tomie, ce chirurgien incisa l'S iliaque, dont il retira une tumeur stercorale du poids de 720 grammes, puis il sutura l'intestin hypertrophié et termina par une suture de la paroi abdominale. L'enfant succomba à une péritonite à la suite du relâchement des sutures intestinales qui avaient été fort difficiles à pratiquer par suite de l'hypertrophie des parois de l'S iliaque.

L'un de nous a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Sainte-Eugénie un étranglement interne chez un jeune garçon de treize ans, qui était causé par un *rétrécissement fibreux* du rectum. L'enfant, qui avait toujours été vigoureux et bien portant, se plaignait depuis huit mois environ de constipation et de fausses envies d'aller à la selle. Peu à peu le ventre se ballonna, et l'enfant maigrit notablement. La constipation était devenue absolue et la tympanite considérable dans les derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Trois jours après, l'enfant présentait tous les symptômes d'un étranglement interne; une tumeur appréciable dans la fosse iliaque gauche et la présence d'un bourrelet muqueux obturateur dans le rectum firent diagnostiquer une invagination du gros intestin ; on pratiqua l'entérotomie par le procédé de Nélaton; l'enfant succomba à une péritonite dix jours après. A l'autopsie, on trouva que l'obstacle au cours des matières siégeait dans le rectum à 10 centimètres environ de l'anus et était dû à un rétrécissement fibreux annulaire des parois de l'intestin; on ne put trouver aucune bride pour expliquer la constriction. Le siège de cette occlusion étant exactement le même que celui des rétrécissements congénitaux, il est probable que la lésion remontait à la vie fœtale et que l'anneau fibreux n'était devenu assez étroit pour gêner le passage des matières que dans la dernière année de la vie.

Le *traitement* de la constipation habituelle est le même chez l'enfant que chez l'adulte. Les tumeurs stercorales doivent être traitées, autant que possible, médicalement. On pratiquera tout d'abord des séances de *massage* de dix minutes, faites avec précaution et consistant principalement dans le pétrissage des masses fécales.

Les lavements *huileux* sont également très efficaces, quand ils sont bien donnés. Voici comme ils doivent l'être suivant Collignon : Le malade étant placé sur un plan incliné, la tête basse, on introduit aussi profondément que possible un tube Faucher muni d'une sonde en gomme, et on verse l'huile par l'entonnoir élevé à une hauteur qui varie entre 20 centimètres et 1 mètre. On facilite la pénétration par un massage de l'abdomen de bas en haut jusqu'à production de coliques. On attend que celles-ci se soient calmées pour introduire une nouvelle quantité d'huile.

Le curage du rectum avec le doigt s'impose dans certains cas.

On a préconisé aussi les courants continus suivant la méthode de Boudet (de Paris), ainsi que le lavage de l'estomac, en cas de vomissements fécaloïdes.

Enfin, si les accidents d'occlusion continuent malgré tout, la laparotomie s'impose.

CHAPITRE XX

INVAGINATION

Gorham (1) est le premier qui ait attiré l'attention sur la symptomatologie de l'invagination dans la première enfance (1838), mais c'est seulement depuis la monographie de Rilliet (1852) (2) que l'anatomie pathologique et le diagnostic de cette affection sont bien connus ; les nombreuses observations publiées depuis lors n'ont fait que confirmer les conclusions du médecin genevois.

ÉTIOLOGIE. — **Age.** — L'invagination est plus fréquente dans les quatre premières années de la vie, particulièrement dans la première année, qu'à tout autre âge. Sur une quarantaine de cas recueillis par Ribbing (3), 19 appartiennent à la première année, 10 à la deuxième, 3 à des enfants plus âgés. Pour Leichtenstern (4), la maladie est surtout fréquente du quatrième au sixième mois, et Wiggin (5), sur 103 cas d'invagination infantile, en trouve la moitié dans ces mêmes mois. Elle a été constatée chez le nouveau-né.

Sexe. — Les garçons en sont beaucoup plus souvent atteints que les filles.

Causes prédisposantes. — L'invagination survient ordinairement chez les enfants vigoureux et bien nourris, sans maladie préalable du tube digestif; les cas dans lesquels elle a été précédée d'une constipation habituelle ou d'un flux intestinal prolongé sont exceptionnels. Quelques auteurs considèrent cependant l'entérite chronique comme prédisposant à cette affection.

La vraie cause prédisposante de l'invagination dans la première enfance réside dans les particularités anatomiques que présente l'intestin à cet âge; l'adhérence lâche du cæcum à la fosse iliaque, parfois la présence d'un mésocæcum et l'ampleur considérable du

(1) Gorham, *Guy's Hosp. Rep.*, 7 oct. 1838.
(2) Rilliet, *Gaz. des hôp.*, janvier et février 1852.
(3) Ribbing, *Congr. internat. des sc. méd. de Copenhague*, 1884, sect. de pédiatrie. Copenhague, 1886, t. III, p. 86.
(4) Leichtenstern, *Prag. med. Vierteljahrschr. für prakt. Heilk.*, 1873-74, t. CXVII-CXXI.
(5) Wiggin, *Med. Rec.*, 1896, t. I, p. 73.

mésocôlon dans la première année, favorisent les déplacements du gros intestin; l'absence de bosselures au cæcum, partant la moindre résistance musculaire des parois de cet organe et de la valvule iléo-cæcale, facilitent la pénétration de l'iléon dans le gros intestin (Rilliet).

Causes déterminantes. — Les causes déterminantes de l'accident ne sont pas toujours faciles à reconnaître. On a regardé comme telles : les efforts de toux, les mouvements exagérés communiqués au paquet intestinal en berçant les enfants ou en les faisant sauter, l'usage immodéré des purgatifs ou des suppositoires, des violences directes, etc., etc. Rilliet rapporte l'observation d'un garçon de neuf ans chez lequel l'invagination paraît avoir été déterminée par un coup de pied dans le ventre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la *première enfance*, c'est presque toujours dans le gros intestin que se fait l'invagination. C'est la dernière partie de l'intestin grêle qui fait hernie à travers la valvule de Bauhin; elle forme le fil conducteur du boudin d'invagination et attire à sa suite le cæcum avec son appendice, le côlon ascendant, quelquefois même le côlon transverse. Les invaginations dans l'intestin grêle sont le plus souvent un phénomène d'agonie; cependant Audeoud (1) a constaté, à l'autopsie d'un enfant de quatre mois qui avait succombé à une invagination chronique, que celle-ci avait porté uniquement sur l'iléon; l'étranglement avait produit la gangrène de la partie invaginée et une péritonite; la valvule iléo-cæcale était indemne.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve la fosse iliaque droite et le flanc droit remplis par les anses dilatées de l'intestin grêle; le côlon ascendant et parfois aussi le côlon transverse ont disparu; l'iléon vient s'aboucher à angle aigu avec le côlon descendant ou la partie gauche du côlon transverse. L'invagination est presque toujours descendante; on a constaté cependant l'invagination ascendante. Jalaguier (2) a observé la coïncidence des deux invaginations chez un enfant de six mois opéré avec succès par A. Broca.

La *tumeur* formée par l'intussusception est située en général à gauche de l'ombilic et elle s'étend obliquement, sous la forme d'un boudin brun rougeâtre, de la région hypogastrique à la fosse iliaque gauche.

Quand la mort survient après le quatrième jour, on trouve en général les surfaces séreuses du boudin accolées par des adhérences molles, qui rendent difficile le déroulement de l'intestin. La gangrène du boudin invaginé est parfois constatée, mais moins souvent que dans la seconde enfance. Les anses intestinales environnantes sont parfois rouges et poisseuses, mais la péritonite générale est rare.

(1) Audeoud, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1899, p. 136.
(2) Jalaguier, *Traité des mal. de l'enf.*, t. II, 1897, p. 700.

Dans la *seconde enfance*, l'invagination siège tantôt dans le gros intestin, tantôt dans l'intestin grêle. La participation du gros intestin au boudin d'invagination est encore la règle jusqu'à l'âge de cinq ans; au-dessus de cet âge, c'est l'intestin grêle, comme chez l'adulte, qui est le siège ordinaire de l'intussusception. Leichtenstern donne à l'appui de ce fait la statistique suivante : De deux à cinq ans, iléon 13 pour 100, iléon et cæcum 49 pour 100, côlon 25 pour 100, iléon et côlon 13 pour 100; de six à dix ans, iléon 28 pour 100, iléon et cæcum 41 pour 100. Wright et Knowles Renshaw (1) ont constaté, en opérant un enfant de deux ans atteint d'invagination chronique, que cet accident était dû à la présence de l'appendice qui était invaginé dans le cæcum; l'opéré guérit après que le cæcum eut été incisé et l'appendice réséqué. Erdmann (2) a constaté, à l'autopsie d'un garçon de neuf ans opéré pour une invagination, que celle-ci était due à un diverticule de Meckel.

La durée plus longue de la maladie dans la seconde enfance a permis d'étudier sur le cadavre ses terminaisons diverses; ainsi, on a souvent l'occasion de constater la gangrène partielle ou complète du boudin d'invagination, avec ou sans perforation des parois de l'intestin, et dans quelques cas une cicatrisation véritable des parois de l'intestin après élimination de la partie invaginée. Il n'est pas rare non plus de trouver de la péritonite, même quand l'intestin n'a pas été perforé à la suite de la gangrène.

DESCRIPTION. — **Première enfance.** — Le *début* de la maladie est presque toujours brusque. Au moment où l'accident se produit, l'enfant pousse des cris et agite avec violence ses bras et ses jambes; sa face pâlit et ses traits se contractent, son pouls est petit et serré, ses extrémités sont froides. En même temps, il est pris de vomissements et de ténesme, il fait de violents efforts de défécation et rend des matières mêlées de quelques gouttes de sang. La fièvre est nulle, le ventre n'est ni tendu, ni douloureux, de sorte qu'une fois la crise passée il est difficile de se rendre compte de la nature du mal. Bientôt les coliques reparaissent, elles se renouvellent en général plusieurs fois dans le cours du premier jour; les selles, qui contenaient encore au début des matières fécales, deviennent très peu abondantes et sont composées uniquement de mucus et de sang pur. Le second jour, les vomissements augmentent de fréquence et contiennent de la bile; le ventre est tantôt flasque et indolent, tantôt développé et sensible à la pression.

La *palpation* révèle souvent alors la présence d'une tumeur facile à déplacer; parfois on sent très nettement à gauche de l'ombilic un

(1) Wright et Knowles Renshaw, *Brit. med. Journ.*, 1897, t. I, p. 1410.
(2) Erdmann, *New York med. Journ.*, 16 avril 1898.

cordon dur qui s'étend obliquement vers la fosse iliaque gauche; d'autres fois, c'est une masse mobile, donnant une sensation pâteuse; d'autres fois enfin, le ventre est souple et ne révèle rien d'anormal. On peut constater dans certains cas la présence du boudin d'invagination par le *toucher rectal*; parfois même la partie invaginée descend jusqu'à l'anus et fait prolapsus au moment des épreintes de défécation.

L'état général est encore satisfaisant, la réaction fébrile, lorsqu'elle existe, est très modérée. Dès le troisième jour, le tableau change; des symptômes de *collapsus* apparaissent. Les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, les extrémités se refroidissent. Les vomissements continuent, mais en diminuant de fréquence; ils restent bilieux et ne prennent que très rarement le caractère stercoral (Rilliet, Groos); les selles sont toujours peu abondantes, très fréquentes et muco-sanguinolentes; quelquefois elles cessent complètement et sont remplacées dès le second jour par une constipation opiniâtre. Le ventre peut rester jusqu'à la fin mou et pâteux (obs. de Rilliet); habituellement, néanmoins, il se ballonne un peu dans les derniers jours, mais il n'atteint jamais le degré de tension qu'on observe dans l'étranglement interne chez les enfants plus âgés ou chez l'adulte.

Parmi les *terminaisons*, la mort est de beaucoup la plus fréquente; elle survient en général du troisième au cinquième jour, quelquefois plus tôt (1); l'enfant meurt dans une prostration profonde ou bien au milieu d'un accès de convulsions. La guérison est assez rare. Dans un cas observé par Rilliet, l'invagination se réduisit spontanément. Dans un autre cas, Thomas (2) constata la réduction quelque temps après un massage opéré pendant un quart d'heure de bas en haut sur la tumeur et suivi de l'administration d'une petite quantité d'opium. Dans d'autres cas encore, l'invagination a pu être réduite artificiellement. Tous les symptômes inquiétants disparaissent alors rapidement, le cours des matières se rétablit, et au bout de peu de jours l'enfant est guéri. Quelquefois cependant la maladie récidive à bref délai. Ludwig (3) rapporte le cas d'une petite fille de huit mois chez laquelle l'invagination parut se reproduire 22 fois dans le cours d'un mois; l'enfant guérit néanmoins.

Seconde enfance. — On peut distinguer dans la seconde enfance deux formes cliniques de la maladie, dont l'une se rapproche de l'invagination dans la première enfance et l'autre de l'invagination chez l'adulte.

La *première forme* a une marche très rapide; elle s'observe surtout chez les enfants de deux à cinq ans. Elle débute brusquement, comme

(1) Hempel, *Ugeskrift for Læger*, 1855, in *Journ. für Kinderkr.*, t. XLII, p. 332.
(2) Thomas, *Lancet*, 25 déc. 1886.
(3) Ludwig, *Berl. klin. Woch.*, 1er juillet 1878.

dans la première enfance, par de violentes coliques revenant par crises, par des vomissements et par des selles sanguinolentes, dysentériformes, mais l'écoulement de sang est moins abondant et moins persistant. Le ventre se ballonne plus rapidement et la tumeur est moins facile à percevoir que chez les enfants plus jeunes. Le collapsus apparaît rapidement, et les malades succombent au bout de trois à quatre jours.

La *seconde forme* se rencontre en général après quatre ans. La constipation est alors la règle; le ventre commence à se ballonner dès le début; les vomissements, qui étaient d'abord alimentaires et bilieux, deviennent souvent fécaloïdes. Quelquefois l'enfant meurt dans un état de collapsus profond au bout de cinq ou six jours. Le plus souvent, il succombe à une péritonite généralisée au bout d'une semaine environ. Dans quelques cas, la péritonite n'éclate pas ou reste limitée, et l'enfant, après une semaine de constipation, évacue des selles fétides, formées de sang et de matières fécales; puis, le même jour ou le lendemain, il rend par l'anus une portion plus ou moins considérable d'intestin, constituée par le boudin d'invagination sphacélé. Après cette évacuation, la fièvre diminue, les coliques disparaissent, l'appétit renaît et, au bout de quelques semaines, l'enfant est à peu près guéri, mais le rétablissement complet est très lent; le petit malade conserve longtemps encore des coliques, des selles irrégulières, de l'amaigrissement et une grande difficulté à se redresser pour marcher (Rilliet). Quelquefois même, au moment où tout faisait espérer une guérison prochaine, la cicatrice se rompt, et l'enfant est emporté par une péritonite suraiguë.

Forme chronique. — L'invagination présente quelquefois, même dans la première enfance, une marche chronique; Raffinesque (1), qui en a réuni dans la littérature médicale 62 exemples, en compte 21 chez des sujets âgés de moins de seize ans dont 4 âgés de moins d'un an. La maladie débute alors le plus souvent d'une façon insidieuse et peut être facilement méconnue. Parfois cependant, après s'être présentée sous sa forme aiguë, elle prend une allure chronique. L'invagination se fait généralement par poussées successives, séparées par des périodes de bien-être relatif. Ces crises sont caractérisées par des douleurs et des vomissements alimentaires ou bilieux, parfois légèrement teintés de sang, très rarement fécaloïdes. On observe en même temps de la constipation alternant parfois avec de la diarrhée et souvent avec des selles sanglantes. La présence de la tumeur formée par l'invagination est habituellement facile à constater; elle n'est parfois appréciable que pendant les crises. Il n'est pas très rare de voir le boudin invaginé venir faire saillie hors de l'anus. Après une durée plus ou moins longue qui peut s'étendre

(1) Raffinesque, *Thèse de Paris*, 1878.

d'une quinzaine de jours à plusieurs mois, la maladie abandonnée à elle-même se termine presque toujours fatalement, soit par épuisement du malade, soit à la suite d'une péritonite par perforation, soit dans une crise aiguë avec collapsus.

C'est de cette forme de la maladie qu'il faut rapprocher le cas suivant rapporté par Bock (1), et relatif à une invagination de l'intestin grêle et du côlon ascendant dans le côlon descendant observée chez un garçon de dix ans ; cette invagination *n'oblitérait pas complètement la lumière de l'intestin*, de telle sorte que l'enfant continuait à rendre des matières fécales pendant tout le cours de la maladie et n'eut pas de vomissements fécaloïdes. On put constater à deux reprises pendant la vie la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche ; le ventre était peu météorisé et le seul symptôme inquiétant était le retour fréquent des coliques. L'enfant, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, finit par succomber le vingt-sixième jour à une péritonite par perforation.

DIAGNOSTIC. — Dans la première enfance, le signe le plus caractéristique de l'invagination est une entérorragie survenant subitement après une crise de douleur et de vomissements, et suivie de symptômes de collapsus ; le diagnostic de la maladie peut être alors posé, même en l'absence de tumeur perceptible par la palpation ou par le toucher rectal. Deux affections, la *dysenterie* et le *mélæna des nouveau-nés*, sont aussi caractérisées par la présence du sang dans les selles, mais la première, rare dans la première enfance, ne débute jamais brusquement et ne s'accompagne pas de vomissements le premier jour, la seconde se juge dans les vingt-quatre heures et s'accompagne souvent d'autres hémorragies par l'ombilic, le nez ou la bouche. Les symptômes de collapsus et les vomissements rappellent au premier abord une attaque de *choléra infantile*, mais le caractère séreux des selles et l'absence de douleurs distinguent toujours nettement cette dernière affection de l'invagination.

Dans la seconde enfance, il n'est pas toujours facile de distinguer l'invagination des *obstructions intestinales* dues à une autre cause. Le diagnostic se fondera sur la fréquence plus grande de l'invagination à cet âge et sur la présence d'une tumeur mobile bien apparente siégeant en général à gauche de l'ombilic.

L'*appendicite* se distingue de l'invagination par l'existence d'une fièvre plus vive, par l'absence de sang dans les selles et par la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur bien définie qui n'a pas la forme allongée du boudin d'invagination.

La *péritonite* aiguë complique quelquefois l'invagination ; elle s'en distingue par l'élévation considérable de la température et par une douleur vive généralisée à tout l'abdomen.

(1) Bock, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1869, t. II, p. 431.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'invagination est grave ; dans la première enfance, il est absolument fatal, si l'on ne parvient pas à réduire l'intussusception. Sur 252 cas observés dans la première année, 49 seulement se terminèrent heureusement (Widerhofer) (1). Dans la seconde enfance, il y a quelques chances de guérison spontanée par élimination du boudin d'invagination, mais même alors on peut craindre d'un moment à l'autre l'apparition d'une péritonite aiguë. Sur 162 cas observés entre deux et dix ans, 89 (soit plus de la moitié) ont guéri (Widerhofer).

TRAITEMENT. — La seule indication fondamentale consiste à rétablir le cours des matières. On a proposé dans ce but les *purgatifs*, mais ces agents, qui rendent de si grands services dans l'obstruction intestinale, doivent être sévèrement proscrits dans l'invagination ; ils augmentent les contractions péristaltiques de l'intestin et accroissent l'intussusception au lieu de la diminuer.

La seule médication interne qui soit indiquée, est l'emploi des *opiacés* ; il faut administrer l'opium à haute dose, sous forme de *laudanum*, en surveillant son action et en proportionnant la dose à l'âge de l'enfant. Cet agent est le meilleur préventif contre la péritonite et parfois un remède efficace contre l'invagination elle-même ; en tout cas, il facilite beaucoup l'action des moyens mécaniques, en même temps qu'il diminue les douleurs et les vomissements.

L'*insufflation* est, parmi les divers moyens mécaniques proposés pour réduire l'intestin invaginé, celui que nous mettons en première ligne. Il a donné chez les enfants de nombreux succès, mais il n'est indiqué qu'au début, avant qu'il se soit formé des adhérences entre les anses du boudin d'invagination, et même alors il ne réussit pas toujours. L'opération se pratique à l'aide d'un soufflet qu'on adapte au rectum soit directement, soit à l'aide d'une canule en gomme. Il suffit parfois de quelques insufflations vigoureusement poussées, pour que l'intestin se réduise. La réduction se fait alors avec bruit, et tous les accidents disparaissent comme par enchantement. Dans un cas observé par Wagner (2), la tumeur se reproduisit le matin suivant et put être de nouveau réduite par le soufflet ; la guérison fut complète au bout de dix jours. Cousins (3) s'est servi avec succès de la pompe stomacale comme insufflateur ; il donne le conseil de pousser l'air très lentement, une insufflation trop précipitée ayant pour seul résultat de distendre l'S iliaque et de déterminer ainsi une sorte d'occlusion valvulaire qui empêche l'air d'arriver plus haut ; la pression de l'air doit atteindre progressivement son maximum et doit y être maintenue pendant un certain temps, pour qu'elle s'exerce à la

(1) Widerhofer, in *berhardt's Handb. der Kinderkr.*, t. IV, 2e partie, p. 618, 1880.
(2) Wagner, *Jahrb. für Kinderheilk.*, N. t. III, p. 243.
(3) Cousins, *Wien. med. Wochenschr.*, 1862, n° 26.

fois sur l'extrémité invaginée et la paroi invaginante. Wilks (1) a chloroformé l'enfant avant d'insuffler; cette pratique nous paraît devoir être suivie, si l'insufflation sans chloroforme a été infructueuse. Lucas recommande, en même temps que la chloroformisation, l'*inversion* du corps. L'enfant chloroformé est tenu en l'air par les pieds, le dos tourné vers l'opérateur. On introduit alors la sonde rectale mise en rapport avec un soufflet. L'effet de l'insufflation est surveillé par la main d'un aide appliquée sur la tumeur.

Un mode de réduction qui se rapproche de l'insufflation est l'injection dans le rectum d'*eau de Seltz* ou d'un *mélange effervescent*. Laboulbène a obtenu plusieurs succès chez les adultes en poussant successivement par la canule les potions de Rivière n° 1 et n° 2 et en fermant ensuite hermétiquement l'ouverture anale, de façon à s'opposer à la sortie du gaz. Ce moyen très simple nous a réussi chez un enfant de quelques mois qui présentait tous les symptômes rationnels de l'invagination, constipation, selles peu abondantes et sanglantes, vomissement, coliques, début de collapsus, mais sans tumeur, ni tympanite; l'administration de ce *lavement forcé* a été bientôt suivie de selles normales, et les accidents n'ont pas reparu.

On a aussi préconisé les *douches ascendantes*, les lavements d'eau tiède, suivis, suivant le conseil de Monti, d'un lavement d'eau glacée, ainsi que le refoulement du paquet invaginé au moyen d'une *sonde porte-éponge* (Nissen), mais ces moyens ont échoué le plus souvent; le procédé de Nissen, en particulier, qui a réussi deux fois entre les mains de son auteur, est d'un emploi difficile et limité. Lorsque l'invagination se fait au voisinage de l'anus, elle peut être réduite au moyen du doigt ou d'une sonde.

L'électricité a été appliquée aussi au traitement de l'invagination. Bucquoy (2) cite trois cas relatifs à des enfants où cette affection céda à l'emploi de la faradisation; un des pôles de l'appareil était placé dans le rectum, tandis que l'autre était promené sur l'abdomen, particulièrement au niveau de la tumeur. Poupon (3) a traité avec succès par la galvanisation un enfant atteint d'invagination, il employa le *lavement électrique* préconisé par Boudet (de Paris), procédé qui consiste à introduire jusqu'à l'S iliaque, par le rectum rempli d'eau salée, une grosse sonde élastique pourvue d'un mandrin métallique creux en rapport avec le pôle positif d'une pile; ce mandrin s'arrête à 1 centimètre de l'ouverture latérale de la sonde, pour éviter la production d'escarres; l'autre rhéophore est placé sur l'abdomen.

Le *lavage de l'estomac*, recommandé dans le traitement de l'occlusion intestinale chez l'adulte, paraît aussi avoir donné quelques succès

(1) Wilks, *Lancet*, 1870, t. I, n° 21.
(2) Bucquoy, *Gaz. hebd.*, 1878, p. 125.
(3) Poupon, *France méd.*, 1885, p. 808.

dans l'invagination; en tous cas, il peut produire un soulagement momentané.

Nous avons parlé plus haut des tentatives de réduction de la tumeur par le *massage* au moment de l'accident; ce moyen est dangereux et n'a que très rarement réussi.

Ces divers procédés ne sont applicables qu'au début de l'invagination; ils ont souvent échoué, et quelques-uns d'entre eux, particulièrement l'insufflation et les lavements forcés, ont plusieurs fois provoqué des accidents, lorsque l'intestin avait déjà contracté des adhérences; celles-ci peuvent survenir très rapidement et sans qu'il soit possible de s'en assurer; enfin, la plupart de ces procédés sont sans effet quand l'invagination siège dans l'intestin grêle. D'après la statistique de Wiggin, la distension de l'intestin par l'eau ou les gaz a donné 54 insuccès sur 72 cas. Des guérisons n'ont été obtenues que chez des enfants traités avant la quarante et unième heure.

En présence de ces insuccès, une intervention chirurgicale est le plus souvent indiquée et elle l'est toujours après le second jour. Les résultats de la *laparotomie* sont, il est vrai, rarement favorables, ils le sont devenus cependant davantage depuis les progrès réalisés par l'antisepsie. Auparavant, d'après la statistique de Wiggin, le traitement chirurgical donnait une mortalité de 84 pour 100; depuis lors, pratiquée de bonne heure et avec toute la correction désirable, l'opération aurait donné 14 guérisons sur 18 cas. Jalaguier cite cinq succès postérieurs au travail de Wiggin, et d'autres encore ont été rapportés depuis; mais que d'insuccès restent dans l'ombre et ne figurent pas dans les statistiques! Quoi qu'il en soit, la laparotomie doit toujours être tentée quand les autres moyens ont échoué ou sont contre-indiqués. L'existence d'une péritonite ne doit pas empêcher l'opération, si l'enfant paraît être encore en état de la supporter, mais s'il est déjà en état de collapsus, le mieux sera de s'abstenir. Les chances de réussite sont meilleures, quand on peut se borner à une simple laparotomie suivie de la désinvagination, que quand on doit réséquer l'intestin gangrené (1).

CHAPITRE XXI

VERS INTESTINAUX

L'ascaride lombricoïde et l'oxyure vermiculaire sont les vers qui s'observent le plus souvent chez les enfants, et qui feront le sujet principal de cet article; néanmoins, tous les vers intestinaux ont été rencontrés également chez l'enfant.

(1) Pour les détails des opérations, voir l'article déjà cité de Jalaguier.