

ne se nourrit pas par des aliments introduits dans le tube digestif et chez lequel le méconium n'est produit que par le déchet épithélial et par les sels et les matières colorantes de la bile, il n'en est plus de même après la naissance où l'alimentation va laisser des déchets qui constitueront les matières fécales qui, de toute nécessité, devront être rejetées au dehors par les selles. Il faut donc à tout prix créer une voie naturelle. La chose est facile s'il ne s'agit que de fendre ou de détruire le diaphragme ano-rectal; les mèches, les substances dilatatrices empêcheront les bords de se réunir et maintiendront facilement l'ouverture anale.

Quand au contraire l'anus n'existe pas ou est à peine marqué par une fossette, il faut créer l'ouverture et la mettre en rapport avec le cul-de-sac rectal. Tantôt l'extrémité de l'intestin normalement développée et distendue par le méconium qui le remplit fait une légère saillie sur le plancher périnéal; on peut donc le reconnaître et inciser dans sa direction. Tantôt au contraire cette extrémité est restée plus ou moins haut dans les tissus et la question chirurgicale se complique; on peut inciser couche par couche et arriver ainsi jusqu'au cul-de-sac rectal, on peut encore, après avoir fait au préalable une incision du coccyx au scrotum, ponctionner avec un trocart dans la direction où il devrait se trouver; ce procédé est bien incertain, mieux vaut, je crois, procéder par dissection en réséquant, s'il le faut, le coccyx (Verneuil) pour se donner du jour.

Jusqu'alors nous avons supposé le rectum à peu près normalement développé quant à son calibre, mais si, comme nous l'avons dit, il est coarcté à son extrémité inférieure, s'il est rétréci et ramené à l'état de cordon fibreux; il peut se faire que le cordon ne dépasse pas une longueur de 5 centimètres au-dessus desquels le rectum est normal, en ce cas l'on trouvera le cordon au fond de la boutonnière anale artificielle que l'on a pratiquée et ce cordon conduira sur l'ampoule rectale.

Si au contraire ce cordon rétréci remonte au-dessus de cette limite qu'il ne faut pas dépasser, l'on devra renoncer à l'opération et établir un anus artificiel abdominal.

La partie inférieure du rectum atrésiée peut cependant être creusée d'un canal trop étroit et insuffisant pour la défécation complète, on doit dans certains cas essayer de le dilater progressivement, ou bien faire la rectotomie linéaire postérieure. Mieux vaut dans la plupart des cas agir comme si le cordon rectal n'offrait aucune chance de dilatabilité et procéder par la dissection du rectum au-dessous du point rétréci, on le mobilisera et on l'amènera au bord de l'anus où il sera suturé.

Dans certains cas, le rectum est dévié de sa position normale et fixé par des adhérences contre le sacrum, ces adhérences en expliquent alors jusqu'à un certain point la malformation. On comprend combien dans ces cas la dissection devient difficile et combien l'extirpation du coccyx facilite les recherches, d'autant plus que la dissection du rec-

tum se complique, en pareil cas, de celle des adhérences qu'il faut détruire pour mobiliser l'intestin qui le plus souvent est atrésié. On cherchera toujours à l'amener jusqu'à l'anus et à l'y fixer, si cela est impossible on pratiquera un anus abdominal.

L'anus artificiel peut être pratiqué chez l'enfant dans la région lombaire, mais l'espace étroit dans lequel on doit opérer ainsi que le peu de volume du côlon qui ne vient pas, comme chez l'adulte, se présenter presque de lui-même dans la plaie font préférer la méthode inguinale. Il ne faut pas désespérer d'arriver ultérieurement à créer un anus périnéal qui une fois établi permettra de fermer l'ouverture inguinale.

Tous les vices de conformation que nous venons d'étudier ne se sont produits chez le fœtus que lorsque déjà le cloaque s'était divisé en partie antérieure, vésicale, et en partie postérieure, rectale; mais quand les causes de malformation agissent plutôt, quand le cloaque n'est pas encore séparé en deux cavités distinctes, ou mieux quand cette division est restée incomplète, le rectum peut s'ouvrir plus ou moins largement dans la vessie, ou par un conduit rétréci dans l'urèthre; chez la petite fille il peut s'aboucher dans le vagin. Dans ce dernier cas, le méconium sort par la vulve et salit les langes tout comme s'il sortait par l'anus et pendant quelque temps l'affection passe d'autant plus inaperçue que l'écoulement des urines est de couleur normale.

Quand c'est par la vessie ou par l'urèthre que tout ou partie du méconium s'écoule, il est dilué par les urines qui alors sont noires, brunâtres, très troublées et salissent fortement le linge; un examen microscopique sommaire éclairerait facilement le chirurgien sur la qualité des sédiments urinaires.

Quelquefois le rectum vient s'ouvrir sur le périnée, mais en un point irrégulier, à la vulve ou au scrotum, c'est au moment de la formation des organes génitaux externes, que l'anomalie s'est produite. Ces cas sont bien plus favorables au point de vue du traitement. Il suffit au moyen d'une sonde courbe de pénétrer dans le rectum, en tourner alors la concavité vers le plancher périnéal et en faire saillir le bout sur le point où on devra inciser pour créer un anus normal. On obtiendra plus tard l'ouverture scrotale ou vulvaire.

Lorsque le rectum s'ouvre dans le vagin et que l'écoulement des matières est largement assuré par cette voie, on pourra attendre avant d'opérer, mais toujours il ne faut pas perdre de vue que si la mort ne menace pas l'enfant, son existence, comme femme, ne peut être que des plus pénibles, aussi interviendra-t-on toujours ultérieurement. Quand l'enfant aura pris des forces, l'on tentera de rétablir un anus normal au bord duquel on ramènera et on fixera le bout du rectum; on fermera l'ouverture vaginale par des procédés autoplastiques que nous indiquons en nous occupant des fistules recto-vaginales.

Quand le rectum s'ouvre dans l'urèthre, les matières peuvent bien

s'écouler avec l'urine, mais leur voie d'évacuation n'est pas suffisante et toujours on se retrouve à peu de chose près dans le cas d'un anus imperforé. En pareil cas, si l'on ne peut arriver à retrouver l'extrémité du rectum par l'incision du périnée, on en sera réduit à établir un anus abdominal et à rechercher plus tard les moyens capables de rendre une voie régulière aux matières fécales par un anus périnéal.

#### ARTICLE IX. — LÉSIONS CHIRURGICALES NUTRITIVES DES PAROIS DE L'ABDOMEN.

Nous nous bornerons à mentionner les furoncles simples ou anthracoides, les phlegmons superficiels déterminés par les contusions ou par les érysipèles périombilicaux; ces affections peuvent se produire sur les parois abdominales comme dans toutes les autres régions du corps, et ne nécessitent aucune description spéciale.

##### § 1. — Phlegmons sous-aponévrotiques des parois.

Quand, par suite d'un effort violent, d'une chute ou d'une contusion des parois abdominales, les fibres du grand droit de l'abdomen sont rompues ou brisées, un épanchement de sang se fait dans la gaine du muscle. Dans les cas habituels et sur des sujets en bon état de santé, l'épanchement se résorbe et les fibres musculaires rompues se cicatrisent. Quand au contraire le blessé est dans de mauvaises conditions de santé, quand il relève de fièvres graves, quand ses fibres musculaires sont altérées (dégénérescence cireuse), l'inflammation peut survenir et une collection purulente se formera. Le plus habituellement c'est vers la partie inférieure du muscle grand droit que ces phlegmons se produisent; ils tendent d'ordinaire à se faire jour, à travers la peau, vers la ligne blanche; on en a vu cependant se porter en arrière et passer dans le tissu connectif sous-péritonéal.

La tumeur qu'ils forment est allongée, dure, douloureuse; la peau ne rougit que lorsque déjà le pus a perforé la gaine d'enveloppe des muscles.

Ces phlegmons sous-aponévrotiques doivent être traités comme tous les phlegmons. On a fait remarquer, à juste titre, combien souvent en ce cas il persiste une fistule, elle est due à la difficulté de l'accolement des parois qui sont mises en mouvement à chaque mouvement respiratoire.

##### § 2. — Phlegmons profonds des parois.

Toujours ils ont leur siège dans le tissu connectif qui existe en lame plus ou moins condensée suivant la région, entre les parois musculomembraneuses et la face externe du péritoine. On peut trouver les phlegmons sur tous les points de la paroi abdominale, mais leur siège

de prédilection est la région ombilicale et la partie connective lâche qui existe au-devant de la vessie, à laquelle on a donné bien à tort le nom de *cavité* de Retzius. Ainsi que nous le verrons en étudiant les affections de la vessie, il n'existe pas de véritable cavité à ce niveau; si dans ce tissu cellulaire lâche on fait pénétrer une injection, on distend les mailles connectives et l'on crée artificiellement une cavité, tout comme dans un phlegmon le pus fait une poche qui en réalité n'existe pas.

Ce sont les traumatismes, la présence des corps étrangers dans les parois ou dans l'intestin, les accumulations de fèces, les ulcérations intestinales avec adhérences péritonéales, l'extension d'inflammations du voisinage, l'urétrite ayant remonté jusqu'aux vésicules séminales et au tissu connectif périvésical, qui sont la plupart du temps causes de la formation de ces phlegmons. Ils se développent d'autant plus facilement que l'état général de l'individu est plus mauvais.

Les phlegmons profonds des parois abdominales peuvent évoluer d'une manière hâtive et suraiguë; d'autres fois au contraire et le plus habituellement leur évolution est lente. Lorsque le pus est formé, il peut se vider naturellement au dehors par ulcération de la paroi; il peut fuser tout autour du foyer et s'étendre au loin; il peut encore perforer le péritoine épaissi qui forme la paroi postérieure de l'abcès, et la péritonite s'ensuit fatalement. Qu'on le vide ou qu'il se vide, toujours le phlegmon profond livre issue à une quantité considérable de pus d'une odeur stercorale et souvent à des gaz fétides. On attribuait autrefois ces gaz à une osmose gazeuse venue de l'intestin; aujourd'hui au contraire, depuis que l'on a pu constater dans le pus de ces phlegmons une quantité considérable de bactéries, il est plus rationnel de penser que ces gaz sont dus à des fermentations putrides.

Quand le phlegmon est aigu, la douleur est intense; elle est à son maximum, sur une étendue plus ou moins large, et s'irradie dans tous les sens; la pression, tous les mouvements des parois l'exaspèrent; aussi le malade évite-t-il toutes les contractions de ses muscles abdominaux, il en résulte une constipation, une gêne dans la miction et dans la respiration; par réflexe, il survient des vomissements glaireux ou bilieux; la fièvre est intense comme dans tous les cas de phlegmons aigus. Pour relâcher les muscles et calmer la douleur, on voit le malade prendre des positions de flexion exagérée de tous les segments du membre inférieur, il est accroupi dans son lit, le haut du corps incliné en avant, les cuisses ramenées vers le tronc, les jambes fléchies.

Lorsque le phlegmon se développe lentement, la tumeur met quelquefois plusieurs mois pour se former; le malade se plaint d'une douleur sourde, fixe, en un point déterminé; la pression, les mouvements, les contractions des parois l'exagèrent. Suivant la région où le phlegmon se développe et comprime ou irrite les organes voisins, il se produit des désordres du côté de la vessie, de l'intestin, etc., la tumeur se mani-