

sinus uro-génital qu'une petite dépression, le vestibule du vagin, dans lequel s'ouvrent le vagin et l'urètre. Si l'anus ne se développe pas, et que la portion terminale de l'intestin ne se sépare pas du sinus uro-génital, il reste en relation avec l'ouverture de ce dernier, c'est-à-dire l'entrée du vagin (FOERSTER).

§ 153. — Nous ne connaissons rien des causes de l'atrésie anale, et toute tentative d'explication serait pour le moment sans aucune utilité. Disons seulement que cette malformation est quelquefois héréditaire.

A la clinique de Gœttingue a été opéré dernièrement un garçon atteint d'atrésie anale, et dont le frère avait été également, un certain nombre d'années auparavant, délivré d'une malformation du même genre par une opération. Le père de l'enfant, ainsi qu'un frère du premier étaient nés avec le même vice de conformation.

On a parlé d'inflammation chez le fœtus comme cause d'atrésie; il se peut, en effet, qu'elle joue un certain rôle étiologique, surtout dans les cas de rétrécissement ou d'imperforation siégeant dans les parties plus élevées de l'intestin, c'est-à-dire au niveau de l'S iliaque ou du côlon ascendant.

Les phénomènes que présentent les enfants affectés d'une atrésie simple, sont ceux de l'obstruction intestinale. Le plus souvent, par suite de l'accumulation du méconium et de sa décomposition, dans l'intérieur de l'intestin, il se produit un ballonnement de plus en plus considérable de l'abdomen. Bientôt il survient des vomissements, et il n'est pas rare que les matières vomies contiennent déjà de très bonne heure du méconium.

Lorsque le ventre est fortement ballonné, la respiration déjà faible par elle-même chez le nouveau-né, est encore gênée par le refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique, et l'enfant prend un aspect asphyxique. Assez souvent il survient une entéro-péritonite qui, ordinairement, détermine rapidement le collapsus et la mort. Quelquefois la mort est survenue promptement, par suite d'une péritonite due à la rupture du côlon distendu, et à l'épanchement de son contenu dans la cavité abdominale (CURLING). La mort peut arriver de bonne heure, c'est-à-dire dans les trois premiers jours, tandis que, dans d'autres cas, la vie se prolonge plus longtemps, grâce aux vomissements fréquents qui luttent efficacement contre la tension exagérée de l'abdomen. On raconte même (BARTHOLIN, BAUX, DENYS) que des individus nés avec une atrésie de l'anus sont arrivés à un âge avancé, et que les matières fécales étaient alors rejetées par les vomissements ou au moyen d'un tube introduit dans la bouche.

Le pronostic quoad vitam, au début, est un peu plus favorable dans les cas d'abouchement anormal de la portion terminale de l'intestin, et dans ce rapport, c'est l'ouverture dans le vagin qui se présente dans les

meilleures conditions. Il n'est pas rare alors de constater que l'évacuation des matières fécales est suffisante et se trouve même parfaitement soumise à la volonté. L'ouverture dans la vessie est moins avantageuse, car, alors, les matières fécales ne trouvant pas par l'urètre un écoulement suffisant, il en résulte une décomposition putride du contenu vésical, une cystite, et la formation de concrétions. Lorsque l'abouchement se fait dans l'urètre, l'évacuation des matières fécales est encore plus défectueuse, et, dans ces conditions, l'enfant, généralement, ne vit pas beaucoup plus longtemps que dans les cas d'imperforation complète de l'intestin.

Il arrive parfois que le diagnostic d'atrésie n'est posé que lorsqu'il est déjà survenu des symptômes d'obstruction intestinale.

Le diagnostic spécial de la forme particulière d'atrésie n'est pas du tout facile. Lorsque l'anus fait entièrement défaut, on ne peut admettre comme vraisemblable que le rectum est bien développé et arrive près de la surface, que lorsque la région anale présente une forte saillie au moment où l'enfant fait des efforts de défécation. Si l'anus étant formé, l'occlusion n'est produite que par une membrane, ou en tout cas par une cloison de peu d'épaisseur, le diagnostic reposera également sur la saillie de la membrane dans la profondeur de l'anus, ainsi que sur sa teinte bleuâtre qui lui vient du méconium par transparence.

Lorsque, par contre, en l'absence d'une dépression anale, la région correspondant à l'anus ne fait pas saillie au dehors et ne présente aucun changement de forme, même lorsque l'enfant fait des efforts de défécation, il y a peu d'espoir de rencontrer le rectum qui, le plus souvent alors, est très éloigné ou fait entièrement défaut. Cette supposition est encore mieux fondée lorsque le bassin est particulièrement petit et étroit. En l'absence de ces signes, on reste dans le doute au sujet du point où doit être cherchée la portion terminale de l'intestin; cependant, on aura un point de repère dans les cas de communication anormale de l'intestin avec d'autres cavités. Lorsqu'il existe un cul-de-sac anal, la portion terminale de l'intestin se trouve relativement basse, et elle doit être cherchée également dans la région périnéale dans les cas d'atrésie avec ouverture dans l'urètre. Malheureusement, on ne peut pas toujours reconnaître à un premier examen si la portion terminale de l'intestin s'ouvre dans l'urètre ou dans la vessie. Lorsque l'abouchement se fait dans la vessie, le méconium est évacué avec l'urine, tandis que si l'intestin communique avec l'urètre, les matières fécales sortent par ce dernier sans mélange d'urine, et, d'autre part, il arrive alors assez souvent que l'urine s'écoule sans présenter aucune trace de matières stercorales. Dans les cas douteux, c'est à la sonde que l'on s'adressera pour le diagnostic; si l'on réussit ainsi à constater que l'intestin communique avec la vessie, on devra en conclure que le cul-de-sac de l'intestin est relativement élevé.

§ 154. — Vu la gravité du pronostic des malformations que nous venons de décrire, une intervention opératoire est absolument indiquée; même chez les enfants qui rendent du méconium, grâce aux

voies de communication signalées plus haut, on sera obligé d'avoir recours à une opération, car il n'est pas rare d'observer que le passage relativement libre au début, fait place tout à coup à une obstruction qui détermine rapidement les symptômes d'occlusion intestinale décrits antérieurement.

Les opérations pratiquées dans le but de mettre fin à ces malformations, consistent à ouvrir, à l'aide du bistouri, le cul-de-sac intestinal. Il est clair que l'on atteindra ce but le plus complètement par l'établissement d'un anus à l'endroit normal; dans les cas favorables, cet anus peut même fonctionner normalement, grâce à l'existence à peu près constante de l'appareil musculaire de l'anوس. S'il est impossible d'atteindre par le périnée le cul-de-sac de l'intestin, il ne reste plus, comme dernière ressource, qu'à établir un anus artificiel sur un point plus élevé du tube intestinal. C'est alors sur le colon descendant qu'on pratique l'ouverture, soit par la région lombaire, soit au-dessus du pli de l'aîne du côté gauche.

Autrefois, les procédés d'ouverture par le périnée étaient relativement imparfaits. Naturellement, les résultats les plus mauvais ont été obtenus par la méthode qui consiste à plonger dans le périnée un trocart aussi gros que possible dans la direction où l'on suppose devoir rencontrer l'intestin. Ce n'est que dans les cas d'occlusion membraneuse, malgré l'opinion contraire d'anciens chirurgiens, que l'on peut espérer de créer ainsi un passage suffisant aux matières fécales. Dans tous les autres cas, on devra s'abstenir d'un semblable procédé vu l'incertitude du succès, et l'impossibilité de savoir sûrement si l'on rencontrera ainsi le rectum. D'ailleurs, même dans les cas où l'on réussit à ouvrir ainsi l'intestin, les résultats de l'opération sont si défavorables, que ce seul motif suffirait déjà pour faire rejeter le procédé en question. Il est vrai que l'on n'observe pas toujours alors une inflammation septique du tissu conjonctif du bassin ou une périlonite due à la lésion par le trocart; d'autre part, on peut bien obtenir passagèrement, et par des moyens de dilatation artificiels, maintenir quelque temps l'évacuation des matières; mais il faut s'attendre à ce que, tôt ou tard, le canal dépourvu de muqueuse se rétrécisse pour ne plus former qu'une mince fistule, ou s'oblitére même complètement.

Il est absolument indispensable de pratiquer dans la région anale une large incision qui donne un espace suffisant pour aller à la recherche de l'intestin. Une fois ce dernier trouvé, on l'ouvrira d'un coup de bistouri (**proctotomie**).

Si l'on se contentait d'inciser simplement l'intestin, ce n'est que dans les cas les plus favorables où ce dernier se trouve situé tout près de la région anale que l'on pourrait s'attendre à voir la muqueuse intestinale attirée vers la peau par la rétraction cicatricielle, de façon à tapisser toute l'étendue du canal ainsi reconstitué. Quant aux cas dans lesquels l'incision de l'intestin a dû être pratiquée sur un point plus élevé, leur marche est la même qu'à la suite des opérations par le trocart décrites

plus haut, c'est-à-dire que, d'une part, ils font courir le danger d'un phlegmon du tissu conjonctif, et, que d'autre part, le canal dépourvu de muqueuse a une tendance à se rétrécir par le fait de la rétraction cicatricielle.

Pour parer à ce double danger le seul procédé rationnel, le procédé en quelque sorte normal, est celui qui consiste dans la réunion en forme de lèvres de la muqueuse avec la peau, par des sutures passées à travers les bords de la plaie cutanée et de l'ouverture intestinale (**proctoplastie**). Dans quelques cas, il est vrai, où l'intestin est situé très haut, ce procédé ne peut être mis en pratique. Cette opération a été exécutée pour la première fois par AMUSSAT, qui lui a donné son nom, et elle a été généralement adoptée, à la suite des publications récentes de FRIEDBERG, de CURLING, etc.

§ 155. — Les **adhérences épithéliales** de l'anوس peuvent être facilement séparées à l'aide du doigt ou d'une sonde. Lorsque l'anوس est fermé par une membrane tendue et faisant saillie au dehors par suite de la pression du méconium, on fait une incision cruciale, et l'on excise, au besoin, les petits lambeaux ainsi formés.

Dans les cas d'atrésie ou d'absence de l'anوس, dans lesquels le rectum est situé à une assez grande distance de la peau, on commencera toujours l'opération par une incision longitudinale qui, partant du milieu du périnée, s'étend jusqu'à la pointe du coccyx. L'enfant est couché sur le dos et fixé de façon que le siège dépasse un peu le rebord de la table. Avant l'opération, il est bon d'évacuer l'urine, à l'aide d'une sonde, et lorsqu'on est obligé de porter le bistouri à une grande profondeur dans le bassin, on maintient, autant que possible, la vessie appliquée contre la symphyse en la refoulant en avant au moyen d'une sonde laissée à demeure. La plupart des chirurgiens ont abandonné la méthode des incisions cruciales et celle des incisions circulaires avec excision du lambeau cutané ainsi circonscrit (NÉLATON), car elles ne donnent guère plus d'espace, et, comme ESMARCH le fait remarquer avec raison, elles entraînent une lésion multiple des sphincters, et ne facilitent nullement la réunion de la muqueuse avec la peau. Quant à la longueur de l'incision, elle varie suivant la profondeur à laquelle on est obligé de pénétrer; il est certain qu'on ne pourra arriver à aucun résultat avec des incisions de la longueur indiquée plus haut, dans les cas où l'intestin se termine en cul-de-sac au niveau du promontoire, à une distance de 8 ou 10 centimètres de la peau, alors que, d'autre part, la cavité pelvienne est plus étroite qu'à l'état normal. Mais vu l'inconvénient d'un anus artificiel permanent au niveau de la région lombaire ou de l'aîne, on devra tout au moins tenter d'atteindre l'intestin, et dans ce but on prolongera l'incision soit vers le périnée, soit du côté du coccyx. Au niveau de ce dernier, c'est le long de ses bords latéraux que l'on agrandirait, au besoin, l'incision (AMUSSAT). On ne sait s'il y a réelle-