

soin de ne pas le fermer complètement, afin d'éviter qu'aucune portion de la muqueuse ne soit pincée entre les valves.

Les spéculums de ce genre (p. ex. celui de WEISS) ont une forme analogue à celle des spéculums du vagin, et ils sont introduits de la même manière, leur ouverture étant fermée par une tige de bois conique. Ils possèdent tantôt deux, tantôt trois valves. Un spéculum très commode pour l'examen des enfants, c'est celui de STEFFENS; il est à deux valves, et il ressemble au spéculum de KRAMER généralement employé pour l'exploration du nez; il n'en diffère guère que par ses dimensions plus grandes (Voir la figure).

Si l'on veut examiner certaines régions du rectum, par exemple la partie inférieure lorsqu'elle est le siège de fistules ou d'ulcérations, on se sert d'un spéculum en forme d'entonnoir, échancré sur les bords, analogue aux spéculums en verre destinés au vagin. Tel est celui de FERGUSSON en verre étamé et recouvert d'une couche de caoutchouc. On peut, du reste, pour chaque cas particulier, se faire construire par le premier ferblantier venu, un spéculum en fer-blanc, en ayant soin de faire bien arrondir les bords de l'échancrure.

Mais si l'on veut obtenir davantage du spéculum, il s'agit de déplier la muqueuse, de façon à pouvoir examiner convenablement la cavité rectale, ou dans le but d'y pratiquer quelque opération, on peut se servir avec succès du spéculum vaginal de SIMS, ou de celui de SIMON en forme de demi-gouttière. Cet instrument est indispensable même pour de petites opérations intéressant le rectum, car il présente de sérieux avantages. C'est le seul en effet, qui permette, par exemple, dans les opérations de fistules, de rendre accessible le champ opératoire, ou, en cas d'hémorragie, de voir le point d'où provient le sang et de faire l'hémostase. Nous n'avons pas à insister sur la possibilité d'introduire cet instrument après ce que nous avons dit de la dilatabilité du sphincter par l'anesthésiation chloroformique. Le malade est placé dans le décubitus dorsal ou dans la position de la taille, ou enfin dans le décubitus latéral, le haut du corps légèrement tourné en avant. L'introduction du spéculum se fait le plus commodément le long de la paroi postérieure du rectum, mais on peut également le placer latéralement ou en avant, en donnant une autre position au manche de l'instrument.

Lorsque, avec les moyens indiqués jusqu'ici, on ne parvient pas à poser le diagnostic, on se trouve dans un grand embarras, les autres procédés d'exploration étant beaucoup moins sûrs. Il en est ainsi avant tout de l'examen à l'aide de sondes. Celles-ci, en effet, dans des mains peu habiles, se prennent facilement dans des replis normaux et pathologiques de la muqueuse, et il est déjà arrivé souvent que des praticiens s'imaginaient traiter des rétrécissements du rectum, tandis que l'autopsie venait prouver ensuite que le véritable point rétréci siégeait bien loin de l'endroit où la sonde avait été souvent introduite. (Voir rétrécissements.)

Du reste on peut éviter en partie une pareille erreur en pratiquant l'exploration à l'aide d'une sonde à bout coupé, molle ou métallique, ou au moyen d'une sonde œsophagienne, et en injectant continuellement de l'eau à l'aide d'un clysopompe ou d'un irrigateur pendant que l'instrument pénètre dans le rectum. L'eau qui s'écoule de l'orifice du tube fraye le passage à ce dernier en dépliant la muqueuse dans toute la partie normale du rectum, et elle laisse pénétrer l'instrument jusqu'au point véritablement rétréci que la colonne liquide ne parvient pas à dilater.

La quantité d'eau qui pénètre dans la sonde, donne une idée approximative de la hauteur à laquelle se trouve le point oblitéré de l'intestin. Dans les conditions normales le liquide remonte au moins jusqu'à la valvule iléo-cœcale (voir plus loin), et il peut même, dans certains cas, vaincre cet obstacle et arriver dans l'intestin grêle (SIMON). Si l'eau pénètre difficilement et en petite quantité (par exemple seulement un demi-litre), on peut en conclure que le rectum est oblitéré en un point relativement bas.

On peut faire pénétrer dans l'intestin de grandes quantités d'eau, et il importe, au point de vue du traitement, de connaître les conditions dans lesquelles ce moyen réussit le mieux. SIMON a démontré (voir aussi à ce sujet § 74) qu'à l'aide d'un clysopompe muni d'un embout court, on peut injecter de grandes quantités d'eau dans l'intestin. De même, au moyen d'un irrigateur auquel est adapté un tube plus long (3 à 4 pieds), on parvient facilement à introduire plusieurs litres d'eau ou d'autres liquides. Toutefois, dans la position habituelle du malade, c'est-à-dire le décubitus dorsal, une assez forte pression est nécessaire pour que le liquide pénètre dans l'intestin. Or, la diminution de pression intra-abdominale qui se produit dans diverses positions du corps, peut être utilisée pour injecter de l'eau dans l'intestin avec la plus grande facilité, sans qu'il soit nécessaire d'user d'une pression extérieure un peu considérable (HÉGAR). De fait, dans certaines positions du corps, la pression dans l'intérieur de l'abdomen s'abaisse jusqu'au niveau et même au-dessous de la pression atmosphérique. Dans ce dernier cas la pression devient négative, de sorte qu'il se produit une véritable aspiration du liquide qui pénètre dans le rectum. Il suffit pour cela de placer le malade sur les genoux et les coudes ou dans une position analogue, dans laquelle il s'appuie sur les genoux et la région de l'épaule, de façon que la tête et la poitrine soient très basses relativement au bassin. La position de SIMS est moins convenable.

HÉGAR introduit dans le rectum du malade placé dans la position que nous venons d'indiquer, une canule à bout olivaire, auquel est fixé un tube en caoutchouc de 30 à 45 centim. de longueur. A la partie libre de ce tube est adapté un entonnoir dans lequel on verse l'eau en ayant soin de comprimer d'abord la partie du tube voisine de la canule, afin d'empêcher l'air de pénétrer dans l'intestin. S'il n'existe point d'obs-



taele, on peut ainsi introduire de grandes quantités de liquide dans le rectum avec une pression ne dépassant pas 30 centimètres; il est facile d'en injecter de 2 à 5 litres dans ces conditions. Le rectum ne se remplit qu'en tout dernier lieu, et alors le liquide s'écoule au dehors entre le tube et le sphincter. Ce procédé peut être employé soit comme moyen de traitement dans la constipation et l'obstruction intestinale, soit dans le but de nourrir le malade. Dans ce dernier cas, l'eau injectée sera remplacée par des liquides nutritifs, tels que du lait, des œufs, du bouillon, du vin, etc.

Malformations congénitales du rectum dues à des arrêts de développement dans le cours de la vie fœtale.

§ 150. — Jusqu'à la cinquième semaine on ne trouve au pôle inférieur du fœtus aucun orifice pour l'intestin et l'appareil uro-génital. Chez l'embryon la portion terminale de l'intestin, ou portion anale, destinée à devenir plus tard le rectum, se termine encore en cul-de-sac, et n'est en communication ouverte qu'avec l'allantoïde qui en provient. Celle-ci s'ouvre librement à la surface antérieure de l'abdomen, reçoit les conduits de Wolf et de Muller et constitue ainsi à cette époque l'orifice commun ou cloaque pour l'intestin et les organes génito-urinaires.

Vers la fin de la quatrième semaine commence à se dessiner, à l'extrémité inférieure de l'embryon, une dépression extérieure, qui bientôt s'unit au cul-de-sac de l'intestin. A l'époque où s'opère cette fusion, il se forme de nouveau un **cloaque**, la portion anale de l'intestin restant en communication avec la partie terminale de l'allantoïde (plus tard vessie et ouraque), ainsi qu'avec les conduits de Wolf. La séparation de ces différentes cavités s'opère jusqu'à la dixième semaine de la vie fœtale. L'intestin se sépare de la vessie et de l'ouraque, et au pôle inférieur du fœtus se forment les parties génitales représentées d'abord par le tubercule et les replis génitaux. Avant la formation du périnée, qui n'a lieu qu'un peu plus tard, la partie terminale de l'intestin n'est pas encore séparée des parties inférieures de l'appareil uro-génital (urètre chez l'homme, vagin chez la femme). Ce n'est qu'après la formation du périnée que les orifices du pôle inférieur du fœtus deviennent complètement distincts, et par conséquent après le quatrième mois (époque où le périnée se trouve constitué) un vice de développement ne peut plus se produire dans cette région.

§ 151. — Sans la connaissance de l'histoire du développement de l'extrémité caudale du tronc, telle que nous venons de l'esquisser rapidement, il est impossible de comprendre les diverses malformations que l'on y a observées. Nous n'avons pas à nous occuper ici de la formation de cloaques avec fissure de l'abdomen et de la vessie remontant à la première période du développement embryonnaire; ils sont la conséquence d'un arrêt de développement survenu à l'époque où la portion terminale de l'intestin communiquait librement avec l'allantoïde ouverte et avec l'orifice des conduits de Wolf et de Muller.

Dans les arrêts de développement qui nous intéressent ici, nous avons à prendre en considération essentiellement deux séries de malformations qui souvent se combinent entre elles. En premier lieu nous étudierons l'arrêt de développement qui prête à toutes ces malformations une grande importance clinique, et leur a fait donner le nom commun d'**atrésie de l'an**. Il consiste dans le défaut d'union du cul-de-sac de l'intestin avec la dépression anale de l'extrémité inférieure du tronc pour former un véritable rectum comme à l'état normal. Il peut se combiner

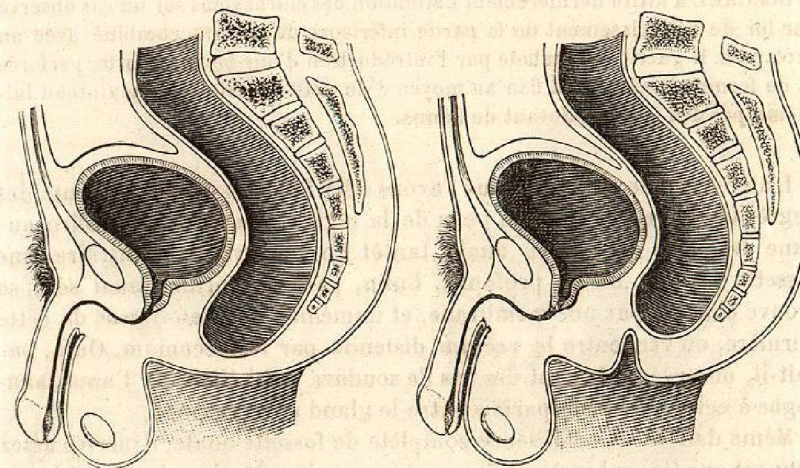


Fig. 53. — Atrésie de l'an.

Fig. 54. — Atrésie du rectum.

avec la seconde série de malformations, lesquelles consistent dans la persistance, depuis la période fœtale, de communications anormales entre le rectum et la vessie, entre l'urètre et le vagin, etc.

§ 152. — Examinons d'abord les cas simples d'atrésie, dans lesquels la partie terminale de l'intestin est complètement séparée de l'appareil uro-génital, de façon à ne pas présenter de communications anormales avec la vessie, le vagin, etc. Cette malformation peut être due soit à un arrêt d'accroissement de la portion terminale de l'intestin, soit à un développement insuffisant de la dépression anale. Le plus souvent cependant ces deux causes se combinent pour concourir au même résultat.

Les arrêts de développement du rectum sont relativement fréquents; cet organe se termine alors en pointe et en cul-de-sac vers le bas-fond de la vessie ou au niveau de l'urètre, parties auxquelles il est fixé. Lorsque le rectum fait entièrement défaut, l'S iliaque se termine en cul-de-sac, et il est libre et mobile dans la région du promontoire. Le plus souvent dans ces conditions il n'existe pas de dépression anale, et il en est de même dans les cas plus rares d'absence complète du rectum et de l'S iliaque, tandis