

longitudinalement pour réséquer le boudin (WIDENHAM, MAUNSELL, JESSETT-BARKER).

Malgré leur difficulté, l'incertitude du résultat, ces opérations seront préférées à l'anus contre nature et à l'entéro-anastomose, qui ne donnent pas de guérison dans les formes aiguës de l'invagination.

Quand l'invagination est compliquée de péritonite, de procidence par l'anus, il faut encore tenter la laparotomie. Quand il y a péritonite, la situation est évidemment très grave et quasi désespérée; cependant, si l'enfant est encore résistant, si le pouls n'est pas trop faible, il faut ouvrir le ventre. Quant à la procidence de l'invagination, si le boudin n'est pas gangrené, elle ne contre-indique pas la laparotomie. Marsh¹ a guéri par désinvagination après laparotomie un enfant de 6 mois malade depuis treize jours et présentant un prolapsus rectal. Godlee n'a pas été moins heureux chez un enfant de 9 mois malade depuis quatre jours. Sands, Ainsley, Pollard ont guéri, par la laparotomie, chacun un enfant dont le boudin d'invagination était descendu dans le rectum.

Dans le cas de Pollard, quoique l'invagination ne datât que de vingt-quatre heures, le boudin était en voie de sphacèle.

Dans les invaginations chroniques, dont on connaît quelques exemples, on est autorisé à insister, plus que dans les formes aiguës, sur les tentatives de réduction non sanglantes, quand il n'y a pas de symptômes d'étranglement absolu. Mais il ne faut pas reculer trop loin la laparotomie, sous peine de voir des accidents aigus se greffer sur l'invagination chronique. D'autant plus que, si l'on opère à froid, on peut réduire des invaginations anciennes.

Rydygier a pu désinvaginer après six semaines, après six mois, après neuf mois; à ces 3 cas remarquables, il faut ajouter 1 cas de Czerny après six mois, 1 d'Obalinski après deux mois et demi. Sur ces 5 opérés guéris, 4 étaient adultes; 1 n'avait que 8 ans.

Si, après une laparotomie ainsi tardivement faite, dans l'invagination chronique, on trouvait un boudin adhérent, sphacélé, perforé, irréductible, on le réséquait; cette résec-

1. MARSH, *The Lancet*, 1875.

tion, pratiquée à froid, offre plus de chance de survie que la résection de l'invagination aiguë.

CONCLUSIONS. — La diversité des causes de l'occlusion intestinale explique la diversité des traitements dirigés contre cette dangereuse maladie. Pour le choix de la thérapeutique à instituer, il faut précisément s'inspirer des causes en jeu.

Une obstruction par coprostase ne comporte évidemment pas la même ligne de conduite qu'un étranglement par bride ou qu'une invagination. Dans le premier cas, on pourra recourir aux purgatifs et aux lavements; dans le second cas, on devra se résoudre à la *laparotomie*. Une occlusion due à un rétrécissement syphilitique pourra guérir par un traitement *mercuriel et ioduré*, aidé d'une *dilatation* sage et progressive. Au contraire, une néoplasie cancéreuse de l'intestin ne laissera que peu d'espoir, même si l'on se résout à une intervention radicale. Certaines occlusions sont curables, d'autres sont naturellement incurables.

Deux ordres de moyens s'offrent à nous pour la cure de l'occlusion médicale :

1° *Moyens médicaux, lavements d'eau ou de gaz, électricité, massage, lavage de l'estomac, ponctions capillaires*; il faut user de ces moyens au début, sans entêtement, et savoir les laisser de côté quand la situation s'aggrave. Les *injections d'eau* simple ou gazeuse dans l'intestin notamment ne doivent pas être renouvelées plus d'une ou deux fois; si l'obstacle ne cède pas, il faut recourir aux méthodes sanglantes.

2° *Moyens chirurgicaux*. — Jusqu'à l'avènement de l'antisepsie chirurgicale, l'*ultima ratio* de l'occlusion intestinale a été l'anus contre nature, l'anus artificiel, qu'on a d'abord pratiqué sur le gros intestin et en dernier lieu sur l'intestin grêle. Dans l'impuissance où s'est trouvé le médecin de rétablir le cours naturel des matières, le chirurgien arrive qui leur crée une voie artificielle.

L'entérotomie, entre les mains des Maisonneuve, des Nélaton et de leurs élèves, a donné d'assez beaux succès. Mais bientôt la chirurgie s'est enhardie, on a osé ouvrir largement le ventre, pour aller directement à la recherche de l'obstacle et le réduire. Cette laparotomie pratiquée *largâ manu* est inoffensive, elle permet d'y voir clair, et un grand nombre de malades lui doivent la vie.

Donc l'occlusion intestinale relève, en dernier ressort, de la laparotomie. Grâce à cette opération, on peut fixer le siège, la nature de l'étranglement interne, et le traiter en conséquence par la réduction, l'extirpation, ou même on sait s'abstenir quand on se trouve en présence d'un cancer, d'une masse tuberculeuse, etc. Avant la laparotomie, l'intervention chirurgicale était incomplète, palliative, aveugle.

Grâce à la laparotomie, elle est devenue très souvent curative; cette opération, d'ailleurs, donne d'autant plus de succès qu'elle intervient plus tôt; c'est pour cela qu'il ne faut pas perdre de temps dans les tentatives médicales ou empiriques dont nous avons parlé plus haut; en temporisant, on permet à l'occlusion de se compliquer de gangrène, de perforation, de péritonite, et, quand on se décide, il est trop tard.

ODONTALGIE

Quoique les douleurs de dents soient moins violentes chez les enfants que chez les adultes, il n'est pas rare de voir de jeunes sujets perdre, sous l'influence de la carie dentaire et des douleurs qui l'accompagnent, l'appétit et le sommeil.

TRAITEMENT

Si la dent est trop malade, on procédera à son extraction à l'aide d'un davier approprié, et l'odontalgie disparaîtra aussitôt.

Si l'extraction n'est pas indiquée, on cherchera à calmer la douleur en mettant dans le creux de la dent quelques gouttes des mixtures suivantes :

℥ Chloroforme	} āā. . .	1 gramme.
Teinture d'opium		
Créosote		
Teinture de benjoin	3	—
℥ Chloral	} āā. . .	3 grammes.
Camphre		
Cocaïne		

On peut aussi introduire un fragment de mastic au chloroforme.

℥ Chloroforme	7 grammes.
Mastic	4 —
Baume du Pérou	2 gr. 50.

ou bien :

℥ Sozoïodol sodique	1 gramme.
— potassique	2 —
Glycérine	Q. s. pour faire une pâte.

OEDÈME CÉRÉBRAL

L'œdème cérébral ou apoplexie séreuse est presque toujours une lésion secondaire : méningite tuberculeuse, urémie, anasarque scarlatineuse, asystolie, rachitisme, etc.

On constate, en même temps qu'une grande pâleur de l'écorce du cerveau, une teinte louche et opaline des méninges. Les espaces sous-arachnoïdiens sont remplis de sérosité, et il semble que les circonvolutions soient recouvertes d'une gelée tremblotante. La même apparence se voit à la base du cerveau. On constate en même temps que les ventricules sont remplis de liquide (hydropisie ventriculaire) et dilatés.

Pendant la vie, on a relevé du coma, de l'insensibilité, et à la fin des accidents asphyxiques.

TRAITEMENT

On pourrait songer à la ponction lombaire qui, dans quelques cas, amène une légère décompression du cerveau. Mais c'est un palliatif de médiocre valeur.

On insistera sur la révulsion à distance : lavements purgatifs, bottes d'ouate sinapisées, sangsues derrière les oreilles.

On prescrira le régime lacté, les grands lavements d'eau bouillie, en cas d'urémie. Dans le cas d'asystolie, on prescrira la digitale.

OEDÈME DE LA GLOTTE

L'œdème de la glotte ou laryngite œdémateuse est rare chez les enfants, parce que les maladies chroniques du larynx, qui lui donnent habituellement naissance, sont également rares chez eux.