

sont plus communes chez les sujets du sexe féminin que chez ceux du sexe masculin ; les *imperforations* de l'an us et du rectum se conforment à cette règle. Les *atrésies* de l'an us ou du rectum, *compliquées de l'embouchure de l'intestin dans les organes environnants*, sont au contraire proportionnellement plus fréquentes chez les sujets du sexe masculin.

On peut se rendre compte jusqu'à un certain point du mode de production de ces difformités, en les considérant comme des *arrêts de développement*. Le rectum et l'an us ne se continuent ensemble qu'à une certaine période de la vie embryonnaire ; le rectum prend naissance aux dépens du feuillet interne ou muqueux du blastoderme, l'an us aux dépens du feuillet séreux ; à cinq semaines on aperçoit, à l'extrémité inférieure de l'embryon, une fente qui indique l'apparition de l'orifice commun à l'ouverture anale et à l'orifice uro-génital. Ce cloaque reçoit, par son fond, l'extrémité rectale de l'intestin et les parties des organes génito-urinaires en voie de formation. Ce n'est que plus tard que les divers organes aboutissant à ce cloaque se séparent les uns des autres par une sorte de cloisonnement. Que, par le fait d'un *arrêt de développement*, cette séparation ne s'effectue pas, et l'on aura ce vice de conformation dans lequel le rectum et les organes génito-urinaires s'ouvrent dans une poche commune ; si le cloisonnement ne s'opère que d'une manière imparfaite, on aura des *communications recto-vaginale, recto urinaire* ; que la paroi d'adossement de l'an us et de l'extrémité inférieure du rectum ne disparaisse pas, et on aura une imperforation plus ou moins longue du rectum.

La théorie précédente ne rend pas compte du mode de formation des rétrécissements simples de l'an us et du rectum. Pour expliquer ces coarctations, on peut admettre que la rétraction musculaire des sphincters ou des plans charnus du rectum a agi pendant une certaine période de la vie intra-utérine. Pour des anomalies plus complexes, il serait possible d'invoquer, comme point de départ, des désordres dans l'axe cérébro-spinal, ce qui amènerait une perturbation de l'action nerveuse (Bouisson).

Symptômes. Ils varient suivant l'espèce de vice de conformation. Les *rétrécissements congénitaux de l'an us* sont caractérisés par l'étroitesse de l'ouverture anale et la difficulté d'accomplir la défécation. Ce dernier signe appartient également aux *rétrécissements du rectum*. Pour apprécier l'étendue et le degré de coarctation, il convient d'explorer l'intestin avec le doigt ou avec une sonde flexible.

Rien de plus facile que de reconnaître, par la vue et par le toucher, une *imperforation simple de l'an us*. Il n'en est plus de même pour les autres vices de conformation. Il faut, sous ce rapport, distinguer les cas où l'an us n'existe pas de ceux où cet orifice est formé.

PREMIER CAS. L'ANUS MANQUE. Il y a alors deux problèmes à résoudre : le premier, si le rectum est pourvu d'une embouchure anormale ; le second, quelle est la situation de l'intestin par rapport à l'imperforation.

On reconnaît l'embouchure anormale, avec plus ou moins de facilité, d'après le siège du canal de dérivation. Si l'ouverture est placée à l'extérieur, sur un des points de la région ano-périnéale, on en apprécie l'exis-

tence sans peine, parce qu'on voit le méconium s'écouler par l'orifice anormal, et qu'un stylet introduit par ce dernier se dirige du côté du rectum. S'il existe une embouchure vésicale ou urétrale du rectum, il y a des troubles fonctionnels dans l'excrétion des urines ; celles-ci sont jaunâtres et entraînent des parcelles de méconium. S'il y a une embouchure vaginale, on la reconnaît par la sortie des excréments à travers la vulve, et par le toucher vaginal.

La *détermination exacte de la situation du rectum par rapport à l'imperforation* présente dans quelques cas de grandes difficultés. Si le rectum se termine *immédiatement au-dessus de l'obstacle*, le diagnostic ne saurait offrir d'embarras. En exerçant une pression avec le doigt sur l'opercule anal, pendant que de l'autre main on exerce une compression sur l'hypogastre, on reconnaît une tumeur fluctuante constituée par l'accumulation du méconium. Ajoutez que, dans ce cas, la membrane obturatrice du rectum fait une saillie prononcée au moment où l'enfant se livre à des efforts ; que la région ano-périnéale présente une voussure générale ; que, d'après les remarques d'Amussat, le diamètre coccy-pubien du bassin présente des dimensions normales, la pointe du coccyx étant même refoulée un peu en arrière ; enfin que, dans les cas où la membrane obturatrice est très-mince, on peut voir par transparence la couleur foncée du méconium accumulé au-dessus de ce diaphragme.

Lorsque le *rectum manque dans une certaine portion de son étendue*, on ne perçoit plus la sensation de fluctuation, en exerçant une pression à la fois sur la région ano-périnéale et sur l'hypogastre. On a proposé de pratiquer l'auscultation sur le périnée, pour entendre le bruit de gargouillement dont le réservoir du méconium est le siège ; ce signe est illusoire. Il est préférable de chercher à déterminer la situation de l'extrémité inférieure du rectum par une ponction exploratrice, suivant la direction présumée de l'intestin, avec un trocart ou un bistouri à lame étroite. En tenant compte de la profondeur à laquelle il a fallu enfoncer l'instrument pour obtenir une issue du méconium, on pourra apprécier la distance à laquelle l'extrémité de l'intestin se trouve de la région anale.

Dans le cas où le *rectum manque dans toute son étendue*, il y a un aplatissement de la surface qui forme le triangle postérieur de la région ano-périnéale, une saillie du coccyx sous la peau, une direction rectiligne du sacrum et du coccyx, une petitesse générale du bassin. Les ponctions exploratrices, pratiquées comme dans le cas précédent, ne donnent aucun résultat. Bouisson a proposé de pratiquer le cathétérisme par la vessie, de façon à faire arriver l'extrémité de l'instrument sur le promontoire du sacrum. La sensation perçue pendant cette exploration doit nécessairement varier, suivant que le bout de la sonde arrive directement sur le sacrum, en cas d'absence totale du rectum ; ou indirectement, en cas d'interposition de l'intestin.

DEUXIÈME CAS. L'ANUS EXISTE AVEC SES APPARENCES RÉGULIÈRES. Les malformations du rectum ne sont alors pas même soupçonnées à la naissance. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'attention est éveillée par l'ab-

sence d'expulsion du méconium. L'exploration de la région anale avec le doigt, ou avec une sonde, dénote l'existence d'un cul-de-sac infranchissable à une certaine hauteur. Il reste ensuite à déterminer le genre d'altération dont le rectum est le siège, et l'étendue dans laquelle cet intestin manque. On se conformera aux divers modes d'exploration indiqués précédemment.

Pronostic. Il est subordonné à l'espèce de vice de conformation. Les rétrécissements congénitaux de l'anus et du rectum s'accroissent parfois après la naissance, ce qui fait qu'on les rencontre chez les adultes. On a observé quelquefois la rupture spontanée de la membrane qui obture l'anus ou le rectum, sous l'influence de la distension occasionnée par l'accumulation du méconium.

Les imperforations accompagnées d'une ouverture du rectum dans le vagin sont bien moins graves que celles qui existent avec une ouverture dans la vessie ou l'urètre. Dans les cas où le rectum manque en partie ou en totalité, l'existence de l'enfant est prochainement compromise si l'on ne donne pas issue aux matières intestinales. Les anomalies très-complicées de l'anus et du rectum sont tout à fait incompatibles avec la vie; les enfants succombent promptement.

Traitement. Dans tous les cas où il existe un vice de conformation de l'anus ou du rectum, la première indication à remplir est de donner une issue suffisante aux matières intestinales, soit par les voies naturelles, soit par une voie artificielle. Les moyens à mettre en usage sont subordonnés à l'espèce de vice de conformation :

1° S'il existe un rétrécissement congénital de l'anus ou du rectum, ou des deux organes à la fois, il est préférable de pratiquer de prime abord une incision de l'anus, en ne dépassant pas en hauteur les limites du sphincter anal, après quoi on introduit une mèche de charpie ou une canule en gomme dans le rectum, pour maintenir la dilatation. L'incision est également applicable aux rétrécissements valvulaires.

2° Dans les imperforations simples de l'anus, on incise ou on excise la membrane obturatrice. Si l'opercule se trouve dans le rectum, à une petite distance de l'anus, une incision simple ou cruciale, suivie de l'emploi des moyens dilatants, donne également de bons résultats.

3° Lorsque le rectum s'ouvre dans la vessie ou dans l'urètre, il est préférable de pratiquer immédiatement un anus artificiel par l'une des méthodes décrites plus loin. L'ouverture du rectum par la voie naturelle, c'est-à-dire périnéale, est le plus souvent alors impraticable, à cause de la hauteur à laquelle se trouve l'extrémité inférieure de l'intestin. D'ailleurs, ce procédé laisserait subsister la communication entre le rectum et les voies ordinaires, ce qui peut avoir de graves inconvénients.

4° Si le rectum est imperforé et s'ouvre au niveau de la fourchette, l'anus vulvaire, qui existe dans ce cas, peut être assimilé à une fistule anale complète. Le traitement est alors simple : après avoir incisé l'imperforation, on réunit le conduit anormal avec le rectum, au moyen d'une autre incision pratiquée sur une sonde cannelée à laquelle on fait parcourir le trajet anor-

mal jusqu'au rectum. On maintient les deux ouvertures par un pansement méthodique avec des mèches de charpie.

5° Si l'anus s'ouvre dans le vagin, deux procédés peuvent être mis à exécution : (a) On incise la cloison recto-vaginale, depuis l'anus anormal jusqu'à la vulve, en prolongeant du même coup cette incision, en arrière, jusqu'au coccyx ; après quoi on fixe dans l'intestin une canule qu'on ramène vers l'angle postérieur de la plaie, afin de maintenir l'ouverture rectale. On peut ensuite obtenir la cicatrisation des bords de la plaie vaginale, préalablement rapprochés, par des points de suture. — (b) On introduit dans l'ouverture anormale du vagin un conducteur qu'on ramène vers la partie inférieure du rectum, de manière à le faire saillir vers la peau ; au moyen d'une incision dirigée sur la sonde cannelée, on rétablit l'anus naturel. Ce n'est que lorsque le sujet est plus avancé en âge qu'on entreprend la guérison de la fistule recto-vaginale, qui subsiste après le rétablissement de l'anus normal.

6° Dans les cas d'absence partielle ou totale du rectum, il ne reste d'autre parti à prendre que de faire un anus artificiel, par la méthode périnéale, iliaque ou lombaire. La première méthode est préférable, lorsqu'on est sûr de pouvoir atteindre le rectum. Si l'intestin manque totalement, c'est à la méthode iliaque ou lombaire qu'il faut recourir.

1° Anus artificiel périnéal. Le procédé généralement recommandé pour aller à la recherche du rectum manquant dans une plus ou moins grande étendue, à son extrémité inférieure, est le suivant :

L'enfant est tenu, les membres écartés et fléchis, sur les genoux d'un aide ou sur une table garnie. Placé en face du petit patient, le chirurgien explore la rainure périnéale ou interfessière, si elle existe. S'il ne rencontre aucun indice d'anus ou d'intestin, il reconnaît la pointe du coccyx, et divise les téguments, dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, en commençant l'incision en avant de cet os ; puis l'indicateur gauche, précédant toujours l'instrument, on incise les couches plus profondes, d'abord perpendiculairement, puis en inclinant par degrés du côté du sacrum, afin de ne pas blesser la vessie, qui, dans les cas d'absence du rectum, remplit presque en totalité la cavité abdominale, et de suivre le trajet habituel du rectum. On pénètre ainsi jusqu'à une profondeur de 4 centimètres. Si le doigt ne reconnaît pas au fond de la plaie la saillie et la fluctuation de l'intestin distendu, il faut s'abstenir de nouvelles recherches, bien que, dans ces cas, S. Cooper conseille, la mort n'étant pas douteuse, de plonger un trocart le long du doigt, dans la direction la plus probable du rectum. Si, au contraire on découvre l'intestin, on donne issue au méconium, et l'on agrandit l'incision en plusieurs sens. L'anus une fois établi, il s'agit d'en prévenir le rétrécissement et même l'oblitération. Alors même que l'ouverture, dans les premiers jours qui suivent l'opération, donne issue aux matières liquides, dès que celles-ci prennent de la consistance, leur écoulement est plus difficile ; la plaie a toujours une grande tendance à se resserrer, et il faut le plus souvent en venir à une nouvelle opération. En prolongeant l'incision jusqu'au coccyx pour ou-