

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 des 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, 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 côlon 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 tente 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 D<sup>r</sup> Arnott a été assez bon pour me communiquer, le rectum peut manquer complètement, le côlon se terminant par une

(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 le serraient avec force, tandis qu'au-dessus, le rectum était très dilaté, et distendu d'une manière permanente par les fèces. L'emploi quotidien d'une bougie para à cet inconvénient que je signale seulement à cause de sa rareté.

extrémité imperforée, et flottant dans la cavité abdominale. 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 apparence avec avantage, par M. Waters, dans un cas de cette nature, qu'il a rapporté dans le *Dublin medical journal*, de mai 1842; et j'ai été témoin de ses bons résultats chez un petit garçon que M. Shaw opéra avec succès à l'hôpital de Middlesex, il y a quelques années.

Il y a déjà assez longtemps, j'assistais à l'autopsie d'un enfant âgé de quatre mois, dont l'histoire démontre d'une manière très probante

l'importance de la précaution que je viens de mentionner. A la naissance, le rectum était imperforé, bien que l'anus existât. Un soulagement rapide suivit la ponction avec le trocart, mais on n'essaya pas d'attirer en bas l'intestin jusqu'au bord de l'ouverture. L'enfant cessa bientôt de recevoir des soins, et quand on le vit de nouveau, on se convainquit que, depuis, il n'avait pas eu d'évacuation, et que la constipation était de jour en jour devenue plus forte. L'enfant ne tarda pas à mourir avec l'abdomen énormément distendu par des matières fécales et par des gaz. Les fibres circulaires du gros intestin avaient subi l'hypertrophie la plus extraordinaire, destinée sans doute à les mettre à même de surmonter la résistance opposée à l'expulsion de leur contenu; tâche, qui, à la fin, était devenue au-dessus de leurs forces. On reconnut que cette résistance était due à la rétraction de l'ouverture pratiquée juste au-dessus de l'anus, mésaventure qui aurait pu être prévenue par plus de soin dans la pratique de l'opération, et de surveillance dans la suite.

Outre ces exemples, dans lesquels la malformation était limitée au rectum, j'en trouve mentionnés trois autres où le rectum manquait entièrement, et où l'intestin se terminait par un cul-de-sac à la hauteur du colon. Dans deux autres cas où on ne réussit pas à trouver le bout inférieur de l'intestin, ou sauva la vie de l'enfant par l'établissement d'un anus artificiel. M. Amussat a recommandé, il y a déjà longtemps, toutes les fois qu'on ne peut constater la fluctuation, d'établir aussitôt un anus artificiel à la région lombaire gauche, ce qui est beaucoup moins dangereux que de tenter d'ouvrir l'intestin par le périnée. En envisageant, pourtant, la nature dégoûtante de l'infirmité à laquelle est condamnée la personne qui porte un anus artificiel, nous n'inclinerons vers l'opération qui doit l'établir, comme dernière ressource, qu'après avoir échoué dans la tentative de découvrir le rectum par le périnée.

Dans quelques cas, l'anus est absent; mais l'intestin n'est pas imperforé, et s'ouvre dans le vagin chez la petite fille, dans la vessie, ou l'urèthre chez le garçon. Dans l'un et l'autre cas, la malformation est due à la même cause, c'est-à-dire à un arrêt de développement, en raison duquel la séparation entre l'intestin et le sinus uro-génital n'a jamais été complète. Le vice de conformation chez la fille n'entraîne pas de danger immédiat pour la vie, et, heureusement, il est curable dans la grande majorité des cas. Je trouve en effet, que, sept fois sur dix, on entreprit une opération et que toujours elle réussit. Dans quelques cas, il suffit, pour obtenir la guérison, de rétablir l'ouverture naturelle de l'anus et d'y introduire un tube; mais, en général, il fallut une opération plus compliquée, qui, en principe, consista à diviser tous les tissus du vagin jusque dans le rectum, et dont le détail, ainsi que les moyens de prévenir la communauté des deux conduits, varièrent suivant les cas.

Le résultat est beaucoup plus défavorable quand il existe une communication avec la vessie ou l'urèthre ; car huit cas sur onze de la première espèce, et le même nombre sur neuf de la dernière se terminèrent par la mort de l'enfant. L'union avec la vessie a lieu, en général, par un très petit canal qui pénètre dans ce viscère à son col, ou près de lui, mais, dans un exemple d'absence du rectum, le côlon débouchait par une large ouverture à la partie supérieure de la vessie. C'est aussi par un canal étroit que se fait habituellement la communication entre le rectum et l'urèthre, et celle-ci a d'ordinaire son siège à la portion membraneuse de l'urèthre, immédiatement en avant de la prostate. Cruveilhier a pourtant vu un cas où le rectum s'ouvrait au-dessous du gland, et j'ai observé avec M. South qui l'a mentionné dans son édition de la *Chirurgie de Chelius*, un fait à peu près semblable dans lequel il y avait, en avant du scrotum, une petite ouverture qui donnait passage au méconium.

L'existence d'une communication entre le rectum et la vessie, ou l'urèthre, se trahit par la teinte que le méconium communique à l'urine ; mais il est rare que le contenu de l'intestin trouve par l'urèthre un débouché suffisamment large pour mettre l'enfant à l'abri des souffrances et du danger qui résultent de l'imperforation du rectum. Même quand la vie s'est prolongée pendant quelque temps, la mort de l'enfant n'est en général que différée, car les symptômes de l'obstruction intestinale se montrent, et à la fin, deviennent mortels, quand les matières prennent une consistance plus ferme que celle des premiers mois de la vie. Ces cas ne paraissent pas non plus favorables à une opération, puisque d'ordinaire l'extrémité terminale de l'intestin est placée très haut ; et que, cinq fois sur dix, la tentative faite pour pratiquer la ponction de l'intestin fut sans succès. Dans le cas de M. South, on fit avec un trocart une ponction de 0,025 millim. de profondeur, et, bien qu'on éprouvât de grandes difficultés à maintenir le passage libre, l'enfant survécut pourtant jusqu'à l'âge adulte. Dans les deux autres cas heureux, l'un rapporté par M. Miller (1) et l'autre par sir W. Fergusson (2), on obtint la guérison au prix de beaucoup de peine et de difficultés. Pour prendre une idée complète des difficultés avec lesquelles les opérateurs eurent à lutter, et des moyens à l'aide desquels ils en triomphèrent, je dois vous renvoyer au *Journal médical d'Edimbourg*. Un troisième cas heureux a depuis été rapporté par le professeur Wutzer, de Bonn (3), où il n'y avait pas trace d'anus, et où l'incision dut pénétrer à trois centimètres de profondeur avant d'atteindre l'intestin. J'ai vu le sujet de cette observa-

(1) *Edinburg medical and surgical journal*, n. 98, p. 61.

(2) *Ibid.*, vol. XXXVI, p. 363.

(3) *Rheinische Monatschrift für praktische Aerzte*, June 1851.

tion quand il avait neuf mois ; c'était un enfant bien portant, et il rendait les matières fécales, en général, par le rectum, bien qu'il y eût fréquemment une petite quantité de ces dernières mélangées à l'urine (1).

**Étranglement et intussusception.** — Il peut se produire chez l'enfant, exactement comme chez l'adulte, un obstacle insurmontable à l'action des intestins, soit par le fait de *l'étranglement d'une hernie externe*, soit par *l'invagination d'une portion de l'intestin*. Quoique la hernie soit loin d'être rare dans les premiers temps de la vie, il est je crois extrêmement rare de l'y voir étranglée. Un pareil accident peut cependant avoir lieu même chez de très jeunes enfants, comme M. Fergusson en rapporte un exemple remarquable, où il opéra, pour une hernie inguinale étranglée, un enfant qui n'avait que 17 jours. C'est pourquoi, ayant présente à l'esprit la possibilité de cet accident, vous devrez examiner tout enfant chez lequel se produiraient des douleurs abdominales, des vomissements et une constipation opiniâtre, avec autant de soin que vous feriez d'un adulte en pareille circonstance, sous peine de reconnaître, seulement alors qu'il est trop tard, que les symptômes étaient dus à quelque hernie dont vous n'avez pas reconnu l'existence.

L'étranglement d'une portion d'intestin herniée est probablement un accident plus rare que *l'intussusception* d'une ou de plusieurs parties du tube intestinal. Cette disposition se rencontre en effet souvent sur le cadavre d'enfants morts de maladies diverses, et indépendamment de l'existence d'un trouble du côté de ces viscères pendant la vie du malade. Quelquefois il n'y en a qu'une seule, mais le plus souvent elles sont multiples ; on en a quelquefois observé 10, 12 et même plus, chez le même sujet. Elles ne se trouvent en général que sur l'intestin grêle, plus fréquentes dans l'iléon ; et bien que rarement elles soient de plus de 5 à 10 centimètres, on les a vu comprendre plus du double de cette longueur de l'intestin.

Leur grande fréquence, l'absence de tout symptôme pendant la vie, et de toute trace d'inflammation de l'intestin après la mort, sont autant de preuves en faveur de l'opinion générale qui les regarde comme se produisant au moment de la mort.

Mais en même temps que cette forme d'intussusception, limitée à l'intestin grêle, et ne donnant lieu à aucun symptôme pendant la vie,

(1) Je ne puis mieux faire que de renvoyer, pour tous les détails chirurgicaux qui concernent les cas d'imperforation de l'anus, à l'habile *Traité* de M. Curling, *sur les maladies du rectum*, 2<sup>e</sup> édit., Londres, 1868, pp. 192-232 ; de même qu'au *Surgical Treatment of disease of infancy and Childhood* de Holmes, 2<sup>e</sup> édit., Londres, 1869, pp. 152-180 ; Guersant, *Notice sur la chirurgie des enfants*, in-8°, Paris, 1867, pp. 196-201 ; Giraldès, *Maladies chirurgicales des enfants*, in-8°, Paris, 1868, pp. 118-139.

est extrêmement commune pendant la première enfance, aucun accident n'est plus rare que l'invagination du gros intestin; si bien que MM. Rilliet et Barthez rapportent qu'ils ne l'ont pas trouvée plus d'une fois sur 500 autopsies d'enfant de l'âge de 2 à 15 ans. Les diverses causes qui, chez l'adulte, peuvent produire une obstruction intestinale insurmontable ne paraissent pas exister chez le jeune enfant; notre diagnostic est rendu ici plus facile; et notre pronostic un peu moins désespéré, par la connaissance de ce fait, que les symptômes de l'obstruction intestinale, chez le petit enfant, indiquent d'une manière presque invariable l'invagination du gros intestin.

**Symptômes de l'intussusception.** — Les enfants chez lesquels survient l'invagination ont généralement moins d'un an, ou souvent moins de six mois (1). On ne trouve en général dans les antécédents de disposition,

(1) J'ai observé 9 cas d'intussusception dont 4 guérirent et 5 moururent.

Les 4 qui guérirent étaient :

1 garçon, âgé de 6 mois.  
1 fille âgée de 6 —  
1 garçon, âgé de 14 —  
1 fille, âgée de 10 ans.

Les 5 qui moururent étaient :

1 garçon âgé de 4 mois, mort en 36 heures.  
1 fille âgée de 6 — morte en 48 —  
1 — — 8 ans, — 18 jours.  
1 — — 12 — — 9 —  
1 garçon, âgé de 3 — — 3 mois.

Les deux garçons guérirent à l'aide d'un traitement sédatif et de l'abstention scrupuleuse de toute médecine purgative. La dernière des filles guérit par l'insufflation rectale de l'intestin; tandis que chez la plus jeune, l'invagination céda à l'injection d'eau chaude après deux essais infructueux de l'insufflation. Les deux plus jeunes des enfants qui succombèrent étaient moribonds quand on me les présenta. Chez la fille de douze ans, l'intussusception comprenait 0,075 millimètres de l'intestin grêle, à environ 0, 34 cent. au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Le cas du garçon fut très singulier, car la totalité du gros intestin était invaginée, de sorte que pendant les efforts d'expulsion que faisait l'enfant, le cœcum retourné avec l'ouverture de l'appendice vermiforme était chassé hors de l'anus, et que le doigt pouvait être introduit à travers la valvule iléo-cœcale; si bien que le gros intestin ne servait plus à rien. La mort survint, à la fin, causée par une péritonite. Le cas me fut confié trois jours seulement avant la mort de l'enfant.

Les statistiques les plus complètes sur cette altération sont fournies par Rilliet, dans un estimable essai dont l'original se trouve dans la *Gazette des hôpitaux* de 1861, et qui a été réimprimé à la page 806, 2<sup>e</sup> édition du premier volume de son ouvrage sur les maladies des enfants; par Duchaussoy, t. XXIV des *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1860; dernièrement, dans la très savante publication du Dr Smith, de New-York, faite dans le *American journal*, janvier 1862, et reproduite dans son ouvrage sur les maladies des enfants, dont j'ai sous les yeux la 2<sup>e</sup> édition publiée en 1872. En déduisant les cas qui sont communs à sa table et à celle de M. Rilliet, ainsi que trois autres où l'âge n'est pas mentionné, et ajoutant mes 9 exemples, nous avons un total de 71 cas chez des en-

ni à la constipation, ni à la diarrhée, et on ne voit point non plus, dans le plus grand nombre des cas, que la manifestation des symptômes ait suivi l'administration d'un purgatif. Un vomissement soudain suivi de cris perçants, et d'autres signes de malaise, qui après avoir cessé pendant un temps, reviennent à intervalles inégaux, accompagnés de violents efforts pour aller à la garde-robe, et de tension du ventre, sont les premiers indices de cet accident. D'abord ces efforts donnent lieu à l'expulsion de quelques matières fécales, mais ensuite les matières expulsées par l'intestin sont ou du mucus teint de sang (1), ou bien du sang pur, quelquefois même en quantité considérable. Si on donne un lavement, le liquide revient immédiatement, sans avoir paru en réalité pénétrer dans l'intestin; pendant que dans bien des cas on constate l'existence d'une obstruction en introduisant le doigt dans le rectum. Le vomissement se renouvelle presque à chaque fois qu'on donne des aliments, ou un médicament, mais il est rare si même cela arrive jamais, qu'il y ait rejet de matières fécales par la bouche. L'enfant a des intervalles de repos dont le tire le retour des douleurs; il est souvent altéré, et, bien que les nausées persistent, il paraît désirer vivement le sein, et tête souvent. L'état de l'abdomen varie; et, bien qu'on puisse dans quelques cas découvrir une tumeur en un point que l'on reconnaît plus tard correspondre à l'intussusception, il arrive au moins aussi souvent, que l'examen le plus soigneux ne permet de rien découvrir qui ne soit naturel, et que le ventre continue à être souple jusqu'au moment de la mort du malade.

La persistance de l'intussusception amène l'épuisement des forces de l'enfant; son pouls devient de plus en plus faible, la face anxieuse et grippée, et il tombe, dans l'intervalle des accès de la douleur, dans un état de calme demi-comateux. Dans la majorité des cas, des convulsions

fants au-dessous de 15 ans, dont 40 eurent lieu pendant la première année de la vie; 31 pendant les 14 années suivantes :

3 avaient moins de 3 mois.	Rep. 32
11 — 4 —	4 avaient moins de 9 mois.
3 — 5 —	2 — 10 —
9 — 6 —	1 — 11 —
4 — 7 —	1 — 12 —
2 — 8 —	Total 40
32 à reporter	
	2 étaient entre 1 et 2 ans.
	11 — 2 et 5 —
	18 — 5 et 15 —
	31

(1) Le mérite d'avoir appelé l'attention sur l'importance de l'hémorragie intestinale dans ces cas, comme signe de l'intussusception, appartient à M. Gorham, dont on peut consulter avec avantage le travail publié dans le n. 7 du *Guy's hospital reports*.

se montrent peu d'heures avant la mort qui survient toujours dans l'espace d'une semaine, plus souvent en 48 ou 72 heures. De temps à autre, cependant, au lieu d'aller de mal en pis, les symptômes diminuent, la douleur cesse, les vomissements se calment, les fonctions se rétablissent spontanément, et, si les signes de l'invagination n'avaient pas été aussi caractéristiques, nous pourrions, en voyant la guérison rapide et complète du malade, douter de l'exactitude du diagnostic porté. Tel fut le cas d'un petit garçon âgé de quatorze ans, gras et jusque-là bien portant, qui fut saisi soudainement le 12 juin, à 5 heures du matin, de douleurs et de vomissements. A ce moment il eut une garde-robe composée de matières fécales, mais la douleur continua, et à 8 heures 30, il en eut une seconde composée de sang pur. A 10 heures du matin, je le vis; il paraissait très mal, la face était excessivement anxieuse, il y avait parfois des frissons; la douleur se reproduisait par intervalles, et il y avait encore de fréquents vomissements. L'abdomen n'était ni tendu, ni sensible, excepté dans la région cœcale, où il y avait une tumeur oblongue résistante, d'environ la grosseur d'un œuf de poule, très sensible au toucher. On appliqua un cataplasme de graine de lin sur le ventre, on administra de l'acide cyanhydrique pour calmer les vomissements, les envies de vomir, et on ne donna à l'enfant qu'une très petite quantité de boisson à la fois, pour apaiser la soif qui était très vive. En huit heures l'enfant était mieux, il y avait eu deux garde-robes naturelles, et il n'y avait plus qu'une petite quantité de sang dans les évacuations. Le lendemain matin, toute trace de tumeur avait disparu, et le ventre était partout souple, et sans douleur à la pression; aucun symptôme ne vint ensuite donner de craintes.

Un autre cas, à peu près semblable, s'est offert à mon observation, chez un enfant de six mois qui présenta des symptômes également caractéristiques, à l'exception de la tumeur abdominale, et guérit de même spontanément. On ne doit toutefois pas s'attendre, en général, à un pareil résultat, et M. Rilliet a trouvé que 15 cas, survenus chez des enfants de quatre mois à quatre ans et demi, ont fourni 10 morts et 5 guérisons.

**Traitement de l'intussusception.** — Les règles qui dirigeraient notre conduite chez l'adulte doivent nous guider dans le traitement de l'intussusception chez l'enfant, mais comme les symptômes nous permettent d'arriver plus promptement, chez ce dernier, à un diagnostic suffisamment certain, nous serions absolument sans excuse si nous persévérions à employer des purgatifs actifs dans le but de triompher de la constipation. C'est pendant l'interruption des remèdes actifs mis auparavant en œuvre, que le second des cas que j'ai rapporté prit une marche favorable et que le soin d'éviter toute autre mesure que l'emploi des calmants

fut suivi de la disparition spontanée des symptômes, et de l'effacement de la tumeur abdominale dans le second. Je regarde l'apparition des symptômes de l'intussusception comme indiquant la cessation immédiate de tout purgatif administré par la bouche. Des cataplasmes chauds sur l'abdomen, l'administration de l'acide cyanhydrique, non seulement en raison de sa faculté de calmer les envies de vomir, mais aussi en raison de ses propriétés sédatives générales; l'opium donné à petites doses, pour calmer la douleur et le spasme, constituent les remèdes dans lesquels j'aurais le plus de confiance; tandis que j'insisterais pour qu'il ne fût donné qu'une alimentation extrêmement légère. Si après 12, ou au plus 24 heures, les symptômes n'avaient pas disparu, j'aurais, sans délai, recours à l'insufflation de l'intestin, comme à un moyen offrant plus de chances de refouler la portion d'intestin invaginé, que les grands lavements qui, pourtant, dans certains cas, dont un s'est offert à mon observation, ont été suivis de succès. Dans trois des faits que j'ai observés, j'eus recours à l'insufflation; dans un (celui rapporté par sir T. Watson dans ses leçons) elle fut suivie de la disparition de l'invagination, et de la guérison de l'enfant; dans le second, un lavement donné après qu'elle eut échoué, fut suivi de succès; dans le troisième, où l'invagination portait sur l'intestin grêle, elle échoua comme on pouvait s'y attendre, et l'enfant mourut. Dans la première enfance, cependant, le plus grand nombre, de beaucoup, des cas d'intussusception affecte le gros intestin seul; et c'est chez les petits enfants au-dessous d'un an que l'insufflation a donné de bons résultats. Mais, même chez des enfants plus âgés, comme le montre le cas mentionné tout à l'heure, son emploi peut sauver la vie du malade; et ce n'est que par un oubli, que je ne signale qu'à cause de sa rareté, que M. Holmes, dans son estimable ouvrage sur les maladies chirurgicales des enfants (*Surgical diseases of children*) en parle comme d'une *idée*, et de ses résultats comme *imaginaires*.

Quant à la question de l'intervention chirurgicale, je ne connais pas d'observations, chez l'enfant, qui soient de nature à l'élucider. Un point, toutefois, mérite attention: savoir, que comme dans la première enfance le siège de l'obstruction est presque invariablement dans le gros intestin, l'incertitude sur la possibilité de le déterminer, qui souvent, chez l'adulte, cause de l'hésitation, ne nous embarrasse point ici. Je ne suis point en possession de faits qui me permettent de déterminer les dangers relatifs de la gastrotomie aux différentes périodes de la vie; mais il n'est pas sans importance de savoir que la chute de la partie invaginée, et que la guérison consécutive qui, de temps à autre, survient chez l'adulte, et pendant la deuxième enfance, paraît ne se produire jamais chez le petit enfant qui meurt avant qu'un pareil travail ait eu le temps de se produire.