

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 vomituritions, 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

un enfant à la mamelle vomir du sang. Je cherchai longtemps la cause de cet accident et je la trouvai sur le sein de la nourrice. L'hématémèse dépend du rejet du sang avalé en tétant et qui ne digérait pas. La nourrice avait des gerçures au sein. Chaque fois qu'elle donnait à téter, l'enfant buvait du lait et du sang qui ne s'arrangeaient pas ensemble et il y avait des vomissements de sang. En changeant de nourrice on guérit cette hématémèse.

## CHAPITRE XVII

### HÉMORRHAGIE INTESTINALE

Les hémorrhagies de l'intestin sont assez rares dans la première période de la vie des enfants; elles sont plus fréquentes chez le nouveau-né que dans les mois qui suivent la naissance.

Elles sont le résultat de causes spéciales, faciles à saisir et à grouper, de manière à en faire l'objet de divisions importantes sous le rapport nosographique.

**Causes.** — 1° Quelques-unes de ces hémorrhagies dépendent d'un état particulier de l'économie, état général grave auquel Verlhoff a rattaché son nom, que l'on connaît généralement sous le nom de *pourpre hémorrhagique*, et qui est la conséquence d'une profonde altération du sang.

2° D'autres, ce sont les plus fréquentes, ne s'observent que dans les quinze ou vingt premiers jours de la vie, et sont rapportées par les meilleurs observateurs à une sorte de congestion passive de tout l'intestin résultant de la compression du fœtus dans le travail de l'accouchement.

3° D'autres ont pour siège principal les follicules du gros intestin, et se montrent en dehors d'une inflammation des tuniques intestinales. Cela est très-rare, et, pour moi, je dirai : cela est à démontrer; mais le fait a été signalé par Schuller, et c'est pour moi un devoir de le reproduire.

4° Les autres, enfin, sont le résultat de l'invagination ou de la phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin. Les observations que je rapporte ici sont les premières que je connaisse, et qui démontrent l'influence de cette dernière cause dans la production d'une hémorrhagie chez des enfants aussi peu avancés en âge.

**Première variété.** — L'hématémèse et le mélæna qui accompagnent quelquefois le *pourpre hémorrhagique* ont été observés par Richard chez une enfant de deux ans, atteinte de cette maladie.

Le même observateur a également rencontré le mélæna chez une fille née depuis quelques heures. Cette enfant rendait du sang noir avec le méconium. Il paraît qu'elle continua de rejeter ainsi du sang par les selles, une ou deux fois par jour, pendant vingt jours; puis l'écoulement diminua un peu sans pouvoir être complètement arrêté, de sorte que l'enfant affaiblie succomba exsangue au bout de sept semaines.

Elle avait un prolapsus du rectum, comme sa sœur aînée, âgée de neuf ans, et de nombreuses taches de pourpre sur les jambes indiquaient la nature de sa maladie.

Billard (1) en a observé deux exemples, dont l'un, en particulier, est fort intéressant.

**OBSERVATION I.** — Delarue, du sexe féminin, est déposée naissante à la crèche des Enfants trouvés, le 27 mars 1826. Un bulletin qu'elle portait au bras indiquait qu'elle

(1) Billard, *Traité des maladies des enfants*, p. 106.

était née depuis trois jours; elle était forte et volumineuse, son teint légèrement ictérique, sa respiration peu développée, son cri à peine entendu : les membres inférieurs étaient oedémateux. La face, le tronc, les jambes et les bras étaient couverts de pétéchies violacées plus ou moins larges. Leur diamètre variait depuis un point assez petit jusqu'à la valeur d'une lentille. La manière inégale dont elles étaient disséminées, et les intervalles jaunâtres que présentait entre elles la surface cutanée, donnaient au corps un aspect chamarré ou tigré. Elle resta deux jours dans cet état d'inanition; buvant quelques gouttes de lait, criant à peine, et respirant peu. Elle s'éteignit le 29 mars au soir. L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain.

**Autopsie.** — **Appareil digestif.** — L'estomac est rempli d'une assez grande quantité de sang visqueux et noir; sa surface interne, ainsi que celle du jéjunum, sont parsemées de nombreuses pétéchies semblables à celles de l'extérieur du corps. On trouve dans l'intérieur du tube intestinal des épanchements de sang répandus çà et là, et la membrane muqueuse offre, dans les points correspondants à ces épanchements, des ecchymoses pétéchiales semblables à celles de l'estomac; la fin de l'iléon contient un sang plus noir et plus diffus; le gros intestin est le siège d'une éruption folliculaire très-prononcée; il contient à sa terminaison une quantité considérable de sang; sa paroi est épaisse et ferme.

La rate, extrêmement volumineuse, est très-gorgée de sang; elle présente, près de l'insertion des vaisseaux courts, une rupture oblongue et superficielle, à la surface de laquelle adhère un caillot de sang assez solide. On trouve dans la cavité abdominale une forte cuillerée de sang dont l'épanchement est le résultat probable de la rupture de la rate.

Le cœur est très-volumineux et gorgé de sang; une sérosité jaunâtre est infiltrée entre la substance propre de l'organe et le feuillet séreux qui le recouvre; sa surface est parsemée de pétéchies, il en existe également à la surface des plèvres. Les ouvertures fœtales sont encore libres, les poumons sont engorgés, les reins et la vessie présentent aussi de nombreuses ecchymoses. Le cerveau est le siège d'une forte congestion.

Gubler m'a remis une observation semblable à celle que je viens de rapporter :

**OBSERVATION II.** — Un garçon âgé d'un mois eut successivement un sclérème, une variole discrète, et un pourpre hémorrhagique : il succomba à une pneumonie. Au milieu de ces accidents, il vomit un caillot de sang noir, et ses couches étaient tachées par une matière brune semblable à du sang desséché. Dans quelques points la croûte était facile à recueillir, et l'on pouvait la délayer dans de l'eau, qui prenait une teinte rougeâtre. Ailleurs le linge était sali par du sang rendu liquide. Tout le corps était couvert de taches de purpura, ce qui caractérise bien nettement la cause de l'hémorrhagie. Le sang exhalé dans l'intestin était sorti de ses vaisseaux sous l'influence de la même force inconnue qui avait déterminé l'hémorrhagie du tissu cellulaire et du tissu cutané.

**Deuxième variété.** — La possibilité des hémorrhagies intestinales au moment même ou peu de temps après la naissance, jadis signalée par F. Hoffmann, Brebis (1) et Lafaurie (2), a été l'objet de recherches plus récentes de la part de Billard (3), de Gendrin (4), Rahn-Escher (5), Kiwisch (6), Barrier (7), Rilliet (8), etc.

Billard a observé vingt-cinq cas de congestions passives du tube intestinal, sans

(1) Brebis, *De vomitu et secessu cruento*, etc. (*Acta Academiae nat. curios.*, vol. IV, 1837).

(2) Lafaurie, *Annales de la Société de Montpellier*, t. XIX, p. 79.

(3) Billard, *Traité des maladies des enfants*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1837, p. 386.

(4) Gendrin, *Traité de médecine pratique*. Paris, 1838-1842, t. 1, p. 189.

(5) Rahn-Escher, *Observations sur l'hémorrhagie des premières voies* (*Gazette médicale*, 1835, p. 401).

(6) Kiwisch, *Apoplexie abdominale des nouveau-nés* (*Gazette médicale*, 1841, p. 635).

(7) Barrier, *Traité des maladies de l'enfance*, 3<sup>e</sup> édit., t. II, p. 10.

(8) Rilliet, *Gazette médicale*, 1848, p. 1029.

hémorrhagie, chez les enfants morts quelques heures ou quelques jours après leur naissance. Nuls symptômes du côté du tube digestif n'avaient révélé cet état. Quinze de ces enfants avaient tous les caractères extérieurs de l'état apoplectique des nouveau-nés, et avaient présenté seulement des symptômes de congestion des poumons et du cœur.

Il n'a observé l'hémorrhagie intestinale passive à la suite de cette congestion que chez quinze sujets : huit enfants avaient d'un à six jours ; quatre de six à huit, et trois de dix à dix-huit jours. Sur ce nombre il y avait six garçons et neuf filles. Le plus grand nombre était remarquable par l'état pléthorique des tissus et par la congestion générale des téguments. Quelques-uns, au contraire, étaient pâles et faibles, comme on l'est après une hémorrhagie abondante. Chez tous, les gros vaisseaux, le foie, la rate, les poumons et le cœur étaient considérablement gorgés de sang ; sur neuf, les ouvertures fœtales étaient oblitérées ou sur le point de l'être ; elles se trouvaient encore libres chez les autres. Chez tous il y avait au cerveau et au rachis une injection très-forte des méninges et de la pulpe cérébrale ; chez tous, enfin, le tube intestinal contenait du sang que l'on trouvait plus ou moins altéré, rouge pâle, rouge foncé, noirâtre, exsudé en nappe sur la muqueuse, ou accumulé en grumeaux ou en caillots dans diverses parties du tube digestif.

Billard rapporte assez justement ces évacuations sanglantes à l'état de congestion normale de l'intestin des nouveau-nés, lorsque par hasard cet état vient à être aggravé par un obstacle à l'établissement de la circulation, tel que l'état apoplectique, le volume exagéré du foie, de la rate, etc. Seulement Billard me paraît s'être égaré en considérant ces hémorrhagies comme un accident très-grave, presque nécessairement suivi de mort. Il n'en est pas toujours ainsi : Rahn-Escher a publié plusieurs exemples de guérison dont l'un surtout est fort intéressant, car il y eut à la fois vomissements et déjections sanguines abondantes chez un enfant qui, au quatorzième jour, était complètement rétabli. Quant aux faits publiés par Rilliet, leur importance m'oblige à les reproduire, et l'on y trouvera plusieurs particularités dignes de fixer l'attention. Rilliet n'a vu qu'une fois l'hémorrhagie intestinale chez le nouveau-né, et, dans cette circonstance, c'était chez deux jumeaux, qui ont été très-malades, et qui tous deux ont été parfaitement guéris.

Cette double observation que j'ai reproduite dans les précédentes éditions de cet ouvrage est unique dans la science. Elle ramène forcément l'esprit en arrière sur les idées philosophiques d'une époque médicale qui n'est plus. Elle nous rappelle qu'il fut un moment où les puissances de l'organisme étaient considérées comme dominant les accidents de sa substance, et qu'ici on n'eût pas manqué d'attribuer l'hémorrhagie de chacun des jumeaux au même trouble dans le principe de leur développement similaire, si physiquement appréciable. On eût alors rangé ce fait, comme le veut Rilliet lui-même, parmi ceux où déjà, chez des jumeaux, on a vu, dit-on, la maladie développée sur l'un paraître également chez l'autre. Cependant, quoi que pense Rilliet, et sans vouloir nuire à sa philosophie, il y a une autre manière de se rendre compte du phénomène, un peu plus simple, mais également plausible. C'est celle que j'adopte. Je crois que dans ce cas de grossesse gémellaire, terminée par un accouchement assez difficile, à l'aide du forceps, il y a eu chez ces enfants obstacle réciproque à la circulation dans l'intérieur de l'utérus, pression générale et prolongée au moment des tractions du forceps, circonstances toutes semblables à celles déjà connues, dans lesquelles, comme l'a indiqué Billard, se produit la congestion passive de l'intestin et la transsudation du sang dans l'intérieur de ce viscère.

*Troisième variété.* — Schuller prétend avoir vu trois fois l'hémorrhagie intes-

nale causée par une maladie toute spéciale des follicules de l'intestin, sans inflammation des membranes voisines.

Je n'ai jamais rien vu de semblable, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, car dans la dysenterie, la maladie des follicules du gros intestin qui se rapproche le plus de celle dont parle le médecin allemand que je cite ne lui ressemble que par le siège et en aucune façon par la forme. Ce serait donc une maladie nouvelle à admettre dans les cadres nosologiques, mais je crois qu'il faut attendre de nouvelles et de meilleures observations avant d'accepter cette conséquence. Pour tout dire enfin, je crains qu'il n'y ait là une erreur d'appréciation que l'avenir nous permettra certainement de connaître.

Des trois jeunes enfants observés par Schuller, un seul avait eu la diarrhée, encore avait-elle complètement cessé quelque temps avant l'apparition du flux sanguin. Les trois enfants, très-faibles, furent rapidement épuisés par l'hémorrhagie, et ils ne tardèrent pas à succomber.

On trouva, dans la partie inférieure du gros intestin, du sang plus ou moins noirâtre mêlé à des matières fécales. L'hémorrhagie avait pour siège exclusif le gros intestin, elle était accompagnée de petites extravasations sanguines autour de l'anus. La muqueuse du côlon était parsemée de saillies qui variaient en grosseur du volume d'une lentille à celui d'un pois : ces petites tumeurs étaient presque confluentes, à peine séparées par un intervalle d'une à deux lignes. Elles étaient constituées par les follicules isolés de l'intestin remplis de sang.

*Quatrième variété.* — En dehors des circonstances toutes spéciales que je viens d'indiquer et qui expliquent la nature de certaines hémorrhagies intestinales chez de jeunes enfants, il en est d'autres, jusqu'à présent peu connues, qui peuvent conduire au même résultat. Bien qu'elles n'aient pas encore été signalées dans le premier âge, leur influence à une époque plus avancée de la vie n'en est pas moins très-positive. Ainsi on sait que les ulcérations typhoïdes, les ulcérations tuberculeuses, les désordres anatomiques de l'entérite, la perforation d'une artériole par un lombric, la présence d'un ténia, peuvent occasionner une hémorrhagie intestinale ; mais, je le répète, l'intervention de ces diverses causes n'a jamais été constatée chez des enfants du premier âge. J'ai eu l'occasion d'étudier sous ce rapport l'influence de la phlegmasie aiguë et chronique de l'intestin, et je crois devoir mettre ces faits dans une catégorie particulière, en attendant que d'autres faits analogues viennent consacrer l'existence définitive de cette variété d'hémorrhagie intestinale.

Dans ma première observation je signalerai : 1° le fait d'une hémorrhagie intestinale abondante, d'un flux de sang liquide, chez un enfant de quatre mois ; 2° la présence d'une phlegmasie aiguë de l'intestin comme cause de cette hémorrhagie ; 3° le fait de vomissements noirs à un âge où il est si rare de les observer ; 4° enfin, la guérison de la maladie dans des circonstances qui ne permettaient guère d'espérer cet heureux résultat.

Voici le fait dans ses détails :

OBSERVATION III. — Fille de quatre mois, grasse, fraîche et bien développée, nourrie par sa mère, qui se croyait enceinte, et qui attribuait aux modifications inconnues de son lait les accidents éprouvés par son enfant.

Cette petite fille continuait de téter, lorsque subitement elle parut inquiète, agitée, et qu'elle fut prise de diarrhée verte mélangée de grumeaux jaunâtres.

Au bout de deux jours de maladie, l'enfant rendit un peu de sang pur par le rectum. Les selles, très-fréquentes, tachaient à chaque fois les couches dans une étendue approximative de 5 centimètres carrés. Des mucosités opalines étaient quelquefois mêlées à ce sang.

Le ventre, à peu près indolent, était ballonné, la langue blanche, picotée de rouge; il n'y avait pas de vomissements; la réaction fébrile était presque nulle, et l'extérieur de l'enfant n'indiquait pas un état morbide grave.

Je prescrivis de l'eau de riz gommée, des applications froides sur le ventre et des quarts de lavement d'amidon presque froids.

Le jour suivant, les vomissements peu abondants de matières noirâtres, semblables à de la terre suspendue dans des mucosités filantes, se reproduisent trois fois.

Au cinquième jour, la face était amaigrie, les traits altérés; la peau ternie, mate, jaunâtre; les yeux profondément excavés et flottant incertains dans l'espace; les lèvres sèches, couvertes d'un enduit brunâtre, desséché; la bouche béante, la langue blanche, un peu sèche; la peau refroidie, adhérente au tissu cellulaire durci, et le corps dans la résolution la plus complète.

Les vomissements noirs avaient continué, et, au lieu de sang pur, des matières noirâtres s'échappaient de l'anus.

Je fis continuer les lavements froids et ordonnai d'appliquer un vésicatoire à l'épigastre.

Au sixième jour, des convulsions générales vinrent compliquer cet état déjà si grave. La face, les membres et le tronc étaient agités de mouvements convulsifs mêlés de cris aigus. Ces convulsions étaient surtout apparentes dans les yeux, aux doigts et aux orteils.

La respiration était irrégulière, presque insensible et de temps à autre mêlée d'une inspiration grande, profonde, et complémentaire des inspirations précédentes. Le pouls était à 120.

Il y avait encore eu des vomissements et des évacuations alvines composées de matières noirâtres.

Je fis appliquer un second vésicatoire au-dessus du premier. On continua les applications froides sur le ventre et les lavements froids.

Au huitième jour, les convulsions avaient cessé ainsi que les évacuations de matières noires. Plus de vomissements. Diarrhée de matières jaunes.

La face prit un meilleur aspect, les yeux semblèrent suivre de nouveau les objets extérieurs. La chaleur de la peau revint; elle était moins dure, au toucher, sur les membres; le pouls était à 112 par minute.

Les jours suivants, l'amélioration continua, la diarrhée disparut, et au douzième jour la guérison me parut assez certaine pour permettre l'usage des aliments. On donna à boire de l'eau de son pure, puis mêlée à du lait, tout en utilisant les lavements amidonnés et les applications émollientes sur le ventre. L'enfant a guéri.

En résumé, c'est à la suite d'une diarrhée de deux jours, accompagnée de coliques, que l'hémorrhagie s'est manifestée. Pendant quarante-huit heures, du sang pur est sorti de l'intestin.

Au bout de ce temps, l'hémorrhagie s'est arrêtée. Le sang contenu dans le tube digestif, soumis à l'action de la chaleur et des agents chimiques de l'intestin, s'est converti en une matière noire, où l'on retrouvait encore, au microscope, quelques globules de sang framboisés; une partie a été rejetée par les vomissements et l'autre partie par les selles, au milieu d'un état général des plus graves qui devait laisser peu d'espoir, et qui a fini par se dissiper d'une manière fort inattendue.

Après le fait de l'hémorrhagie, chez cette enfant, la chose capitale c'est la guérison. Qu'il faille en faire honneur au peu d'étendue des altérations anatomiques de l'intestin, ou au contraire à l'influence des agents thérapeutiques mis en usage, peu importe; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la guérison s'est maintenue, et que depuis lors l'enfant a vécu en très-bonne santé.

J'ai vu depuis lors deux autres faits du même genre à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, pour les enfants; mais dans ces cas l'hémorrhagie, résultat d'une entérite aiguë, était peu abondante, quoique persistante, et cette complication n'a pas empêché les enfants de guérir.

Ainsi on voit qu'il existe déjà, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, plusieurs variétés d'hémorrhagies intestinales que l'on peut rapporter, soit à la constitution morbide accidentelle des enfants, comme dans le pourpre, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on veuille se faire de la nature de cette maladie, soit à un accident, comme à la compression du cordon ou du fœtus entier dans le travail de l'accouchement, soit enfin au travail ulcérateur et corrosif des phlegmasies aiguës ou chroniques de l'intestin, aux polypes du rectum et à des fissures anales.

Tout le sang qui sort des vaisseaux ne s'écoule malheureusement pas hors de l'intestin, il peut y séjourner, s'y accumuler, ce qui rend fort périlleuse la situation des malades. C'est ce qu'on observe souvent dans l'hémorrhagie intestinale des nouveau-nés, aussi la mort est-elle ordinairement, mais non toujours, comme l'a dit Billard, la conséquence de cet accident.

Le sang peut sortir de l'intestin par le rectum ou par la bouche, s'il est chassé par des efforts de vomissement. Le fait, quoique rare, a cependant été observé, et il s'explique naturellement par le siège de l'hémorrhagie dans l'estomac ou dans la partie supérieure du canal alimentaire.

Le sang expulsé par les selles ne conserve sa couleur rouge, vermeille, que s'il est rejeté au moment ou peu après la sortie des vaisseaux, mais s'il séjourne dans l'intestin, il se corrompt et s'altère; il subit un commencement d'élaboration, il se digère en quelque sorte, et pour peu qu'il vienne des parties supérieures du tube digestif, il est rendu noir, quelquefois encore reconnaissable, mais le plus souvent transformé en matière noirâtre semblable à de la terre délayée dans de l'albumine, et où l'on retrouve, avec le microscope, quelques globules sanguins altérés.

Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, d'indiquer les moyens de reconnaître le siège précis d'une hémorrhagie intestinale. La difficulté est, à cet égard, la même chez l'enfant que chez l'adulte, et tous les efforts tentés jusqu'à présent pour arriver à un bon résultat sont restés inutiles.

Les hémorrhagies des nouveau-nés, dues à la congestion passive de l'intestin, sont en général très-abondantes, et le sang sort de l'intestin à l'état liquide et avec sa couleur noire. L'écoulement est moindre dans les cas d'hémorrhagie que nous avons rapportés au pourpre. Il a été considérable, au contraire, dans l'hémorrhagie que nous avons vue coïncider avec une entérite aiguë. Le sang avait des caractères particuliers qui sont peut-être spéciaux à cette variété d'hémorrhagie; c'est ce que l'observation ultérieure pourra décider. Le sang était rouge et vermeil, au lieu d'être noir, comme dans les variétés précédentes; il tachait assez largement et assez abondamment le linge. Ce qui peut faire croire que dans ce cas l'hémorrhagie a été forte, c'est que, plusieurs jours après la cessation, l'enfant rendait encore des matières noirâtres formées de sang à demi digéré.

**Pronostic.** — Les dangers qui résultent de ces hémorrhagies chez de jeunes enfants sont faciles à prévoir. La nature des causes déterminantes ajoute encore à la gravité de l'accident. Il est d'autant plus grave que les enfants sont moins avancés en âge. Cependant la guérison est possible; mais, comme nous l'avons dit, elle est fort rare, et l'on ne saurait employer trop de soin pour l'obtenir.

**Traitement.** — Les indications thérapeutiques reposent sur la connaissance exacte de la nature même des causes de l'hémorrhagie. Chaque variété exige l'emploi de moyens spéciaux et opposés. Ainsi, le traitement de l'hémorrhagie intestinale du *purpura* est entièrement opposé au traitement de l'hémorrhagie causée par une *phlegmasie aiguë* ou par un polype du rectum. Dans le premier cas, il faut agir

au moyen des toniques, et dans le second, c'est aux antiphlogistiques ou au chirurgien qu'il faudra recourir. Il en est de même pour toute autre cause qu'on pourrait invoquer.

Les hémorrhagies qui se rattachent au *purpura* doivent être combattues *directement* par les astringents et les hémostatiques que j'indiquerai plus loin; *indirectement*, par les remèdes généraux, toniques, tels que l'eau rougie sucrée; le sirop de gentiane, le sirop antiscorbutique, le sirop de quinquina, à la dose de deux cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures; la *quinine brute*, à la dose de 20 centigrammes, par jour, dans du sucre.

Les hémorrhagies causées par la congestion passive de l'intestin au moment de la naissance réclament un traitement un peu différent. Les hémostatiques dont je vais parler tout à l'heure trouvent ici une application, comme dans le cas précédent, mais c'est le traitement général qui n'est plus le même. Lorsque l'enfant est pléthorique, et que tous les tissus paraissent gorgés de sang, si c'est au moment de la naissance qu'a lieu l'hémorrhagie, il faut laisser couler le cordon avant d'en faire la ligature; plus tard, quand on ne peut plus agir par le cordon, il faut mettre une sangsue à l'anus, ou deux par exception, si la première n'a pas produit de dégorgement, car à cet âge deux sangsues qui coulent abondamment peuvent produire un mal irréparable. Lorsque l'enfant n'a aucun signe extérieur de pléthore, et n'a rien de l'état dit apoplectique, il faut bien se garder de recourir aux émissions sanguines, qui ne sont plus motivées et qui n'auraient d'autre résultat que d'ajouter à la faiblesse produite par l'hémorrhagie intestinale celle qu'elles occasionnent habituellement par elles-mêmes.

Dans l'hémorrhagie causée par la phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin, on ne peut guère songer à l'usage des sangsues. Ces phlegmasies constituent presque toujours des maladies adynamiques; et si l'hémorrhagie se présente dans leur cours, c'est à une période avancée, à la période d'ulcération, lorsque la faiblesse est extrême, et où, par conséquent, les antiphlogistiques sont rarement indiqués. C'est à l'aide des astringents acides ou styptiques qu'il faut les combattre, médicaments qui trouvent aussi leur application dans les autres variétés d'hémorrhagie précédemment décrites. Ce sont les *moyens hémostatiques* proprement dits.

A ce titre, on peut donc employer, dans les diverses espèces d'hémorrhagie intestinale des petits enfants, l'eau froide à l'extérieur du ventre, à l'intérieur par la bouche, ou en lavements fréquemment répétés. Ces lavements doivent être composés de deux ou trois grandes cuillerées à bouche seulement. On peut les rendre plus actifs avec 20 centigrammes de tannin, ou avec 50 centigrammes d'extrait de ratanhia, ou 50 centigrammes de cachou, ou enfin avec 5 centigrammes de nitrate d'argent. Alors, il faut employer une petite seringue de verre et de l'eau distillée, afin d'éviter la décomposition prématurée du médicament.

L'extrait de ratanhia, de cachou, le tannin, l'acétate de plomb peuvent être donnés à l'intérieur, mais avec de grands scrupules, eu égard à l'âge tendre des enfants, et aussi sans perdre de vue la cause de l'hémorrhagie, qui doit, en quelques circonstances, empêcher leur emploi. Il faut s'abstenir de leur usage dans l'hémorrhagie intestinale passive avec état apoplectique. Ils peuvent être employés, au contraire, dans presque toute autre occasion, à la dose de 5 centigrammes par 60 grammes de véhicule pour le ratanhia, le cachou et le tannin, et de 1 centigramme pour l'acétate de plomb.

L'eau de Brocchieri et l'eau distillée de pin, l'eau de Tisserant à la dose de trois cuillerées par jour, l'huile de térébenthine à la dose de 5 à 6 gouttes dans de l'eau

sucrée toutes les heures, et le perchlorure de fer 20 gouttes dans 100 grammes d'eau sucrée sont infiniment utiles.

Quant aux polypes du rectum, il faut les faire sortir à l'aide d'un lavement, d'un purgatif ou d'une érigne, puis les arracher avec le doigt, ou jeter une ligature autour du pédicule, et faire l'excision au delà, d'après les règles indiquées dans les traités de chirurgie.

## CHAPITRE XVIII

### HERNIES DE L'ABDOMEN

Les hernies de l'abdomen, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, sont assez fréquentes; elles sont *congénitales* ou *accidentelles*, et ont pour siège l'*ombilic* ou l'*anneau inguinal*.

#### ARTICLE PREMIER

##### HERNIE OMBILICALE

##### § I. — Hernie congénitale de l'ombilic.

La *hernie congénitale de l'ombilic*, désignée sous le nom d'*exomphale*, d'*omphalocèle* ou d'*éventration*, est caractérisée par la présence d'un sac plus ou moins volumineux situé au nombril et rempli par une ou plusieurs anses intestinales.

Au début de la vie intra-utérine, le cordon ombilical est un organe creux, servant de diverticulum à la cavité abdominale.

Cette dernière contient seulement la plus petite partie du tube digestif, ainsi que le foie et les organes urinaires et génitaux. Est-ce à la diminution de volume de certains organes temporaires, est-ce au développement de la cavité de l'abdomen qu'est dû le retrait de la portion du tube digestif primitivement contenue dans la base du cordon? Je n'ai pas à expliquer la cause de la rentrée du rudiment intestinal logé dans le cordon. Il suffit de constater que le fait se produit de la septième à la dixième semaine :

lorsque, après cette époque, la base du cordon ombilical reste dilatée, et que l'ampoule persiste, comme Hunter et Velpeau (1) en ont publié des exemples, cette ampoule constitue le rudiment de la hernie.

Il peut se produire quatre espèces de hernies ombilicales : 1° tumeur contenant à la fois une portion du foie et de la masse intestinale; 2° tumeur ne logeant qu'une partie du foie; 3° tumeur logeant le foie tout entier; 4° tumeur ne contenant que des anses intestinales.

1° *Tumeur ne contenant que des anses intestinales*. — Cette variété est pédi-

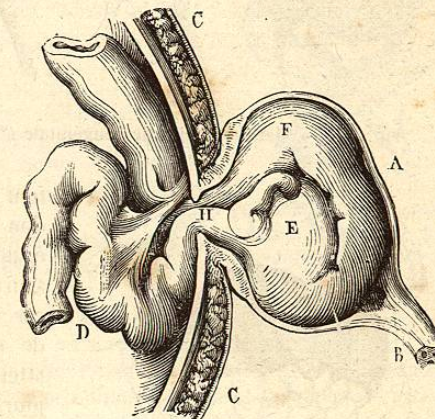


FIG. 86. — Hernie ombilicale congénitale pédiculée et irréductible (\*).

(1) Velpeau, *Embryologie ou Oologie humaine*. Paris, 1833, p. 101, et pl. XI, fig. 6.

(\*) A, hernie; B, cordon; C C, abdomen; D, gros intestin; F, colon ascendant; H, intestin grêle. FOUCHUT. — NOUV.-NÉS. — 7<sup>e</sup> ÉDIT. 41