

aussi pour pratiquer de nombreuses petites opérations telles qu'ablations de polype, et pour enlever des fragments de tissus destinés à l'examen histologique. L'introduction se ferait assez facilement jusque dans l'S iliaque et les malades supportent bien cette exploration. « Le malade étant sur le côté ou encore dans la position génu-pectorale, dit QUÉNU, on introduit l'extrémité munie de l'embout jusque dans l'ampoule. Nous trouvons qu'alors il y a avantage à se débarrasser de l'embout et à chercher à voir à chaque instant où se trouve la lumière de l'intestin, de manière à incliner vers elle l'instrument et à pénétrer ainsi en voyant d'avance le chemin à parcourir. »

II

VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS

ET DU RECTUM

Avec TRÉLAT, nous les classerons en quatre catégories :

Rétrécissements.

Imperforations ou atrésies.

Absences.

Abouchements anormaux.

Anatomie pathologique. — RÉTRÉCISSEMENTS. — Il est rare de voir le rétrécissement porter sur l'anus lui-même, et l'on cite les observations de SCULTET et de RONNHUYSEN où l'anus très étroit laissait à peine passer les liquides, comme tout à fait exceptionnelles. Ce qu'on observe ce sont des rétrécissements situés dans l'intérieur du conduit ano-rectal, soit en un point, soit sur une certaine longueur.

1. Les *rétrécissements valvulaires* ou membraneux, indiqués depuis longtemps par A. BARD, MASLIEURAT-LAGÉMARD, BOUSSON¹ etc., se présentent soit sous forme de *diaphragme*, mince membrane percée en son centre d'un trou plus ou moins régulier et de dimensions variables, soit sous forme d'*éperon* faisant saillie dans la cavité du rectum. Cette bride dure, saillante, falciforme, siège d'ordinaire sur la paroi postérieure du rectum à 3 centimètres environ de l'anus. Elle provoque des abcès, des fistules, qui, chose remarquable, viennent parfois s'ouvrir dans le rectum *au niveau* ou *au-dessous* de la valvule.

¹ BOUSSON. Thèse d'agrégation, 1851. — RÉGNIER. Des rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum. *Gaz. hebd.*, 1874.

2. *Les rétrécissements cylindriques* portent sur une étendue plus considérable : sur plusieurs centimètres le calibre du conduit ano-rectal est réduit au point de laisser à peine libre parfois le passage d'un stylet : l'ampoule est alors fortement dilatée au-dessus du rétrécissement. Cette forme est d'ailleurs très rare.

IMPERFORATIONS. — Le canal anal d'une part, le rectum de l'autre sont bien formés, mais la communication entre les deux ne s'est pas établie. Il persiste une membrane, non perforée cette fois et d'une épaisseur variable suivant les cas.

Tantôt c'est une simple cloison laissant voir par transparence le méconium accumulé au-dessus d'elle.

Tantôt c'est une barrière de 1 centimètre et plus d'épaisseur qu'il faudra traverser pour faire communiquer anus et rectum.

De là à un *cordon fibreux* plus ou moins long réunissant ces organes il n'y a que des différences de degrés correspondant aux transitions qui existent entre les imperforations simples et les absences de l'anus et du rectum. On connaît quelques cas exceptionnels de cloisons multiples superposées ; ils ont été rapportés par VOILLEMIER, LANNELONGUE¹, MARCHAND².

ABSENCES. — *L'anus manque*, aucune dépression ne l'indique ; la peau passe directement d'une fesse à l'autre et le périnée paraît élargi. La dissection montre une couche de tissu cellulaire plus ou moins épaissi ; des trousseaux fibreux, rarement quelques fibres musculaires constituent le seul vestige du sphincter anal.

L'absence du rectum coexiste fréquemment avec l'absence de l'anus. Le rectum oblitéré est réduit à un cordon fibreux d'une longueur variable, l'oblitération pouvant remonter dans certains cas jusque sur l'S iliaque. La vessie chez l'homme, l'utérus et le vagin chez la femme se portent vers le sacrum, occupant la place du rectum absent, et s'interposent entre l'anus et l'ampoule. Le péritoine entoure complètement cette ampoule et la disposition rappelle absolument celle de la séreuse au niveau du cæcum.

¹ LANNELONGUE. Note sur les cloisons congénitales du rectum. *Bull. Soc. Chir.*, 1884, p. 200.

² MARCHAND. *Bull. Soc. Chir.*, 1884, p. 209.

On verra quel intérêt présente, au point de vue opératoire, une pareille disposition. Le squelette est souvent déformé, les ischions sont rapprochés, le bassin en entonnoir a son diamètre inférieur très rétréci.

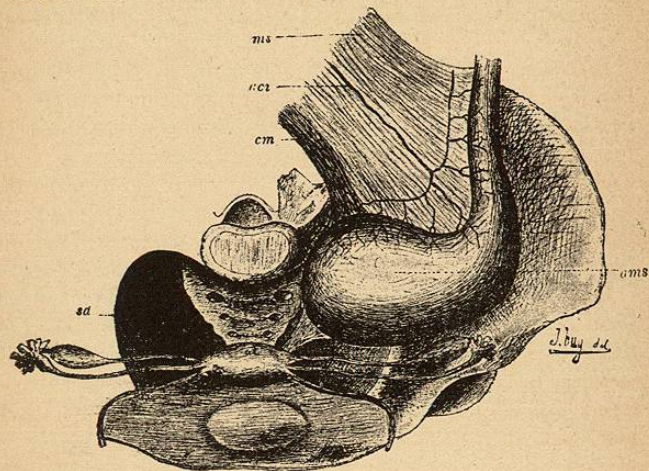


Fig. 6.

Absence totale du rectum; ampoule sigmoïde (CHALOT). *Soc. de chir.*, 15 avril 1896.

ams, ampoule sigmoïde. — ut, utérus et annexes. — sa, sacrum. — aci, artère colique inférieure. — cm, corde méso-colique. — ms, méso-sigmoïde.

ABOUCHEMENTS ANORMAUX. — Ces abouchements se font au niveau des différents organes qui dérivent de l'appareil urogénital.

Chez l'homme, le rectum peut s'ouvrir soit dans la vessie depuis le bas-fond jusqu'au col, soit dans l'urèthre¹, portion prostatique ou portion membraneuse. La communication peut être directe ou se faire par un trajet plus ou moins irrégulier. On voit aussi l'ouverture se faire au niveau du périnée, du scrotum, de la face

¹ FAVIER. Thèse de Paris, 1872.

inférieure de la verge. On a même signalé des cas où le trajet fistuleux cheminait à la partie inférieure de la verge, parallèlement à l'urèthre, mais sans communiquer avec lui, et s'ouvrait à peu de distance du gland.

Chez la femme l'ouverture dans la vessie n'a été observée que deux ou trois fois. La communication se fait d'ordinaire au niveau de la *vulve*, l'orifice se trouvant situé en avant de l'hymen, dans la fosse naviculaire, plus rarement dans le *vagin*, exceptionnellement dans l'*utérus*.

L'évacuation des matières se fait par l'orifice anormal, difficilement si la communication est petite, le trajet intermédiaire tortueux, facilement dans les conditions inverses. Souvent, surtout dans les communications avec les voies urinaires, l'évacuation qui se fait à peu près tant qu'il ne s'agit que de méconium, devient impossible quand les matières sont plus consistantes.

TRÉLAT classe encore sous le nom d'*abouchements pathologiques* certaines malformations absolument rares où l'on vit des ouvertures anormales se faire au niveau de la fesse (BOUISSON), sur le dos de la verge (FRISTO), sur la face postérieure du tronc à travers la 5^e lombaire (FRISTO).

Les cas d'ouverture à la paroi abdominale répondent à des vices de conformation de l'intestin plutôt que du rectum lui-même.

Pathogénie. — L'embryologie nous explique ces malformations. Il nous faut mettre en relief le développement simultané mais indépendant de l'anus et du rectum et le mode de cloisonnement du cloaque primitif.

1^o La partie terminale du tube intestinal se prolonge en arrière vers l'extrémité caudale de l'embryon. De sa paroi antérieure naît un bourgeon creux, le bourgeon allantoïdien, duquel dérivera la vessie. Donc primitivement allantoïde (vessie) et intestin terminal (rectum) communiquent : c'est le *cloaque interne*, fermé en bas par la *membrane anale*, accolement de l'ectoderme à l'endoderme.

2^o La partie toute postérieure de l'intestin, intestin post-anal,

s'atrophie et disparaît. Le cloaque se cloisonne, les uns disent par descente de l'éperon périnéal qui sépare l'allantoïde de la vessie, les autres par rapprochement transversal et fusion sur la ligne médiane des deux replis latéraux de RATHKE, fusion qui se fait de haut en bas.

3^o La membrane anale épaissie forme bouchon (bouchon cloacal de TOURNEUX). Sa partie centrale se creuse de lacunes, se résorbe, et ainsi se crée l'orifice anal. Cet orifice est limité en avant par le repli ano-génital de Retterer, résultat de la fusion transversale des replis de RATHKE, qui le sépare de l'orifice antérieur allantoïdien, futur orifice uro-génital.

Les malformations ano-rectales s'expliquent par un vice ou un arrêt de développement. Le travail de régression qui porte sur l'intestin post-anal s'étend-il trop loin, on trouve le rectum atrophié, rétréci par des brides plus ou moins saillantes ou même réduit à un simple cordon fibreux de longueur variable. Le bouchon cloacal non résorbé explique les absences d'anus ; une résorption incomplète les imperforations, les étroitesse congénitales, les valvules circulaires, les brides¹.

Quant aux abouchements anormaux c'est au cloisonnement du cloaque qu'ils doivent leur origine. Si le cloisonnement, complet ailleurs, ne se fait pas en un point, il en résultera une fistule. L'absence absolue de cloisonnement produit ces larges cloaques, rappelant l'état embryonnaire, véritables monstruosité, dit FORGUE², sans intérêt chirurgical.

Les communications qui persistent dans la partie supérieure forment des fistules unissant le rectum à la vessie, l'utérus ou la partie haute du vagin. Le plus ordinairement c'est à la partie inférieure qu'on voit l'arrêt de soudure des replis de RATHKE laisser communiquer le rectum avec l'urèthre chez l'homme, avec le vestibule du vagin chez la femme.

¹ Depuis les recherches de Retterer on n'admet plus guère l'ancienne théorie expliquant ces rétrécissements par la persistance de la membrane anale située à l'union des deux culs-de-sac endo et ectodermiques qui à l'état normal se réunissent pour former le conduit ano-rectal.

² FORGUE. *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. II, p. 790.

Étiologie. — Ce sont des malformations rares; réunissant les statistiques de COLLEIN, de COUTURE, de ZAHRI et de TRÉLAT, on trouve que sur un total de plus de 73 000 accouchements on n'a observé que 7 cas d'imperforation, soit un cas sur 11 000 enfants¹. Le rôle du sexe est nul. Celui de l'hérédité semble plus important, surtout au point de vue alcoolisme et syphilis. HARA a rapporté à la Société de médecine de Berlin (25 mars 1885) le fait assez extraordinaire de 6 cas d'occlusion anale, soit partielle, soit complète, observés dans la même famille.

Étude clinique. — Ce sont des symptômes de rétention qu'on observe, symptômes variables naturellement suivant l'obstacle apporté à l'émission des matières fécales. A ce point de vue il nous faut distinguer deux cas absolument différents :

1° L'ORIFICE EST SUFFISANT : la malformation ne se manifeste par aucun symptôme ; elle passera totalement inaperçue pendant longtemps et ne sera reconnue que beaucoup plus tard à l'âge adulte.

2° L'ÉVACUATION DES MATIÈRES EST IMPOSSIBLE, soit immédiatement en cas d'imperforation complète, soit au bout de quelques jours, lorsqu'un orifice anormal d'abord perméable au méconium liquide ne permet plus le passage de matières solides ou se trouve bouché par un corps étranger. Nous étudierons plus loin les malformations qui ne se manifestent qu'à l'âge adulte.

Chez le nouveau-né, si malgré la règle absolue à cet égard, on a oublié aussitôt après l'accouchement d'inspecter la région ano-rectale, voici ce qui se produit. L'enfant a été emmaillotté, mais lors des premières toilettes, on remarque que les langes ne sont pas encore souillés. Au bout de quelques heures il s'agite, il gémit, il refuse de prendre le sein et rejette par vomissement les quelques gouttes d'eau sucrée ou de lait qu'on lui avait fait prendre. Rapidement l'état s'aggrave : le ventre se ballonne, les vomissements deviennent bilieux, verdâtres, teintés par le méconium. C'est alors que l'entourage s'inquiète et souvent c'est en

¹ FOLLIN et DUPLAY. *Pathologie externe*, t. VI, p. 554.

voulant donner un lavement pour combattre ce qu'on regarde comme une constipation opiniâtre, qu'on reconnaît l'imperforation. Il n'existe aucun orifice dans toute la région périnéale.

Dans d'autres cas l'orifice anal existe ; à première vue il paraît bien conformé, mais la canule pénètre à peine, le liquide injecté revient aussitôt, clair ou ne ramenant qu'un peu de mucus. Le chirurgien appelé au bout de vingt-quatre heures, trouve déjà l'enfant abattu, les traits tirés. La peau est froide, le pouls filiforme, la respiration difficile entrecoupée de hoquets. Sous une paroi abdominale distendue on voit les anses intestinales se dessiner à travers la peau fine et souple. Partout la percussion, la chiquenaude donnent un son tympanique, sauf parfois dans la fosse iliaque gauche où il existe un peu de matité. Si l'on n'intervient pas rapidement, la face se cyanose, le petit malade se refroidit de plus en plus et meurt au bout de trois, quatre ou cinq jours. Dans quelques cas exceptionnels la mort n'est survenue que le douzième ou quinzième jour, dans d'autres au contraire, elle se produit très rapidement par péritonite consécutive à une rupture de l'intestin¹.

Les choses se passent de même, mais plus tard et moins brutalement en cas d'*abouchement anormal*. Le méconium fluide peut s'écouler librement par un orifice relativement très étroit s'ouvrant à l'extérieur ou dans les voies urinaires. Mais peu à peu les matières prennent de la consistance, des accidents de rétention surviennent, intermittents, subaigus tout d'abord, mais qui ne tarderont pas à se caractériser. Parfois même ils se produisent brusquement quand un corps étranger, une fève (FOURNIER), un noyau de cerise (FLAGIANT) ou des matières presque solides viennent tout d'un coup fermer le trajet. Le tableau clinique se complique d'autres symptômes quand l'ouverture anormale dans des organes voisins amène des complications graves telles que cystite, rétention d'urine, infiltration d'urine, etc...

Diagnostic. — C'est une règle d'examiner aussitôt après la

¹ LUDWIG. Sur un cas de rupture spontanée de l'intestin, conséquence d'une atrésie de l'anus. *Thèse de Greifswald*, 1891.

naissance la région ano-périnéale et de s'assurer de la disposition normale des orifices naturels. Le même examen s'impose plus tard lorsqu'on est appelé pour des accidents semblables à ceux que nous avons décrits plus haut. L'enfant est couché sur le dos, les cuisses relevées sur l'abdomen, la région périnéale bien visible. On reconnaît immédiatement l'absence d'anus : à peine une légère dépression, quelques plis indiquent-ils l'endroit où devrait se trouver l'orifice. Parfois, à travers un anus normal on voit bomber l'ampoule mince, tendue, avec sa coloration brunâtre caractéristique.

Mais il est des cas plus difficiles et moins favorables : le canal anal existe, l'obstacle est situé plus haut et accessible seulement au toucher rectal. Le petit doigt préalablement bien graissé est introduit doucement dans l'orifice anal et ne tarde pas à rencontrer soit une membrane qui bombe quand l'enfant pousse des cris, soit une cloison épaisse et résistante qui barre le passage. Le rectum peut n'être que rétréci, mais perméable, et le doigt, ou à son défaut une sonde mousse, un stylet arriveront à franchir le point rétréci et reviendront souillés de méconium. Un simple pli de la muqueuse peut faire obstacle au cathétérisme, aussi en cas de résultat négatif, est-il indiqué de compléter l'exploration par un examen fait avec un petit spéculum.

Exceptionnellement l'obstacle siège sur le côlon, l'intestin grêle : les lavements reviennent alors non colorés et l'on peut pousser très loin une sonde en gomme introduite dans le rectum.

Il faut songer à la possibilité d'orifices anormaux et rechercher s'il n'existe pas de petites fistules donnant issue à du méconium ou à des gaz. Ces fistules s'ouvrent généralement au scrotum, ou au niveau de la vulve chez les petites filles. Il est alors facile de les cathétériser. La chose est presque impossible pour les fistules situées au fond du vagin.

L'ouverture dans les voies urinaires se traduit par la coloration des urines qui tachent fortement les langes en jaune. D'après Roux (de Brignolles) les urines sont uniformément teintées si l'abouchement s'est fait dans la vessie ; les premières gouttes seules sont colorées ou le méconium s'écoule d'une façon continue quand l'abouchement a lieu dans l'urètre. Le fait de rame-

ner avec la sonde quelques parcelles de méconium est un signe de haute valeur.

Pronostic. — Le pronostic varie essentiellement suivant les conditions anatomiques ; une valvule, une membrane mince sont des obstacles faciles à supprimer ; une imperforation complète est chose beaucoup plus grave. Les abouchements anormaux, s'ils entraînent d'ordinaire des accidents moins aigus, ont aussi leur gravité, et rares sont les cas comme ceux de RICARD, de GIBERT, où des femmes atteintes d'anus vaginal ont pu atteindre un âge avancé et dissimuler leur infirmité. Le pronostic varie surtout suivant la rapidité avec laquelle on institue le traitement opératoire.

Traitement. — Il est un certain nombre de cas où l'obstacle est représenté par une simple membrane cutanée ou muqueuse à travers laquelle transparait le méconium. Au fond d'un canal anal bien conformé, on voit, on sent bomber l'ampoule rectale. Une incision cruciale suivie au besoin de l'excision des lambeaux donne issue au contenu de l'intestin.

Une cloison un peu épaisse et plus profonde inspire-t-elle quelques doutes sur la présence de l'ampoule, une simple ponction exploratrice renseignera bien vite le chirurgien. L'incision dans ces cas doit être plus prudente et il est bon de limiter la partie tranchante du bistouri en enveloppant plus ou moins sa lame de diachylon. Le résultat immédiat est excellent. Le résultat tardif est bon si l'on a soin de dilater le trajet avec le doigt pendant quelque temps, pour combattre le rétrécissement qui tend à se former au point où siègeait autrefois la cloison.

Mais il est des cas plus difficiles : le canal anal n'existe pas ; tout au plus une légère dépression, quelques plis radiés, parfois un bourrelet indiquent-ils la place où devrait siéger l'orifice anal. Quand l'enfant crie, le périnée distendu, repoussé, bombe ; on peut supposer que derrière ce soulèvement se trouve l'ampoule. Il y a même des cas plus embarrassants où la région périnéale est absolument unie et où il n'existe pas la moindre ébauche d'orifice anal. D'ailleurs, qu'il y ait anus ou non, rien ne ren-