

ment un avantage sérieux à suivre le conseil donné par ESMARCH de circonscrire le coccyx par une incision bifurquée, et de rabattre ensuite cet os en arrière. On obtiendra en tout cas plus de place par la résection préalable du coccyx, opération qui a été proposée par AMUSSAT; dernièrement VERNEUIL l'avait déjà pratiquée cinq fois, et son exemple a été suivi par d'autres chirurgiens. VERNEUIL, après avoir détaché les parties molles du cartilage coccygien, résèque environ un centimètre de ce dernier, ce qui lui permet de pénétrer de quelques centimètres de plus dans la profondeur. Sur les cinq enfants opérés par ce procédé, il a obtenu deux guérisons.

Une fois l'incision terminée, la conduite ultérieure du chirurgien variera suivant la profondeur à laquelle il s'attend à rencontrer l'intestin. Si ce dernier fait déjà saillie à une faible distance de l'incision externe, il suffira de pénétrer plus profondément avec le bistouri, de façon à creuser la plaie en entonnoir, puis de décoller avec le doigt la partie de l'intestin qui est tendue et vient faire saillie dans la plaie, jusqu'à ce qu'on puisse l'ouvrir largement et l'attirer en bas pour la réunir à la peau par des sutures. Si la partie anale fait entièrement défaut ou que le rectum se trouve fixé à un niveau encore plus élevé, on laissera de côté le bistouri dès que l'on aura incisé le plancher musculo-aponévrotique du bassin, et l'on aura recours à des instruments mousses pour pénétrer plus profondément en suivant la concavité du sacrum; on se servira dans ce but soit d'une tige recourbée en forme de crochet, soit des ciseaux de Cooper à extrémité mousse maintenus fermés, tout en s'aidant également du doigt. En outre le doigt permettra de sentir, lorsque l'enfant met en action les muscles abdominaux, la saillie de l'intestin distendu, dès que l'on sera arrivé dans le voisinage de ce dernier. *Dans ces opérations, plus que jamais, il importe d'observer la propreté la plus minutieuse des mains et des instruments.* On suivra scrupuleusement dans l'opération les règles de l'antisepsie, bien que le pansement lui-même ne puisse avoir la prétention d'être antiseptique. C'est certainement bien souvent à la négligence de ces précautions qu'il faut attribuer la diphtérie de la plaie et l'inflammation diphtéritique du tissu conjonctif du bassin, car si les matières fécales elles-mêmes peuvent provoquer un phlegmon septique, en tout cas la première évacuation de méconium au moment de l'opération ne fait pas courir de danger sérieux, et plus tard le tissu conjonctif du bassin sera préservé d'un phlegmon putride grâce à la muqueuse de l'intestin que l'on aura attirée en bas, comme nous le verrons plus loin.

On commencera donc par laver le champ opératoire, les mains et les instruments dans une solution forte d'acide phénique; avant et pendant l'opération les ciseaux et les instruments seront plongés dans cette solution. Pendant que l'on pénètre dans la profondeur, les bords de la plaie seront maintenus écartés au moyen de crochets mousses, que l'on

remplacera au besoin par des ériges, afin de permettre à l'opérateur de voir au fond de la plaie en forme d'entonnoir l'intestin distendu, reconnaissable à sa teinte bleuâtre.

Dès que l'on est arrivé sur l'intestin, et que ce dernier a été suffisamment décollé latéralement de la manière indiquée plus haut, on en pratique l'incision suivie de l'évacuation du méconium. Ce temps de l'opération est naturellement aussi d'une importance extrêmement variable suivant la profondeur à laquelle on a dû pénétrer. Lorsque l'intestin se termine près de la surface, on le fixe au moyen d'ériges avant de l'inciser, et on l'attire en bas, ou bien aux deux angles de la plaie on pratique une suture comprenant la peau, les parties molles sous-jacentes et l'intestin, et l'on fixe ce dernier en opérant une traction sur les extrémités des fils de suture. Puis dans le fond de la plaie infundibuliforme on divise l'intestin sur une longueur un peu moindre que l'incision cutanée. Le contenu intestinal s'écoule alors en grande partie spontanément, le reste est évacué aussi complètement que possible à l'aide d'injections d'eau tiède; enfin les bords de la plaie de l'intestin et ceux de la plaie cutanée sont réunis entre eux de chaque côté par un nombre suffisant de sutures pour que l'on obtienne partout une réunion exacte de la peau avec la muqueuse. Les fils placés avant l'incision peuvent être dégagés au niveau de la muqueuse, puis coupés de façon à fournir deux sutures à chaque angle de la plaie. Avant l'application des points de suture on aura soin de laver encore une fois la cavité de la plaie avec une solution d'acide salicylique. On frotte ensuite les surfaces cruentées de quantités modérées d'iodoforme.

Toutes ces manœuvres opératoires sont beaucoup plus difficiles dans les cas où l'on a dû pénétrer plus profondément, et surtout on ne réussit pas, à une grande profondeur, à décoller suffisamment l'intestin sur les côtés pour pouvoir, avant de l'inciser, l'attirer en bas et passer les fils destinés à le fixer. Dans ces cas, après avoir détaché autant que possible l'intestin latéralement, on le saisit avec de fines ériges ou à l'aide de pinces à fixation, on l'attire en bas et on l'ouvre avec le bistouri. Par cette ouverture on introduit une sonde destinée à pratiquer des lavages de l'intestin. On cherche ensuite à décoller plus loin les parois latérales de ce dernier, de façon que l'on puisse le suturer autant que possible avec la peau, et créer ainsi un canal tapissé d'une muqueuse en continuité avec les téguments externes.

ESMARCH conseille, dans les cas où le rectum est très élevé, de pratiquer la ponction, non pas avec un bistouri pointu, mais au moyen d'un trocart, d'évacuer par ce dernier le contenu intestinal, et seulement alors de l'attirer en bas pour l'inciser. Puis on applique également, si possible, des points de suture de la manière que nous venons d'indiquer.

Même dans les cas d'absence complète du rectum on peut, de la manière

décrite plus haut, suivant le conseil de STROMEYER, reconstituer un anus à l'endroit normal, en ouvrant le péritoine et en attirant dans la plaie l'anse intestinale la plus voisine. Comme, dans ces cas, c'est l'S iliaque qui habituellement descend le plus bas dans le bassin, c'est cette partie de l'intestin que l'on atteindra le plus facilement, ainsi qu'il est arrivé, paraît-il, dans un cas opéré par LEISRINK.

Si l'on ne parvient pas à trouver l'intestin, il ne reste plus qu'à établir un anus artificiel dans la région lombaire ou dans l'aîne.

KROENLEIN, dans un cas d'atrésie du rectum, après avoir vainement cherché l'intestin à une profondeur de dix centimètres, établit d'abord une fistule intestinale. L'enfant s'étant remis de cette opération, au septième mois l'intestin vint faire, dans la région anale, une saillie appréciable à la palpation, si bien qu'une nouvelle intervention réussit à reconstituer un anus normalement situé.

MACLEOD conseille, dans les cas où l'on ne parvient pas à trouver l'intestin, d'ouvrir l'abdomen entre l'ombilic et la symphyse avec les précautions antiseptiques, d'aller à la recherche du cul-de-sac intestinal et de le refouler du côté de la plaie du périnée.

§ 156. — Lorsque la portion anale de l'intestin est développée, le procédé opératoire varie suivant la manière dont se comporte le rectum. Il peut n'être fermé que par une membrane mince, tendue, que reconnaît le doigt introduit dans l'anوس, et qui peut être facilement ouverte avec le bistouri ou même excisée. Mais si la cloison offre une épaisseur plus grande, le diagnostic du siège du rectum et l'opération elle-même sont déjà beaucoup plus difficiles. Il n'est pas rare d'observer dans ces cas l'absence complète du rectum, comme le prouve une communication de CURLING suivant laquelle sur 31 cas l'opération ne réussit que 16 fois, c'est-à-dire dans environ la moitié des cas. Tant qu'il s'agit simplement de diviser une double cloison ainsi qu'une mince couche de tissu conjonctif séparant l'un de l'autre les deux portions d'intestin, on peut se contenter de pratiquer une petite incision en se guidant sur le doigt introduit dans l'anوس, et d'agrandir ensuite l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné. Mais lorsque le cul-de-sac anal et celui du rectum sont séparés l'une de l'autre par une grande épaisseur de tissus, il ne reste plus qu'à agrandir la partie anale à l'aide d'une incision longitudinale allant du coccyx au périnée, puis à continuer l'opération suivant les règles formulées dans le paragraphe précédent. Dans les cas où l'on réussit à ouvrir ainsi le rectum, il se produit volontiers dans la suite un rétrécissement, même lorsque les deux portions d'intestin n'étaient pas très éloignées l'une de l'autre; ces dernières tendent, en effet, à se cicatriser chacune pour son propre compte. Pour prévenir cet inconvénient il est d'une grande importance de pouvoir réunir entre elles les portions anale et rectale, ne fût-ce que par un petit nombre de

points de suture, ce qui, il est vrai, peut présenter des difficultés considérables en raison de la grande profondeur à laquelle on est parfois obligé d'opérer. Pendant le traitement consécutif la dilatation du conduit à l'aide de bougies doit être pratiquée dans tous les cas, et tout particulièrement lorsqu'on a pu placer des points de suture. ESMARCH conseille d'introduire dans l'anوس un tube en caoutchouc durci, de le pousser jusque dans la partie correspondant à la réunion des deux portions d'intestin, et de le laisser à demeure.

§ 157. — Dans l'atrésie de l'anوس avec ouverture de l'intestin dans la vessie ou l'urètre, le procédé opératoire ne diffère nullement de celui dont nous avons donné plus haut la description. Sans prendre en considération l'abouchement anormal de l'intestin, on cherche à établir un anus artificiel à l'endroit normal. Il est rare que le rectum fasse alors entièrement défaut; aussi réussit-on relativement souvent à le trouver (15 fois sur 25 cas). C'est surtout dans les cas d'abouchement dans l'urètre que l'on peut espérer de le rencontrer sous le bistouri. Mais si les résultats primitifs ne sont pas défavorables, par contre les petits opérés sont souvent, même après guérison de l'opération, en proie aux accidents résultant de la pénétration des matières fécales dans les voies urinaires, accidents auxquels beaucoup d'entre eux succombent dans la suite. Il est rare, en effet, que la fistule se ferme; elle est ordinairement pourvue d'une valvule, qui empêche l'écoulement de l'urine dans l'intestin, mais permet aux matières fécales de pénétrer dans les voies urinaires.

ESMARCH conseille dans ces cas de chercher à séparer la fistule de l'urètre ou de la vessie par un procédé analogue à celui que nous allons décrire pour les cas d'atrésie avec abouchement dans le vagin. Cette tentative ne saurait être couronnée de succès que dans les cas où la fistule s'ouvre dans l'urètre, à une faible profondeur.

Dans les cas d'atrésie anale avec abouchement du rectum dans le vagin, l'opération présente en somme peu de difficultés, surtout lorsque la fistule siège inférieurement, en arrière ou en avant de l'hymen, comme il arrive bien souvent. Du reste, en général, ce n'est pas dans le but de sauver la vie de la malade que l'on pratique cette opération, car on a observé des cas dans lesquels cette malformation avait persisté toute la vie et n'avait même pas empêché la femme d'avoir des enfants. Aussi le chirurgien ne doit-il pas se contenter, dans ces cas, d'ouvrir la partie de l'intestin correspondant à l'incision pratiquée dans la région anale, ce qui n'offre pas de difficulté si l'on a soin d'introduire une sonde dans la fistule vaginale; il importe, en outre, pour fermer en même temps l'ouverture vaginale, de suivre le procédé indiqué déjà par DIEFFENBACH. Après avoir pratiqué une incision allant de la pointe du coccyx jusque dans le voisinage de la vulve, on