

rence avec avantage, par M. Waters. dans un cas de cette nature, qu'il a rapporté dans le *Dublin médical 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'y 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, on 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 complété. 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, varient 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 colon 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 observation 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 (4).

**Etranglement 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

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

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

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

(4) 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 diseases 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 ; Geraldès, *Maladies chirurgicales des enfants*, in-8°, Paris, 1868, pp. 418-439.

l'y voir s'étrangler. 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 le 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, 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, 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

(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 12 ans, l'intussusception comprenait 0,075 millimètres de l'intestin grêle, à environ 0,34 cent. au-dessus de la valvule ileo-cacale. Le cas du garçon fut très-singulier, car la totalité du gros intestin était envaginée, 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 ileo-cacale ; 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 1862, 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 enfants au-dessous 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 tète 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

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 | 4        | avaient moins de 9 mois. |
| 41                   | — 4 —                       |         | 2        | — 10 —                   |
| 3                    | — 5 —                       |         | 1        | — 11 —                   |
| 9                    | — 6 —                       |         | 1        | — 12 —                   |
| 4                    | — 7 —                       |         |          |                          |
| 2                    | — 8 —                       |         | Total 40 |                          |
| <hr/> 32 à reporter. |                             |         |          |                          |
|                      | 2 étaient entre 1 et 2 ans. |         |          |                          |
|                      | 41 — 2 et 5 —               |         |          |                          |
|                      | 18 — 5 et 15 —              |         |          |                          |
|                      | <hr/> 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*.

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 douleur, dans un état de calme demi-comateux. Dans la majorité des cas, des convulsions 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 le vomissement, 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 persévérons 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 chance 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'éclaircir. 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.

## TRENTE-SIXIÈME LEÇON.

### DIARRHÉE.

ELLE A DEUX FORMES.

DIARRHÉE SIMPLE. — Cause de l'affection. — Influence de l'âge. — Du travail de la dentition. — De la température et de la saison.

*Symptômes de la diarrhée simple.* — C'est souvent une affection dangereuse. — Danger dû à l'épuisement considérable qu'elle produit. — Cessation des évacuations quelquefois indépendantes d'un amendement réel. — Danger de la diarrhée secondaire.

DIARRHÉE INFLAMMATOIRE. — Défaut de rapport qui existe quelquefois entre les symptômes et les lésions anatomiques. — Les dernières s'observent surtout dans le gros intestin. — Sont très-semblables à celles de la dysenterie chez l'adulte.

*Symptômes de la diarrhée inflammatoire.* — Il y a quelquefois des troubles nerveux au début. — Progrès de la maladie. Sa tendance à une marche chronique. — Une bronchite intercurrente termine quelquefois brusquement la vie. — De même des symptômes cérébraux, ou d'une rechute après une amélioration temporaire.

Dans un ensemble de leçons comme celui-ci, des sujets d'une importance et d'un intérêt différents, s'offrent successivement à notre étude. Hier elle portait sur quelques affections qui, fort heureusement, sont très-rares ; mais aujourd'hui nous passons à l'examen de l'un des désordres les plus communs, et en même temps les plus sérieux de la première et de la seconde enfance.

Il ne faut pas évaluer l'importance de la diarrhée, pendant les premiers temps de la vie, simplement par le nombre de décès