécier s'il sera possible ultérieurement d'ouvrir un orifice au périnée, auquel cas on s'efforcera d'établir un anus artificiel provisoire, curable, c'est-à-dire étroit et sans éperon saillant, ou même de pratiquer d'emblée l'anus périnéal.

## CHAPITRE II

## MALADIES DU RECTUM ET DE L'ANUS

## ARTICLE PREMIER

## ABCÈS PÉRI-ANAU ET PÉRI-RECTAUX

**Définitions et divisions.** — Trois espaces cellulaires sont le lieu d'élection des *suppurations* péri-ano-rectales et des *fistules* qui souvent succèdent à leur ouverture spontanée ou incorrecte; car, le trait caractéristique de ces abcès, c'est leur tendance à la fistulisation. — D'abord, comme siège le plus fréquent, répondant aux abcès les moins graves et aux fistules les plus simplement curables, c'est le tissu cellulaire sous-cutané de la marge et sous-muqueux du canal ano-rectal. En dehors du rectum, entre l'intestin et les parois de l'excavation pelvienne, est un espace que le releveur de l'anus coupe obliquement en deux étages : l'inférieur décrit par VELPEAU sous le nom de fosse ischio-rectale; le supérieur, espace pelvi-rectal supérieur de RICHET, contenant, entre l'aponévrose supérieure du releveur et le péritoine, une couche celluleuse à mailles lâches et allongées.

Cliniquement, trois variétés sont superposables à ces sièges anatomiques : 1° les *abcès de la marge de l'anus* qui sont superficiels; 2° les *abcès de la fosse ischio-rectale*, qui sont périnéaux; 3° les *phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur*, qui sont intrapelviens.

**Étiologie.** — Les suppurations péri-ano-rectales reconnaissent : comme cause première, l'infection; comme causes