

## TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

### ICTÈRE DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Est généralement une affection insignifiante. — Ne dépend pas habituellement d'un désordre de l'intestin, mais de l'état imparfait des fonctions de la peau, et de celles des organes respiratoires. — Il résulte quelquefois de l'absence, ou de l'occlusion, des canaux biliaires. — Il existe, alors, en même temps qu'une tendance marquée à l'hémorrhagie, et devient rapidement mortel. — Il survient quelquefois chez les enfants dans les mêmes circonstances que chez l'adulte.

CONSTIPATION. — Résulte quelquefois de l'obstruction mécanique de l'intestin — qui peut être congénitale, comme l'imperforation de l'anus et du rectum. — Variétés de ces malformations. — Leurs symptômes généraux. — Lignes particulières de chaque espèce. — Leur danger comparatif, et le traitement qui leur convient. — Obstruction de l'intestin de cause non congénitale. — La hernie étranglée est très-rare dans la première enfance. — Intus-susception des intestins. — Ses symptômes, — Habituellement plus caractéristiques que chez l'adulte. — Elle est généralement mortelle. — Guérit quelquefois spontanément. — Conseils pour son traitement.

Il est curieux d'observer les changements qui se produisent dans la coloration de la peau de l'enfant pendant les premiers jours qui suivent sa naissance, et de voir comment sa couleur rouge prononcée se transforme, par degrés, en la teinte rose pâle d'un baby bien portant. Mais il y a surtout un degré intermédiaire entre les deux, où la peau, ni rouge ni pâle, a une coloration jaune foncé, qui survient au troisième jour après la naissance, environ, et se prononçant davantage pendant un jour ou deux, disparaît très-lentement ; l'enfant, cependant, durant tout

ce temps paraît bien portant, les fonctions digestives se font convenablement, et la couleur des urines n'est point foncée. Bien qu'on ait donné à cet état le nom de jaunisse ce n'en est réellement pas une : mais il est le résultat des changements que le sang subit dans la peau trop congestionnée, la rougeur s'effaçant à la manière de celle des contusions, en passant par des teintes jaunes pour arriver à la véritable couleur des chairs en santé.

Cette coloration ictéroïde de la peau ne s'accompagne pas du changement de couleur de la sclérotique, qui manque rarement quand les fonctions du foie sont troublées.

On a proposé (1) pour distinguer le changement physiologique de couleur qui survient après la naissance, de le désigner par le nom d'*ictère local*, et d'appliquer celui d'*ictère général* aux cas dans lesquels la coloration jaune est l'indice d'un trouble hépatique.

**Ictère des nouveau-nés.** — L'ictère général lui-même n'est pas souvent d'une grande importance ; on a supposé que c'est là un état parfaitement naturel, dans lequel la peau, et d'autres organes de sécrétion, se chargent de bile jusqu'à ce que l'emploi qui sera fait de celle-ci pour l'accomplissement des fonctions digestives soit proportionné à son abondante sécrétion. Mais cette supposition est démontrée fautive par ce fait que la jaunisse n'affecte pas les enfants parfaitement bien portants, qui sont nés à terme, ont été nourris exclusivement du lait maternel, et ont été préservés contre le froid, sans être surchargés de vêtements, ou confinés dans une atmosphère viciée. Dans la maison d'accouchement de Dublin, où les enfants sont protégés avec le soin le plus grand contre le froid, et l'air vicié, les cas de jaunisse infantile sont très-rares ; tandis qu'à l'hospice des Enfants assistés de Paris, la jaunisse est si fréquente que peu d'enfants y échappent. Presque tous les enfants de cet établissement ont été exposés au froid dans le trajet fait pour les y transporter, et souffrent de l'influence combinée du froid et du mauvais air, pendant le séjour qu'ils y font ; conditions qui nuisent sérieusement à l'accomplissement régulier des fonctions de la peau, et des organes respiratoires.

(1) Seux, *op. cit.*, p. 280.

Les enfants chez lesquels la jaunisse est la plus fréquente sont ceux qui naissent avant terme, et faibles; et chez aucun, elle n'est aussi fréquente, et aussi intense, que chez les petits enfants affectés d'induration du tissu cellulaire, chez lesquels la coloration jaune est assez foncée pour se montrer dans le sérum qui infiltre le tissu cellulaire, ou qui s'est épanché dans les cavités de la poitrine, ou de l'abdomen. L'interruption des fonctions de la peau, et une grande faiblesse de celle des poumons, sont, comme vous le savez, les signes caractéristiques principaux de cette affection; et dans beaucoup de cas, aussi, il y a persistance d'une partie de la circulation fœtale, et le sang circule à travers des canaux qui devraient être fermés depuis le moment de la naissance. Ces faits semblent donner de la consistance à l'opinion soutenue par beaucoup d'écrivains d'une grande autorité, que la jaunisse des jeunes enfants n'est pas due à des causes résidant primitivement dans le foie, mais plutôt à un défaut de respiration, et à l'accomplissement incomplet des fonctions de la peau, dont le trouble hépatique, et la jaunisse persistante, ne sont que les effets. A mesure que les fonctions respiratoires et cutanées croîtront en activité, ce qu'elles ne tarderont pas à faire, si la cause de leur trouble n'est que légère et temporaire, la jaunisse disparaîtra d'elle-même. Il faut faire grande attention pendant son existence à ne pas exposer l'enfant à se refroidir, et à ne lui donner d'autre nourriture que le lait de sa mère. Pour peu qu'il y ait de la constipation, on peut donner 0,05 d'hydrargyrum cum cretâ, suivi d'une petite dose d'huile de ricin; et cette purgation hâtera souvent la disparition de la jaunisse; mais, dans le plus grand nombre des cas, il n'est pas même nécessaire de recourir à cette légère intervention thérapeutique.

**Conditions où l'ictère est grave.** — Outre ces cas, pourtant, où la jaunisse n'est qu'une indisposition sans importance, on en rencontre, quelquefois, où elle devient un symptôme d'une importance très-sérieuse. Ainsi, par exemple, on l'a vue survenir dans la péritonite des nouveau-nés, et dans cette entérite qui, comme l'inflammation du péritoine, est une des maladies endémiques des hospices d'enfants trouvés. Elle dépend, quelquefois, d'une inflammation du foie, quelquefois d'une phlébite des veines ombilicales: maladies que nous ne voyons point dans la pratique privée. Enfin, elle est parfois due à l'absence des cas

naux, hépatique, ou cystique, ou à l'oblitération de ceux-ci par une bile épaissie.

Quand la jaunisse dépend de la première de ces causes, la mort survient tôt ou tard; et quoique de temps à autre la vie se prolonge pendant des semaines, et des mois, période pendant laquelle, comme on pouvait s'y attendre, les évacuations sont privées de bile, cependant, dans la majorité des cas, l'issue fatale se produit dans la quinzaine qui suit la naissance; et ceci, à cause d'une hémorrhagie ombilicale après la chute du cordon. Un des traits caractéristiques de cette hémorrhagie, c'est que le sang n'est pas fourni exclusivement, quelquefois même pas du tout, par les vaisseaux ombilicaux, mais consiste, plutôt, en un suintement par la surface granulée du nombril. Le sang, également, est presque incapable de se coaguler, de sorte que, ni les styptiques, ni la ligature des vaisseaux, ne peuvent en arrêter l'écoulement. Le seul moyen dans lequel nous puissions avoir vraiment confiance est la ligature *en masse*; ou en d'autres termes en traversant les téguments à la base du nombril avec deux épingles à bec de lièvre, et serrant autour d'elles deux ou trois tours d'une ligature en fil de soie. Dans le seul cas d'hémorrhagie de cette nature que j'aie observé, ces moyens supprimèrent l'hémorrhagie, mais l'enfant mourut, probablement d'épuisement, dans les vingt-quatre heures qui suivirent; ou trente-six heures après la chute du cordon, et le commencement de la perte du sang. Naturellement, quand la perte de sang dépend d'un vice de conformation congénital des canaux hépatiques, tous les moyens mis en œuvre sont inutiles au point de vue de la conservation de la vie; mais en même temps la mort par hémorrhagie d'un enfant laissera dans l'esprit des parents une impression plus pénible que s'il était entraîné un peu plus tard par les conséquences éloignées mais inévitables de son affection. De temps à autre, aussi, en dépit de la coexistence de l'hémorrhagie, et de la jaunisse, on a pu arrêter la première; et la dernière a disparu laissant l'enfant complètement guéri; dans d'autres cas terminés par la mort, bien qu'on ait trouvé les vaisseaux ombilicaux persistants, et sans aucun caillot dans leur intérieur, les canaux biliaires étaient pourtant quelquefois perméables, et disposés d'une façon tout à fait naturelle.

Dans quelques exemples, comme nous nous l'avons dit, la vie se prolonge; et quand il en est ainsi, il survient un état d'atro-

phie générale, accompagné d'une augmentation de volume de l'abdomen dans les deux hypochondres ; et une attaque de diarrhée intercurrente épuise, généralement dans le cours de quelques mois, le peu de forces vitales existant. Il y a quelques années, grâce à l'obligeance de M. Jones de Tenby, j'ai vu un cas remarquable de cette nature, où la vie se prolongea pendant six mois et demi, malgré l'absence de vésicule biliaire ; mais, dans le plus grand nombre des cas, la mort survient dans les deux premiers mois. Dans le cas que je viens de citer il n'y eut d'hémorrhagie à aucun moment, mais, le troisième jour après la naissance, la peau commença à jaunir, et, à la fin de la troisième semaine, la couleur jaune était très-foncée. En même temps, on observa un gonflement de la grosseur d'un œuf dans la région hypochondriaque droite, pendant que les évacuations, depuis le second jour après la naissance, furent blanches comme de la crème, et que les urines étaient fortes en couleur.

L'enfant avait treize semaines quand je la vis ; elle était petite, chétive, blafarde, de couleur ictéroïde, mais non complètement jaune ; son abdomen mesurait 0,320 mill. à l'ombilic et 0,360 (deux pouces) 0,05 cent. plus bas. Cette augmentation de dimension due à une tumeur qui s'enfonçait en bas, du côté droit, presque jusque dans le bassin, échancrée du côté gauche de façon à faire moins saillie, bien que son bord dur put être suivi distinctement.

L'enfant mourut en trois mois, très-émaciée, pendant que l'abdomen était distendu par l'épanchement d'un litre, environ, de liquide dans la cavité péritonéale.

La rate était beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, et formait une tumeur dans les régions iliaque, et lombaire, gauches. Sa couleur était foncée, et son tissu plus ferme. A l'examen du foie, qui était fortement augmenté de volume, et pesait 370 grammes, on acquit la certitude que la vésicule manquait, et qu'à sa place existaient deux petits sacs sans aucune issue, dont l'un avait le volume d'un pois, l'autre à peu près le double ; et qui contenaient une matière consistante verdâtre, ressemblant assez à de la bile épaissie. En même temps, les canaux hépatiques étaient imperforés, et fortement dilatés.

L'intérêt de ces cas existe surtout pour l'anatomopathologiste ; mais une de leurs particularités, quelque peu étrange, consiste en ce qu'ils peuvent exister sur plusieurs enfants

de mêmes parents. J'ai connu une dame qui perdit trois enfants sur cinq, d'une jaunisse intense survenue après la naissance, et dont la dépendance d'un vice de conformation des voies biliaires fut constatée dans un cas ; dans le second, on ne fit pas d'autopsie ; et dans le troisième on affirme, mais d'après des raisons à peine suffisantes, qu'il n'y avait pas de vice de conformation. Une autre, dont j'ai vu mourir l'enfant d'une jaunisse, au premier âge, en avait déjà perdu trois par la même cause, et, le seul enfant qu'ait eu sa sœur était, aussi, mort dans des conditions semblables. La tendance héréditaire de cette maladie reçoit un nouvel appui de cette circonstance que, dans trente-six cas d'hémorrhagie ombilicale sur soixante-dix-neuf rassemblés par le Dr Stephen Smith (1), de New-York, d'autres enfants de mêmes parents étaient morts du même accident ; et la statistique plus complète du Dr Grandidier, de Cassel (2), donne un total de 41 enfants provenant de 18 mères, chez lesquels se montra l'hémorrhagie ombilicale.

La jaunisse peut, aussi, se produire chez d'autres enfants, dans les mêmes circonstances que chez les adultes, et avec des symptômes semblables ; les garde-robes sont décolorées, les urines foncées en couleur ; il y a plus ou moins de sensibilité à la pression, et de douleur dans la région hypochondriaque droite. Les affections de cette nature se rencontrent fréquemment dans l'été, et dans l'automne, particulièrement aux époques où règne la diarrhée, et où la peau prend, quelquefois, une teinte jaune quand les évacuations diminuent. D'autres fois, la jaunisse se montre comme affection idiopathique, bien qu'elle paraisse due aux mêmes causes qui ont produit de la diarrhée chez d'autres enfants.

(1) Dans le *Journal de médecine* de New-York, juillet 1855, vol. XV, p. 53. Quatre fois elle eut lieu chez deux enfants de la même mère, deux fois chez trois, et trois fois chez quatre. On trouvera des renseignements plus complets dans une publication faite par le Dr A-B. Campbell, sur le sujet de l'hémorrhagie ombilicale liée à la jaunisse, dans le *Journal du Nord* (*Notern journal*), août 1844 ; dans un estimable travail du Dr Ray, *In Medic. Gazette*, mars 1849 ; dans celui du Dr Manley, même journal, mai 1850 ; dans celui de M. E. Dubois, dont on a donné un extrait dans les *Arch. génér. de médecine*, oct. 1749 ; dans un essai du Dr Bowdich, dans l'*American Journal of medical science*, janvier, 1850 ; et dans une leçon du Dr Roger, de Paris.

(2) *Journal für Kinderkrankheiten*, mai 1859, vol. XXXII, p. 380.

Dans les exemples que j'ai observés, la peau n'a pas pris une teinte très-foncée, et rarement les symptômes généraux ont été graves. Il arrive, cependant, qu'un mouvement fébrile intense précède de deux ou trois jours l'apparition de l'ictère : la peau est sèche, mais pas très-brûlante ; il survient des vomissements, et l'enfant se plaint vivement de mal de tête, et de vertige ; il est agité pendant la nuit, ou se réveille en sursaut. La ressemblance de ces symptômes avec ceux qui se présentent dans des cas de maladie cérébrale réelle ne manque guère de causer de grandes appréhensions aux parents, et peut même faire que le diagnostic soit pour vous une œuvre difficile. Les particularités suivantes suffiront, pourtant, en général, pour vous garder de l'erreur. L'attaque n'a, le plus souvent, pas été précédée des indices d'une détérioration de la santé qui existent si souvent, pendant un grand nombre de jours, avant que les symptômes de la méningite tuberculeuse se montrent ; et elle ne s'accompagne pas de l'expression d'anxiété, de la chaleur de la tête, de l'aversion pour la lumière, qui caractérisent la maladie cérébrale. Bien que le sommeil puisse être troublé, il ne l'est pas autant que dans la méningite tuberculeuse ; le pouls est moins fréquent ; et si quelquefois l'enfant vomit, il n'a pas des nausées constantes. Lorsque vous ajoutez à ces symptômes la sensibilité à la pression dans l'hypochondre, ainsi que l'apparition au bout d'un jour ou deux, d'urines ictériques, et d'évacuations décolorées, et enfin la coloration jaune de la peau, la possibilité de l'erreur cesse d'exister.

**Traitement de l'ictère.** — Le traitement de la jaunisse dans l'enfance ne réclame que peu de médicaments. L'emploi de petites doses de sulfate de magnésie, associées à de la teinture de rhubarbe, suffit pour rétablir la santé du malade en quatre ou cinq jours. Si l'appétit continuait à être mauvais, et que l'enfant fût triste et languissant, après la diminution de la coloration jaune, et le retour de garde-robes d'un meilleur aspect, l'infusion composée de roses (1), seule ou unie à de petites doses de sulfate de magnésie, rendra un grand service. Dans quelques cas, cependant, le transport à la campagne, au bord de la mer, paraît être absolument nécessaire au rétablissement complet de l'enfant.

(1) Infusion de roses de Provins additionnée d'acide sulfurique dilué.

Beaucoup plus fréquents que la véritable jaunisse sont les cas désignés dans le public sous le nom de paresse du foie, dans lesquels il y a habituellement de la constipation, et des évacuation presque toujours pâles, et manquant de bile. Sans être positivement malades, les enfants ainsi affectés sont habituellement blafards, et paraissent mal portants ; leur appétit est capricieux et leur langue n'est jamais nette, mais recouverte d'une légère couche saburrale jaunâtre. Il n'est pas rare, en pareille circonstance, que le mercure ne devienne un remède domestique ; et le calomel est le médicament auquel on a recours aussi souvent que la constipation réclame l'emploi d'un purgatif. D'autres cas, d'une nature un peu différente, sont également loin d'être rares, et contre eux, aussi le calomel est une sorte de panacée. Ils sont communs chez les enfants, pour la plupart, un peu plus âgés que ceux qui constituent la première classe ; enfants dont la santé est en général bonne, et dont les fonctions intestinales sont habituellement régulières, mais qui, après quelques semaines, ou quelques mois, sont périodiquement attaqués par un mal de tête accompagné de vomissements bilieux qui durent pendant plusieurs heures, puis se calment, laissant les malades dans un état d'épuisement extrême, d'où ils ne sortent pas pendant plusieurs heures.

Les cas de cette dernière classe sont beaucoup moins sérieux que les autres. Ils sont, le plus souvent, des exemples de congestion du foie, produite par quelque erreur de régime, ou, ce qui est beaucoup plus commun, par l'habitude de prendre des aliments en excès. Il n'est nullement nécessaire pour provoquer ces symptômes, que les aliments soient de mauvaise qualité, ou qu'ils soient pris en quantité excessive ; il suffit simplement qu'on en donne un peu plus qu'il n'est nécessaire, et que les organes digestifs n'ont de force pour en assimiler.

Dans ces cas, il ne peut y avoir aucune objection à l'administration d'une dose de calomel pour arrêter le vomissement, ou pour soulager le foie par son action purgative ; mais, c'est en réglant, et en restreignant avec soin la diète, qu'on prévient la reproduction fréquente de l'attaque.

Les cas de l'autre espèce sont loin d'être aussi simples. On les rencontre chez les enfants délicats, souvent chez ceux dont la famille est entachée de scrofule ou de tuberculose. Chez eux, il n'est pas rare de voir les symptômes d'un trouble intestina

habituel, ou le défaut de sécrétion biliaire, se transformer en ceux d'une tuberculose générale, ou de la phthisie mésentérique.

Je ne sais pas quel est positivement l'état du foie dans ces cas, mais je suis certain que le recours empirique au mercure, qui ne fait que détruire, pour un temps peu long, quelque'un des symptômes d'une maladie profondément située n'est pas une judicieuse manière d'agir. Dans une forte proportion de cas, en effet, quand la santé et les forces font des progrès, il se produit spontanément une amélioration des fonctions digestives, et plus d'activité dans l'accomplissement de celles du foie. Nos efforts doivent d'abord tendre à favoriser cette amélioration de la santé générale : l'air, le lieu, le climat, et toutes ces questions qui, lorsqu'il y a menace de tuberculisation, attirent toute notre attention, sont, de même ici, d'une plus grande importance que les simples médicaments. Bien qu'on ne puisse naturellement se passer de ces derniers. J'ai souvent trouvé que l'acide nitro-muriatique (1) était particulièrement utile à la fois comme tonique, et aussi comme agissant sur le foie, et augmentant la sécrétion de la bile ; en même temps, s'il est besoin d'un apéritif, la poudre d'aloès ou celle de rhubarbe nous dispensera complètement de l'usage des mercuriaux ; ou du moins, nous permettra de les donner à doses moindres qu'autrefois. Quelquefois, pourtant, ce traitement ne produit aucun effet, et nous sommes forcés de soumettre le malade à l'action continue des mercuriaux. Le médicament qui m'a paru le mieux réussir est le bichlorure de mercure, non pas seul mais dans une infusion de quinquina (2) ou la liqueur de quinquina, et la liqueur de taraxacum. Par l'emploi suivi de ce traitement, j'ai vu la guérison se produire alors même qu'il ne paraissait y avoir guère d'espoir d'une is-

(1) Voyez la formule n° 22, p. 632.

(2) N° 27. Liqueur de bichlorure de mercure. . . 3,50 — Un peu plus forte que la liqueur de Vans Wieten.

Mercure 1, eau 900.

Liqueur de taraxacum. . . . . 7,00 — Suc de racine de pissenlits additionnés d'un tiers d'alcool.

Liqueur de quinquina . . . . . 4,00

Teinture d'écorce d'oranges. . . . . 3,00

Sirop simple . . . . . 14,00

Eau distillée . . . . . 85, M. s. a.

Une cuillerée à soupe, deux fois par jour, pour un enfant de trois ans.

sue favorable. Le danger de la tuberculose est le grand danger qu'il faut avoir présent à l'esprit en pareil cas ; il faut éviter une diète sévère, les purgatifs violents ; et les symptômes généraux, plutôt que l'intensité du trouble des fonctions du foie, doivent déterminer notre pronostic, et régler notre conduite.

**Obstruction intestinale.** — Je n'ai rien à ajouter à ce qui a déjà été dit au sujet de la *constipation*, que l'on doit regarder plutôt comme le symptôme de différentes maladies, que comme une affection idiopathique spéciale. Il faut, pourtant, faire une exception à cette loi pour les cas où un obstacle mécanique s'oppose à l'action régulière de l'intestin. Cet obstacle consiste, dans quelques cas rares, en une *malformation congénitale des intestins*, dont le calibre est considérablement diminué, ou le canal complètement obstrué, ou même la continuité complètement interrompue. Ces faits, bien que d'un grand intérêt, et d'une grande importance, en raison de leur relation avec les lois qui règlent le développement fœtal, ne se prêtent cependant pas, pour la plupart, à l'intervention, soit médicale, soit chirurgicale. Mais tout en mettant de côté, comme étrangère au but que nous poursuivons, l'étude générale de ces malformations, nous devons insister un peu sur une de leurs variétés dans laquelle l'obstacle à la sortie des matières fécales se trouve placé très-bas dans le gros intestin, attendu que leur diagnostic est souvent facile, et que leur guérison n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

La cause de l'obstruction dans ces cas n'est pas toujours de la même nature, ni le malade toujours exposé au même degré de danger. On peut reconnaître *trois différentes classes de cette malformation*, pour chacune desquelles notre pronostic doit différer, bien que dans presque toutes il doive être réservé, et dans beaucoup extrêmement défavorable.

A la première classe, on peut rapporter tous les faits où le rectum est complet, mais où le canal est fermé, soit par une membrane à son orifice, ou située plus haut dans l'intestin, soit par l'adhérence des parois opposées de l'intestin.

La seconde classe comprend les cas où, en même temps qu'il y a absence de l'orifice naturel, l'intestin va s'ouvrir dans l'urèthre, la vessie, ou le vagin.

A la troisième appartiennent les faits dans lesquels il n'y a pas

simplement occlusion du canal intestinal, mais où il est en même temps mal formé, ou bien manque dans une étendue plus ou moins considérable.

L'affection, sous chaque forme, est assez rare pour rendre difficile l'évaluation de la fréquence relative de ses variétés. Le Dr Collins (1) n'en a vu qu'un cas sur 16,654 enfants nés à la Maternité de Dublin, et le Dr Zöhrer, de Vienne (2), dit ne l'avoir vue que deux fois sur 50,000 enfants nouveau-nés. La comparaison de 70 cas, empruntés à diverses sources, montre que 17 appartiennent à la première catégorie, 20 à la seconde, et 21 à la troisième; mais il est probable qu'on a omis de faire connaître un grand nombre d'occlusions simples de l'anus, pendant qu'on décrivait tous les exemples de malformation plus sérieuse.

Quel que soit le siège de l'obstruction, son existence se trahit dans tous les cas à peu près par le même ensemble de symptômes. L'attention est d'abord attirée par ce fait que l'enfant n'a pas rendu le méconium, bien qu'il se soit écoulé 12 ou 24 heures depuis la naissance. Une dose d'huile de ricin, ou de quelque autre apéritif, ne réussit pas à provoquer de garde-robe, est vomie, ou bien si elle n'est pas effectivement rejetée, produit des nausées et des renvois. Avant qu'il soit longtemps, l'enfant donne des signes de malaise, il a des crises de douleur pendant lesquelles il crie, et semble souffrir beaucoup. Dans quelques cas, il reste calme dans l'intervalle de crises, et semble assoupi, mais dans d'autres, il paraît être dans un état permanent de malaise qu'il traduit par un cri plaintif.

Les tentatives de téter sont suivies de renvoi, quelquefois de vrais vomissements, et des crises de renvois et de vomissements ont souvent lieu, même quand l'estomac est vide. Dans quelques cas, l'enfant ne ramène qu'un mucus peu abondant, quelquefois de couleur verdâtre, tandis que dans d'autres circonstances il y a vomissement de méconium; mais ceci est loin d'être constant. L'abdomen se distend, est tympanisé, et est d'autant plus volumineux, et d'autant plus tendu, que la vie se prolonge davantage, et en même temps toute pression sur cette partie augmente beaucoup le malaise de l'enfant. L'agitation augmente, et les crises de douleur deviennent plus sévères,

(1) *Systeme of midwifery*, p. 509.

(2) *Oesterr med. Wochenschr.*

l'enfant faisant souvent des efforts puissants pendant qu'elles existent. Mais à mesure que la force vitale s'affaiblit, ces efforts deviennent plus faibles, bien que les éructations et les vomissements continuent souvent jusqu'à la fin.

Le moment auquel survient la mort varie beaucoup, car bien que dans la majorité des cas l'enfant meure dans la semaine qui suit la naissance, on a pourtant rapporté des cas où il a survécu pendant plusieurs semaines. M. Arnott m'en a mentionné un dans lequel il a vu un enfant vivre pendant sept semaines et trois jours, bien que le colon se terminât dans une ampoule sans issue, et que le rectum manquât complètement. La mort se produit graduellement par l'aggravation des premiers symptômes; mais, de temps à autre, elle s'annonce par un état de collapsus dû à ce que l'intestin trop distendu s'est rompu. C'est pourtant là un fait rare, car je ne vois son existence mentionnée que dans trois des 75 cas dont j'ai parlé.

**Signes de l'imperforation de l'anus.** — En même temps que les signes généraux d'une obstruction intestinale, il y a, dans chaque cas, quelques signes spéciaux de l'espèce particulière de malformation à laquelle est due l'obstruction. Si l'anus est simplement fermé par une membrane, ou par l'adhérence de ses bords, la collection du méconium au-dessus de l'occlusion peut donner naissance à la formation d'une tuméfaction entre les fesses, et en même temps la couleur noire du méconium se montrer à travers le peu d'épaisseur de la membrane qui s'oppose à sa sortie. Dans d'autres cas, l'anus est bien formé, mais l'introduction du doigt, ou d'une bougie, dans le rectum fait découvrir l'existence d'une obstruction dans l'intérieur de l'intestin. D'autres fois, il n'y a pas trace d'anus, ou une simple dépression est tout ce qui indique la place qu'il devrait occuper; ou bien le rectum se termine par un cul-de-sac, ou encore il communique avec la vessie, l'urèthre, ou le vagin.

**Gravité de l'imperforation de l'anus opératoire.** — Bien que dans tous les cas le diagnostic soit suffisamment aisé, il est pourtant souvent très-difficile de remplir la véritable indication, c'est-à-dire de donner issue au contenu de l'intestin, et même, quand on y parvient, le résultat final, dans bien des circonstances, est extrêmement incertain. Si l'obstruction est située

à l'orifice de l'anus, une incision cruciale de la membrane qui le ferme, ou la ponction avec un trocart produiront un soulagement immédiat. Le pronostic peut, aussi, être très-favorable en pareille circonstance, car sur 15 cas de cette espèce, tous, sauf un, eurent une issue favorable. L'ouverture faite, il faut toutefois, faire attention à ce qu'elle ne se ferme pas ou se contracte trop. Dans ce but, on a recommandé de tenir dans l'anus une tenté de charpie pendant quelques jours, bien qu'on lui reproche de provoquer des efforts constants pour aller à la garde-robe, et qu'on ait conseillé de préférence (1) l'introduction fréquente du doigt, ou d'une bougie. Si l'obstacle est produit par une membrane placée plus haut dans le rectum, nous pouvons encore conserver l'espoir de réussir, bien que notre pronostic doive être plus réservé, puisque deux cas sur quatre de cette espèce eurent un résultat fatal. Dans l'un de ceux suivis de mort, il sembla que la rupture de l'intestin avait eu lieu déjà avant que l'opération fût faite; dans l'autre, on s'expliqua la mort de l'enfant par la découverte d'un second septum au-dessus de celui qui avait été divisé.

L'existence de l'anus, et d'une petite étendue d'intestin au-dessus de lui, bien que donnant au cas un aspect vraiment favorable, n'autorise pas à autant d'espérance que de prime-abord nous en pourrions concevoir. Les probabilités sont, en effet, que la distance n'est pas grande entre l'extrémité du rectum, et le cul-de-sac qui surmonte l'anus; pourtant, il peut y avoir un espace considérable entre les deux, ou bien, comme dans le cas que le Dr Arnott a été assez bon pour me communiquer, le rectum peut manquer complètement, le colon se terminant par une extrémité imperforée, et flottant dans la cavité abdominale.

(1) Je dois mentionner ici que j'ai vu une grande douleur, et beaucoup de difficulté pour aller à la garde-robe, chez un enfant de sept mois, résulter d'une étroitesse congénitale de l'anus. Pendant les trois premiers mois, l'enfant n'en avait pas souffert, mais plus tard, quand les matières commencèrent à être un peu plus consistantes, la constipation devint très-fatigante, la défécation difficile, douloureuse, et accompagnée de beaucoup de ténésme; en même temps que souvent les garde-robes contenaient des filets de sang. Le doigt pénétrait avec difficulté dans l'orifice anal, dont les bords se serraient avec force, tandis qu'au-dessus, le rectum était très-dilaté, et distendu d'une manière permanente par les faces. L'emploi quotidien d'une bougie para à cet inconvénient que je signale seulement à cause de sa rareté.

Dans la majorité des cas, les deux culs-de-sac sont unis l'un à l'autre par du tissu cellulaire dense, dans une étendue de trois à six millimètres, qui a quelquefois un caractère ligamenteux; et quelquefois, la fin du gros intestin est placée en avant du cul-de-sac anal. Cette dernière circonstance a, dans certains cas, fait échouer les tentatives faites pour remédier à cet état; l'instrument, bien qu'introduit assez profondément, passant en arrière de l'intestin distendu. Sur neuf cas de cette espèce, huit se terminèrent par la mort; dans quatre, on n'avait pas du tout atteint l'intestin; une autre fois, l'ouverture était trop étroite pour permettre la sortie du méconium. Il faut ajouter que dans trois des cas mortels, il y avait une diminution de calibre, sur différents points du gros intestin, qui aurait, par cela même, offert, un sérieux obstacle au rétablissement de l'enfant.

Dans douze cas, l'anus manquait, dans quelques uns, il n'y en avait aucune trace, et le rectum se terminait par un cul-de-sac éloigné de l'extérieur de deux à quatre centimètres environ.

Cinq fois les tentatives faites pour ouvrir l'intestin réussirent, et, pour un temps, l'enfant fut bien; dans deux autres, bien que l'opération fût suivie d'un soulagement temporaire, il survint pourtant des symptômes d'une inflammation de l'intestin qui amena la mort en peu de jours. Dans trois cas, il fut impossible d'atteindre l'intestin; et dans deux autres, on fit une ouverture, mais dont la dimension était insuffisante pour donner un libre passage au méconium accumulé, et l'issue fatale fut éloignée, mais non prévenue. Si on n'atteignit pas l'intestin, il paraît que cela dépendit, ou de ce que le trocart n'avait pas été introduit assez profondément, ou qu'il avait été dirigé trop en arrière. Le danger de produire une hémorrhagie, ou de blesser la vessie, que quelques opérateurs paraissent avoir redouté, n'est pas très à craindre. On semble avoir mieux réussi en faisant, dans ces cas, une bonne incision suffisamment profonde dans la direction du rectum qu'en se servant d'un trocart. Le conseil de M. Amussat, de tirer alors en bas le cul-de-sac de l'intestin, et d'unir par une suture ses bords divisés à la marge de la peau extérieure, de façon à prévenir l'infiltration des matières fécales dans l'espace qui sépare l'extrémité du rectum de la plaie des téguments, et de diminuer le danger de voir l'ouverture se fermer, mérite d'être pris en considération. Il fut suivi, en appa-