

s'empare des sujets; leur pouls faiblit et disparaît; puis viennent des syncopes, quelquefois des convulsions (1), et enfin la mort, au bout de trois ou quatre jours.

Chez d'autres enfants, la maladie se prolonge plus longtemps, mais les vomissements cessent graduellement, l'hémorrhagie intestinale disparaît, les forces reviennent, et la santé se consolide de nouveau, sans expulsion de fragments d'intestin. Rilliet, qui signale cette possibilité de la guérison des invaginations intestinales, dit qu'elle a toujours lieu de cette manière. Cela est trop absolu. Il est vrai qu'il en est souvent ainsi, mais cependant, dans un cas de Pernet et dans celui qui a été rapporté par Marage (2) et qui a évidemment trait à une invagination intestinale, les enfants ont rendu une portion d'intestin et deux diverticulums membraneux.

Ailleurs, dans un autre cas d'invagination causée par des lombrics, une partie d'intestin a également été rejetée par les selles, et l'enfant a guéri.

OBSERVATION I. — *Portion d'intestin rendue spontanément à la suite d'une invagination.* — Une petite fille, âgée de neuf ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, pour se faire traiter d'une dysentérie; plus tard, ayant rendu plusieurs lombrics, on lui administra une potion vermifuge qui lui fit expulser soixante à soixante-dix lombrics; l'enfant paraissait revenir à la santé, lorsqu'elle présenta les symptômes d'une entéropéritonite violente; quelque temps après une tumeur apparut à l'anus, on la réduisit, mais, dans la nuit, l'eschare s'étant détachée, l'enfant rendit une portion d'intestin que Prestat a mise sous les yeux de la Société de chirurgie. Immédiatement après, une grande quantité de matières fécales, retenues au-dessus de l'invagination, furent aussitôt expulsées. Un changement subit se manifesta dans la santé de l'enfant, qui put prendre des aliments deux heures après.

Depuis cet accident, cette enfant, dont les parents sont pauvres, a présenté plusieurs des symptômes de l'entérite, parce qu'elle est habituellement mal nourrie, mais elle s'est parfaitement bien rétablie.

Voilà en peu de mots le tableau des symptômes de l'invagination intestinale. On pourra vérifier son exactitude par la lecture de l'observation ci-jointe :

OBSERVATION II. — *Invagination des intestins, péritonite; mort.* — Un garçon de sept mois entra à l'hôpital Necker avec sa mère, malade d'un abcès au sein.

Quelque temps après, l'enfant, qui était fort et bien portant, eut un peu de diarrhée, puis tout à coup il se mit à crier continuellement et à se tordre sur les bras de sa mère. Le ventre était douloureux à la pression, puis il devint dur et ballonné. L'enfant cessa d'aller à la garde-robe. Bientôt après, il vomit fréquemment des matières glaireuses et des liquides jaunâtres. — Calomel, 10 centigrammes.

Au deuxième jour, pas de garderobes; vomissements presque continuels; le ventre est dur, ballonné, douloureux; la face est pâle, amaigrie, les yeux cernés, livides, comme dans un cas d'entérite foudroyante; les extrémités sont refroidies et le pouls à peine sensible.

On continue le calomel, et l'on maintient des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le calomel reste sans effet et les lavements sont rendus tels qu'on les a donnés.

Au troisième jour l'état est le même. Il est impossible de toucher le ventre; la mort eut lieu dans la journée.

Autopsie. — Nous trouvâmes quelques fausses membranes dans le péritoine; autour d'une portion d'intestin invaginée et dans la cavité péritonéale, une cuillerée de sérosité limpide, tenant une fausse membrane allongée en suspension. Le péritoine était injecté en divers points au niveau de quelques anses intestinales adhérentes les unes aux autres. Ces adhérences étaient faibles et peu nombreuses.

A 10 centimètres du cæcum, existait une invagination du côlon de 6 centimètres d'étendue. Cet intestin était fortement distendu au-dessus de cet obstacle. Au-dessous

(1) Krishaber, *Union médicale*, 1867.

(2) Marage, *Cas d'expulsion par l'anus d'une portion de l'intestin* (*Union médicale*, 1850, p. 57).

il présentait son calibre naturel. La portion invaginée était solidement fixée dans le bout inférieur par des adhérences. Elle était rouge, livide, gonflée, ramollie. Le calibre de l'intestin n'était pas complètement oblitéré, et pouvait admettre un stylet mousse ordinaire. La muqueuse de l'iléon était le siège d'une injection assez considérable jusqu'au duodénum, elle n'était pas ramollie, et un mucus jaunâtre la couvrait dans une grande partie de son étendue. Le cæcum ne présentait rien de particulier.

Deux autres observations analogues ont été publiées par Cunningham (1) et par Clarke (2).

Dans ces observations la maladie est accusée par des symptômes très-graves, il y a cependant une chose qui frappe : c'est l'incertitude de la signification de ces symptômes. Ils appartiennent pour la plupart à la péritonite et à l'entérite, aussi bien qu'à l'invagination intestinale, et dans le premier cas que j'ai rapporté l'erreur a été complète. J'ai attribué les accidents à une péritonite qui existait bien en effet, mais qui était consécutive à l'invagination trouvée sur le cadavre et méconnue pendant la vie. Il sera toujours très-difficile de diagnostiquer l'invagination intestinale, et à moins de tumeur dans le ventre ou de prolapsus par le rectum comme dans plusieurs observations, notamment dans un cas publié par Penker (de Brest), en 1861, le diagnostic positif est impossible. En pareille circonstance, il n'y a que des conjectures à établir. Il faut surtout tenir compte de l'hémorrhagie intestinale, qui, sans être caractéristique des invaginations, peut cependant faire soupçonner leur existence.

Pronostic. — Le pronostic chez les jeunes enfants est extrêmement grave; dès que la lésion apporte un obstacle au cours des matières, elle devient rapidement mortelle. Chez l'adulte, il y en a beaucoup qui guérissent, mais la plupart des nouveau-nés y succombent.

Traitement. — Il ne faut pas, malgré le terrible pronostic que je viens de formuler, ne rien faire contre l'invagination. On doit essayer : 1° de rétablir le cours des matières; 2° de modérer la phlegmasie de l'intestin et du péritoine.

On fait d'abord prendre aux enfants de légers purgatifs d'une force proportionnée à leur âge : le calomel à la dose de 5, de 10 ou 15 centigrammes, et l'huile d'amandes douces à la dose de 20 ou 30 grammes. On donne ensuite des lavements huileux avec 15 grammes d'huile de ricin, ou des lavements purgatifs avec 10 grammes de chlorure de sodium, ou des lavements de lait et de miel et une goutte d'huile de croton.

Des applications froides devront être faites sur le ventre, ainsi que des frictions, mais pour rétablir le cours des matières il faut quelque chose de plus.

Ingestion de balles de plomb. — Jadis on employait beaucoup comme agent mécanique une balle de plomb ou une cuillerée à café de mercure. C'était une médication abandonnée lorsque Maydiou y est revenu de nouveau en citant 12 cas de succès (3).

Seulement il donne du plomb de chasse n° 5, 100 grammes bien lavés et mis dans 125 grammes d'huile d'amandes douces. On en donne une demi-grande cuillerée toutes les demi-heures jusqu'au rétablissement des évacuations, ce qui a lieu en 5 ou 6 heures. En même temps qu'on agit ainsi, on donne des lavements de lait et de miel avec une goutte d'huile de croton.

Insufflation de l'air. — Les grands lavements d'eau froide ont le même mode

(1) Cunningham, *The London medical Gazette*, et *Gaz. méd. de Paris*, 1838 (voyez 6^e édit., p. 598).

(2) Clarke, *The Lancet*, et *Gaz. méd. de Paris*, 1868 (voyez 6^e édit., p. 598).

(3) Maydiou, *Journ. de méd.*, 1869, p. 356.

d'action et doivent être administrés par le médecin ou tout au moins en sa présence ; ils dilatent plus uniformément l'intestin et font, peut-être mieux que l'air, remonter sûrement la partie herniée de l'intestin.

C'est à l'aide de ce moyen, suivi immédiatement du cathétérisme avec une sonde œsophagienne garnie d'une éponge, que Nissen obtint deux succès ; c'est en imitant cette conduite que Bosia (1) a obtenu une guérison.

Le cathétérisme de l'intestin, dans le cas où le toucher rectal ou le palper abdominal font reconnaître la présence d'une tumeur dans le flanc gauche, est assez difficile à pratiquer. La courbure du sacrum, les angles que fait le gros intestin sont tout autant d'obstacles à l'introduction d'une baleine ou d'une sonde œsophagienne assez avant dans l'abdomen. Il faut user de beaucoup de ménagements, avoir une sonde à extrémité mousse et assez grosse, en même temps que rigide, afin qu'on puisse la diriger, et suivant les cas, l'extrémité qui doit être introduite la première sera garnie d'une éponge ou d'un tampon de linge, ainsi que nous avons fait, afin de mieux saisir l'anneau intestinal interne pour le faire remonter. Dans tous les cas, il faut agir avec prudence, ne pas perdre courage et surtout ne jamais user de violence quand on sent la sonde arrêtée par un obstacle naturel ou pathologique.

Mitchel dit avoir réussi une fois en introduisant aussi haut que possible dans le rectum une sonde très-flexible de gomme élastique, par laquelle il insuffla de l'air au moyen d'un soufflet de cheminée. La distension de l'intestin qui en résulta fit disparaître le volvulus présumé, les symptômes de l'étranglement, et tout rentra dans l'ordre après plusieurs évacuations alvines.

Le même procédé a réussi dans cette observation curieuse due à Edw. Cousins :

OBSERVATION III. — *Invagination intestinale guérie par l'insufflation.* — Le 23 février Edw. Cousins fut appelé auprès d'un enfant mâle, âgé de treize mois, qui, au milieu de la santé la plus parfaite, avait été pris tout à coup de vomissements, peu de temps après avoir tété avec son appétit ordinaire.

Les matières vomies se composaient d'abord du lait qui venait d'être ingéré et de panade qui avait été donnée un peu auparavant, puis d'un liquide séreux ; l'enfant rejeta ensuite tout ce qu'on essaya de lui faire prendre.

L'huile de ricin n'eut d'autre effet que de provoquer de nouveaux vomissements ; les lavements purgatifs, après avoir déterminé une selle, restèrent sans aucun résultat, et il en fut de même de tous les moyens auxquels on essaya de recourir. L'enfant était dans une situation qui s'aggravait de moment en moment ; coliques et vomissements fréquents, demi-coma, facies profondément altéré, froid, et lividité des extrémités, pouls extrêmement rapide et très-petit. Le toucher rectal n'avait rien fait découvrir dans la partie accessible de l'intestin. Mais on sentait dans la région de la moitié droite du côlon transverse une tumeur allongée dans le sens horizontal, tumeur qui semble disparaître graduellement, puis se reformer et durcir sous la main, et, dans le flanc correspondant, une seconde tumeur plus ferme que la précédente, ne paraissant pas se continuer avec elle, et située verticalement à deux pouces et demi au-dessus de la fosse iliaque droite.

En présence de ces symptômes, Cousins, ayant diagnostiqué une invagination, résolut, ne pouvant réussir par d'autres moyens, de pratiquer l'insufflation par l'anus, ce qui fut approuvé par Erischen, qui arriva sur ces entrefaites. Il poussa donc de l'air dans le rectum, au moyen de la pompe stomacale, jusqu'au point de résister avec une certaine force pour retenir le tube dans l'anus ; puis, ayant laissé échapper l'air injecté, il lui sembla que la tumeur iliaque avait éprouvé une légère modification. Après une seconde insufflation, la tumeur transversale avait disparu, et celle de la région iliaque avait subi une diminution de longueur appréciable.

(1) Bosia, *Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 502.

Pendant l'opération, l'enfant paraissait éprouver un malaise extrême, et faisait des efforts pour échapper. Après un repos, l'insufflation fut répétée une troisième fois : l'air fut poussé avec beaucoup de lenteur jusqu'à ce que la distension de l'intestin fût complète, quand soudainement un coup de piston fut suivi d'un mouvement avec bruit perceptible à l'oreille, comme d'un souffle pénétrant dans l'intestin grêle, puis de la sensation pour l'opérateur, au coup de piston suivant, d'une résistance disparue.

A ce moment, syncope qui fut combattue par des stimulants. Il ne restait plus alors dans le flanc droit qu'une tumeur beaucoup moins dure, et n'ayant pas plus d'un demi-pouce de long, tumeur qu'une quatrième insufflation ne parvint pas à faire disparaître. Le retour de la syncope fit cesser les insufflations et obligea de recourir encore à des stimulants. A la suite, l'état du petit malade se releva lentement, mais il ne vomit plus et dormit plusieurs heures. A son réveil il eut une selle tachée de sang, puis une seconde au milieu de la nuit ; il fut ensuite tranquille, se montra très-avide de prendre le sein, et n'eut ni vomissements ni aucun symptôme de souffrance.

Le 24 février, l'enfant rendit une selle à peu près sans trace de sang, mais contenant une graine d'*Abrus precatorius*. Dans sa visite suivante, Cousins ne trouva plus aucune tumeur dans l'abdomen. A partir de ce moment, tout symptôme sérieux disparut, il y eut bien encore quelques coliques, un peu de sensibilité du ventre, quelques vomiturations, quelques selles dénotant un peu d'irritation intestinale, mais sous l'influence de moyens très-simples tout rentra dans l'ordre, et le 26 février, quatrième jour à partir du début, l'enfant pouvait être considéré comme guéri.

Injection d'eau tiède et injection d'eau de Seltz. — Un moyen analogue a réussi chez l'adulte entre les mains du docteur Bennaty : c'est l'injection d'une grande quantité d'eau tiède dans le rectum et dans l'intestin au moyen d'une grosse pompe foulante et aspirante à jet continu. — Dans d'autres cas, on peut injecter de l'eau de Seltz avec un siphon ordinaire renversé et ajusté à une canule introduite dans le rectum. Ce sont des moyens à employer, et ce dernier m'a très-bien réussi.

Cathétérisme simple. — Dans le cas où existent des phénomènes d'inflammation préalable ou consécutive de l'intestin, il faut les combattre par l'application plusieurs fois répétée de ventouses scarifiées ou de deux ou trois sangsues sur le ventre, selon l'âge et la force des enfants ; par des bains prolongés pendant une heure, répétés plusieurs fois par jour, suivant la circonstance ; par des cataplasmes simples et laudanisés ; par des boissons émoullientes et mucilagineuses ; enfin par de légers narcotiques à l'intérieur.

Reste enfin le traitement chirurgical proprement dit, c'est-à-dire la ponction de l'abdomen avec un trocart explorateur pour évacuer les gaz et empêcher l'asphyxie. Ce moyen employé par Piedagnel est excellent. Il y a en outre l'ouverture de l'abdomen, pratiquée chez l'adulte et conseillée chez les enfants par Rilliet, pour aller à la recherche de l'invagination intestinale et la déplier. Nous ne croyons pas que le médecin doive y recourir. Ce que nous avons dit de la difficulté et de l'incertitude du diagnostic, dans beaucoup de circonstances, doit rendre le médecin fort circonspect, et l'empêcher de s'aventurer dans une pareille thérapeutique.

CHAPITRE XVI

HÉMATÉMÈSE OU HÉMORRHAGIE DE L'ESTOMAC

Les hémorrhagies de l'estomac et l'hématémèse ne s'observent que bien rarement dans l'enfance et chez le nouveau-né.

J'en ai vu plusieurs exemples chez de jeunes enfants. On était effrayé de voir