

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

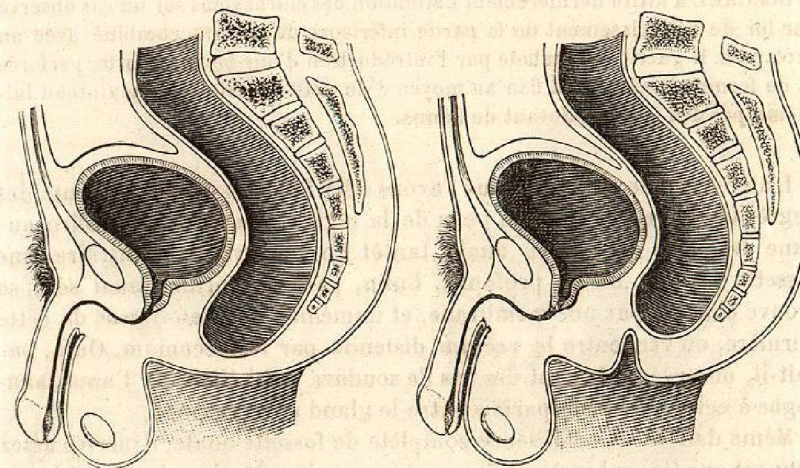


Fig. 53. — Atrésie de l'an.

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

que le côlon se termine en cul-de-sac dans la région de la crête iliaque gauche (FOERSTER).

Lorsque le rectum descend plus bas, il se trouve assez souvent relié à la fossette anale par un cordon ligamenteux ou musculaire.

La portion anale peut se développer davantage, et l'atrésie n'exister qu'à une hauteur de 3 à 6 centim.; enfin cette atrésie peut être incomplète et remplacée par un **rétrécissement congénital** plus ou moins étendu.

BOECKEL a attiré dernièrement l'attention des chirurgiens sur un cas observé par lui de rétrécissement de la partie inférieure du rectum combiné avec un prolapsus. Il guérit son malade par l'introduction d'une bougie courte, perforée et de forme olivaire, qu'il fixa au moyen d'un petit coussin à air maintenu lui-même par des liens au-devant de l'anus.

L'atrésie anale, comme nous l'avons déjà fait remarquer, présente des degrés très divers. Tantôt la peau de la région interfessière n'offre aucune trace de dépression anale, tantôt on observe, au contraire, une fossette plus ou moins profonde. Enfin, parfois, l'orifice anal seul se trouve oblitéré par une membrane, et immédiatement au-dessus de cette dernière, on rencontre le rectum distendu par le méconium. On a, paraît-il, observé également des cas de soudure épithéliale de l'anus, analogue à celle qui existe parfois entre le gland et le prépuce.

Même dans les cas d'absence complète de fossette anale, il arrive assez souvent que les sphincters n'en sont pas moins développés.

Si l'on veut établir une classification de ces différentes formes d'atrésie, on peut distinguer avec ESMARCH :

1. **L'atrésie ou imperforation de l'anus** (fig. 53). (Absence complète de la portion anale, existence d'une fossette, occlusion membraneuse, soudure épithéliale.)

2. **L'atrésie de l'anus et du rectum**. L'anus et le rectum font défaut. Le bassin est alors aussi, en général, peu développé.

3. **L'atrésie du rectum** (imperforation du rectum). L'anus est développé jusqu'au-dessus des sphincters, tandis que le rectum est fermé à une hauteur variable près du cul-de-sac anal (fig. 54).

Signalons enfin, malgré leur rareté, les cas d'absence de l'anus à l'endroit normal, tandis que l'intestin s'ouvre anormalement sur quelque autre point de la surface du corps, comme l'abdomen, le dos, etc., ou même dans la cavité buccale (BILS).

Nous avons à étudier ensuite la **seconde série de malformations**, mentionnées plus haut. Ici, la portion terminale de l'intestin ne se sépare pas à l'époque habituelle des parties avec lesquelles elle était en communication, mais reste en relation avec ces dernières. La réunion du rectum avec l'anus ne se produit, paraît-il, jamais, dans ces cas.

L'anus, lorsqu'il existe, se termine en cul-de-sac, et dans beaucoup de cas, il ne s'est pas du tout développé.

L'atrésie de l'anus, avec ouverture du rectum dans la vessie, est due à la persistance de l'orifice de communication entre la portion terminale de l'intestin et l'allantoïde qui en provient. Dans cette malformation que l'on a observée chez des garçons, il y a absence complète de la partie inférieure du rectum et de l'anus. Le rectum se rétrécit considérablement et s'ouvre dans le bas-fond de la vessie ou dans l'urètre immédiatement en avant de la prostate.

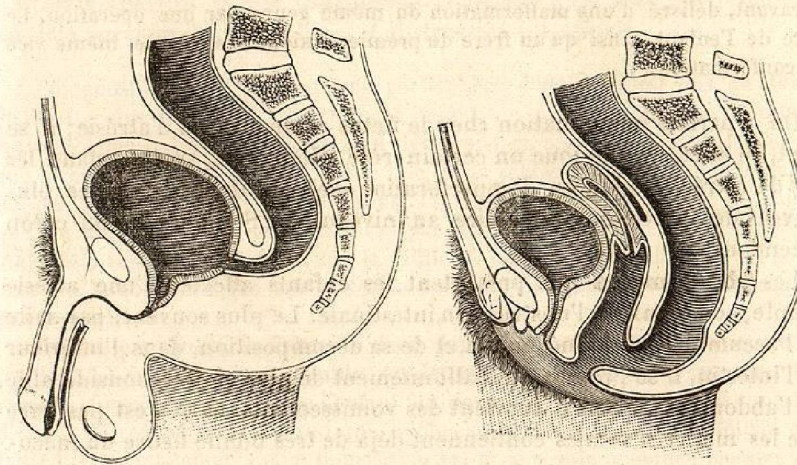


Fig. 55. — Atrésie de l'anus avec ouverture du rectum dans la vessie.

Fig. 56. — Atrésie de l'anus avec ouverture du rectum dans le vagin.

Cette dernière malformation, relativement fréquente dans le sexe masculin, s'observe plus souvent que l'**atrésie dite urétrale**, dans laquelle le rectum s'ouvre plus avant dans l'urètre. Il peut même arriver qu'un fin conduit descende le long de la paroi postérieure de l'urètre vers le périnée, et se termine ici sous forme d'une petite fistule, ou accompagne l'urètre jusqu'au gland, pour s'ouvrir dans la fosse naviculaire (atrésie périnéale, pré-scrotale, naviculaire).

Chez les **petites filles** on observe quelquefois une **atrésie de l'anus, avec ouverture dans le vagin**, le plus souvent à la partie inférieure de ce dernier, soit directement au-dessus de l'insertion de l'hymen, soit au-dessous de cette membrane. Il est très rare de rencontrer une fistule rectale siégeant à un niveau plus élevé. L'atrésie avec ouverture dans le vagin représente aussi un arrêt de développement datant de l'époque où la partie terminale de l'intestin et le sinus uro-génital s'ouvriraient en commun dans le cloaque. Chez le fœtus du sexe féminin, il ne reste du