

Les ouvertures dans la vessie ou la partie profonde de l'urètre présentent au contraire les plus grands inconvénients. Les matières fécales pénètrent dans la vessie, l'urine pénètre dans le rectum, il y a en somme persistance du cloaque. Ce mélange favorise la formation de calculs urinaires, qui peuvent d'ailleurs se développer soit dans la vessie, soit dans le rectum, comme dans le cas de Miller. En général ces orifices vésicaux ou urétraux sont trop étroits pour assurer l'évacuation du tube digestif, et, lorsqu'on n'intervient pas, la plupart des enfants succombent dans les quinze premiers jours. Cependant Fournier a rapporté l'observation d'un enfant qui avec un abouchement du rectum dans l'urètre a vécu jusqu'à trois ans. Lorsqu'il avait atteint cet âge, une fève de marais non digérée, s'étant engagée dans l'orifice, l'obtura complètement et l'enfant mourut d'occlusion intestinale. On trouve, dans Boyer, la relation d'une occlusion de ce genre déterminée par un noyau de cerise chez un enfant de sept mois.

Les ouvertures vaginales sont souvent compatibles avec l'existence. Les symptômes sont directement proportionnels à l'étroitesse de l'orifice. En général tout se passe bien, tant que l'enfant est nourri exclusivement de lait, les selles étant molles. Ensuite, lorsque les selles prennent de la consistance, l'évacuation devient plus difficile, et il peut survenir des coliques plus ou moins pénibles. Lorsque l'orifice est suffisant, la santé peut être parfaite et la vie longue. Témoin cette femme de Padoue que Mercuriali avait observée. Morgagni rapporte en effet qu'elle vécut jusqu'à cent ans. Switzer et Ricord ont rapporté l'histoire de deux prostituées que cette dégoûtante infirmité n'empêchait pas d'avoir des succès. Le cas le plus étrange est certainement celui de cette femme de quarante-huit ans dont Le Fort a raconté l'histoire. Son mari, le médecin qui l'avait accouchée trois fois et elle-même ignoraient l'existence de la malformation. Gibert s'en aperçut le premier en voulant pratiquer le toucher rectal.

Malgré ce cas, on peut dire que le diagnostic de ces malformations ne présente pas de difficultés.

Traitement. — La nécessité du traitement ne s'impose pas toujours ici avec le même caractère d'urgence que pour les imperforations. L'écoulement des matières étant possible, on peut dans une certaine mesure choisir son moment. Il faut cependant bien distinguer les cas.

Je laisse de côté les abouchements dans la zone abdominale. Dans ces cas exceptionnels, la partie inférieure du tube digestif paraît manquer, de telle sorte qu'on est à peu près désarmé.

Parmi les abouchements viscéraux, il faut distinguer ceux qui se font dans la vessie ou l'urètre postérieur, et ceux qui se font dans le vagin.

Les ouvertures dans les voies urinaires sont graves; nous avons vu que les enfants qui en sont atteints succombent, en général, dans

les quinze premiers jours. Ils sont graves et parce qu'ils sont ordinairement insuffisants et parce qu'ils exposent à l'infection de l'arbre urinaire. Il faut donc ne pas trop attendre. Mais il est absolument impossible de fixer, d'une manière générale, l'âge le plus favorable à l'opération. C'est affaire d'appréciation dans chaque cas particulier, et les éléments d'appréciation sont tirés d'une part de la manière dont s'exécutent les fonctions alvines, de l'autre de la résistance de l'enfant.

Dans les abouchements vulvaires ou vaginaux, il n'y a guère que des avantages à attendre que l'enfant soit devenu résistant. Hormis le cas où l'orifice est insuffisant, il faut au moins attendre qu'il ait dépassé sa première année. Je me demande même s'il ne vaudrait pas mieux remettre l'intervention à quatre ou cinq ans.

Je ne puis entrer ici dans beaucoup de détails sur la technique opératoire délicate qui convient à ces cas. Les abouchements vésicaux ont été considérés longtemps comme étant au-dessus des ressources de l'art. Ce triste pessimisme n'a plus de raison d'être aujourd'hui. Mais il est encore difficile de formuler exactement la technique qui convient. Les faits ne sont point assez nombreux. Il me semble cependant que le plan général de l'opération doit être à peu près le même que pour les abouchements vaginaux.

Pour ceux-ci les procédés opératoires sont multiples. Le plus usité est celui de Rizzoli, que Kirmisson qualifie de transplantation de l'anus au périnée. Ce n'est au fond qu'une proctoplastie. Voici quelles doivent être les grandes lignes de l'opération. Il faut, à mon sens, toujours commencer par inciser le périnée. Dans les cas d'anus vulvaires ou vaginaux, on trouve très facilement le rectum, d'autant plus qu'on peut introduire par l'anus anormal une sonde qui sert de guide. Dans les abouchements urétraux, cet artifice est impossible à employer, cependant le rectum est assez aisément accessible. Il n'en est plus de même dans les abouchements vésicaux, où la recherche du rectum peut être extrêmement laborieuse par la voie périnéale. Je suppose qu'on ait trouvé le rectum. Quel que soit le mode d'abouchement anormal, il y a une partie de l'opération qui ne change pas, c'est celle qui consiste à mobiliser le rectum, à l'abaisser et à le fixer au périnée, c'est la proctoplastie. Mais la manière dont il faut se comporter vis-à-vis de l'anus anormal diffère suivant les cas.

Quand l'orifice anormal s'ouvre dans le vagin ou à la vulve, il se trouve transformé en fistule vaginale ou vulvaire dès que l'anus a été rétabli en bonne place. Cette fistule n'a pas de grands inconvénients et souvent elle s'oblitére spontanément. Il n'est donc pas in-

(1) Voir pour le traitement des malformations ano-rectales : PUECH, thèse de Montpellier, 1890; — DUCURON, thèse de Bordeaux, 1889; — ETIENNE, thèse de Nancy, 1890; — DURAND, *Gaz. des hôp.*, 1894, p. 1301; — ROBERT, thèse de Lyon, 1896; — MATAS, *Trans. amer. Surg. Associat.*, 1897, vol. XV, p. 453.

dispensable de chercher à la fermer dans la même séance opératoire. Je suis convaincu qu'il n'y a que des avantages à le faire, mais ce n'est pas une nécessité.

Au contraire, quand il s'agit d'abouchements anormaux dans les voies urinaires, il est formellement indiqué, lorsque l'on fait la proctoplastie, de fermer en même temps la fistule, car non seulement elle n'a aucune tendance à s'oblitérer spontanément, mais en outre elle permet l'infection des voies urinaires par les matières fécales. Bien des opérés ont succombé à cette infection. Quand l'abouchement se fait dans l'urètre profond, le périnée est encore la meilleure voie pour l'atteindre et le fermer. Mais pour les abouchements qui se font dans la vessie, il est probable, sans qu'on puisse actuellement se prononcer d'une façon définitive sur ce point, qu'il y aurait avantage à combiner la laparotomie avec la périnéotomie.

RÉTRÉCISSEMENTS. — Ce sont les cas où l'évacuation des matières intestinales est possible mais insuffisante.

Anatomie pathologique. — Il est exceptionnel que le rétrécissement porte sur l'anus lui-même. On ne trouve guère dans cette catégorie que des cas anciens. Scultet dit avoir vu un nouveau-né dont l'anus n'admettait que la pointe d'une épingle. Ronnhuysen parle d'une petite-fille de quatre ans dont l'anus était si étroit qu'il ne pouvait donner passage qu'à des matières liquides. Boyer pensait que les rétrécissements relatifs de l'anus n'étaient pas très exceptionnels et leur attribuait un rôle considérable dans la pathogénie des fissures.

Les rétrécissements congénitaux typiques sont en forme de diaphragmes minces : leur siège d'élection est à l'union de l'anus et du rectum. Ce sont les rétrécissements *membraneux* ou *valvulaires*, signalés depuis longtemps par A. Bérard, Dubrueil et Benoît (de Montpellier), Maslieurat-Lagenard, Nélaton (1).

Leur forme varie. Tantôt c'est un diaphragme régulier, percé à son centre d'un trou circulaire comme ceux des instruments d'optique. Tantôt le diaphragme est incomplet : l'un des bords manque et celui qui persiste prend suivant les cas la forme d'une valvule ou d'une bride. Il faut rapprocher de ces cas la variété décrite par Tillaux sous le nom de *rétrécissement en éperon*. La bride qui repose sur la paroi postérieure du rectum a la forme d'un croissant dont la concavité est dirigée en avant. Les rétrécissements valvulaires sont quelquefois multiples. On trouve alors plusieurs diaphragmes superposés.

Il est une autre forme beaucoup plus rare des rétrécissements congénitaux : ce sont les *rétrécissements cylindriques*. La coarctation est alors plus étendue ; elle peut mesurer plusieurs centimètres de haut, et même porter à la fois sur l'anus et la partie inférieure du rectum. On peut s'en faire une idée exacte en supposant que le

(1) Paul Reynier leur a consacré une étude dans la *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* en 1878, n° 48, p. 759.

cordon cellulaire qui relie l'ampoule rectale à l'anus, dans certains cas d'imperforation, est canaliculé au lieu d'être plein. Le canal rétréci est tapissé de muqueuse. Cependant Marchand aurait observé un cas où la muqueuse manquait. Je crois que si l'on constatait histologiquement d'une manière irréfutable que la muqueuse manque, il faudrait supposer qu'elle a été détruite par ulcération plutôt qu'admettre son absence congénitale.

Les deux variétés de rétrécissements congénitaux peuvent coexister. Dans un cas de Lannelongue, il y avait deux rétrécissements valvulaires et un rétrécissement cylindrique intermédiaire.

Pathogénie. — Les rétrécissements congénitaux de l'anus sont dus à une coalescence exagérée des replis génitaux. C'est donc un vice et non un arrêt de développement. Seuls les rétrécissements valvulaires siégeant à l'union de l'anus et du rectum peuvent être attribués à un arrêt de développement. Ils sont dus en effet à une insuffisance de l'abouchement du rectum dans l'anus. Quant aux rétrécissements valvulaires situés plus haut, et aux rétrécissements cylindriques, ils ne sont pas explicables de cette façon. Il faut admettre, comme pour les absences d'une partie du rectum, que l'atrophie qui aurait dû se limiter à la partie post-anale du tube digestif, s'est anormalement propagée plus haut.

Symptômes. — Les symptômes initiaux sont directement proportionnels à l'étroitesse de l'orifice. S'il est réduit à l'état de simple pertuis, on voit paraître des accidents d'occlusion plus ou moins incomplets. Dans un très grand nombre de cas, il est suffisant pour laisser passer sans difficulté les matières molles, de sorte que tout symptôme manque. Les rétrécissements congénitaux peuvent ainsi passer inaperçus et même le rester longtemps.

Trélat a particulièrement insisté sur ces rétrécissements valvulaires dont la forme permet d'affirmer l'origine congénitale, et qui cependant ne donnent lieu à des symptômes sérieux que chez l'adulte. Dans certains cas, il se produit, pendant la jeunesse, quelques symptômes rectaux vagues ou de peu d'importance ; dans d'autres, rien ne paraît qui puisse faire soupçonner que le rectum est mal conformé. Le rétrécissement, qui est souple, n'offre que peu d'obstacle au passage des matières ; la musculature intestinale vigoureuse triomphe de ce faible obstacle ; la lésion est compensée. Avec l'âge, le rétrécissement s'épaissit légèrement, la musculature s'affaiblit et des accidents d'obstruction chronique paraissent à vingt-neuf ans, trente ans, quarante ans, cinquante et même cinquante-six ans. A ces accidents s'ajoutent des complications inflammatoires, rectites, ulcérations, abcès, fistules, qui viennent s'ouvrir au-dessus du rétrécissement. Il faut donc savoir que les rétrécissements congénitaux peuvent passer ina-

(1) MARCHAND, in Maurice JEANNEL, *Revue de chir.*, 1887, p. 280.

perçus pendant l'enfance et la jeunesse, puis déterminer des accidents, voire même des accidents graves, à un âge relativement avancé.

Bœckel a signalé un autre accident des rétrécissements congénitaux du rectum, le prolapsus. Le bol fécal, lorsqu'il est résistant, s'arrête au-dessus du rétrécissement et tend à le refouler devant lui pendant les efforts de défécation. Il l'entraîne de plus en plus bas et même jusqu'en dehors de l'anus. Le prolapsus est alors constitué.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut présenter de difficultés que dans le cas où le rétrécissement, ayant passé inaperçu, commence à déterminer des accidents à l'âge adulte. Alors même, les difficultés ne sont pas sérieuses, car aucun des rétrécissements acquis du rectum n'a les caractères physiques des rétrécissements congénitaux. L'étude du diagnostic trouvera mieux sa place au chapitre des rectites et des rétrécissements qu'elles engendrent.

Je dois cependant signaler un caractère particulier de ces rétrécissements congénitaux, sur lequel insistait Trélat, c'est qu'ils présentent une certaine mobilité verticale qui peut tromper sur leur siège réel. Ils se laissent refouler devant le doigt qui les explore, si bien que lorsqu'on les examine par le toucher, on est tenté de croire qu'ils siègent à 5 ou 6 centimètres. Puis si l'on vient à introduire au-dessus d'eux un instrument qui les accroche par en haut, et que tirant cet instrument en bas, on mesure la partie qui reste engagée, lorsqu'il est arrêté, on trouve qu'elle n'a que 2 centimètres. Ainsi, dans le premier examen, le rétrécissement paraît situé à 5 ou 6 centimètres; puis dans le second, il n'est plus qu'à deux. En réalité, il a été entraîné en haut, puis en bas; il n'est ni à 5, ni à 2 centimètres. Sa position vraie est intermédiaire, à 3 centimètres en général.

Traitement. — Il est tout à fait exceptionnel qu'on ait à intervenir pour un rétrécissement au moment de la naissance. Tant que les matières sont molles, il n'y a pas d'accident et le rétrécissement reste ignoré.

Ce n'est qu'au bout de quelques mois, et même souvent de plusieurs années, que les accidents surviennent et nécessitent un traitement.

La dilatation ne donne que des résultats insignifiants ou temporaires. Il faut agir plus énergiquement si l'on veut guérir le malade; et il est important de le faire, car les troubles de la défécation s'accroissent avec l'âge et des complications graves peuvent survenir.

Lorsque le rétrécissement est en forme de croissant on peut l'inciser verticalement. La plaie prend alors la forme d'un losange, et en réunissant les deux côtés supérieurs aux deux côtés inférieurs, on obtient une suture transversale qui élargit le point rétréci.

Si le rétrécissement est très bas situé, on peut prolonger l'incision verticale jusqu'à l'anus, et abaisser l'angle supérieur de la plaie de façon à la suturer à la peau.

Lorsque le rétrécissement est en forme de diaphragme complet,

on peut, ou bien faire en deux ou trois points la même opération que pour les rétrécissements en croissant, ou bien réséquer complètement la valvule. Si l'on prend ce dernier parti, il faut faire une suture très soignée de la plaie pour éviter la formation ultérieure d'un rétrécissement cicatriciel.

II

TRAUMATISMES

Dans ce chapitre des traumatismes, je décrirai les *corps étrangers du rectum*, les *plaies* et les *ruptures*.

1° CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM.

Les corps étrangers du rectum sont de trois ordres : 1° les matières fécales accumulées en excès; — 2° les corps étrangers avalés; — 3° les corps étrangers introduits par l'anus. On pourrait ajouter un quatrième groupe pour les corps étrangers qui pénètrent à la faveur d'une plaie. Mais outre que ceux-ci sont très rares, il est bien clair que la plaie devient alors plus importante que le corps étranger.

A. Coprostase. — Dans certains cas, les matières intestinales s'accumulent dans le rectum en telle quantité qu'elles y jouent le rôle de corps étrangers. Certains aliments prédisposent à la coprostase en rendant les matières plus abondantes ou plus résistantes. On conte qu'en Irlande, lors de la disette de 1846, ces accidents étaient fréquents chez les malheureux qui se nourrissaient principalement de pommes de terre avariées.

Parfois les matières s'agglutinent autour de corps non digérés, paquets de cheveux, coquilles de noix, noyaux de fruit, calculs biliaires, ascarides chez les enfants.

Ce qui prédispose le plus à ces coprostases excessives, c'est la parésie intestinale. Aussi la rencontre-t-on plus souvent chez les vieillards.

La quantité des matières accumulées peut être énorme. J'ai vu, à l'école pratique, un sujet dont le rectum distendu mesurait huit centimètres de diamètre. Non seulement les matières remplissent le rectum, mais elles remontent jusque dans le côlon. Tantôt elles forment une seule masse de la consistance d'un mastic épais; tantôt c'est un amas de matières ovillées enrobées dans du mucus grisâtre, produit d'une hypersécrétion de la muqueuse enflammée.

Les symptômes sont souvent très flous. Il ne faut pas s'attendre à trouver des signes d'occlusion intestinale bien manifeste, car