

Sesión del 25 de febrero de 1949

Presidente: DR. J. DE MORAGAS-GALLISÀ

**DE L'INTÉRÊT DU LAVEMENT BARYTÉ
DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
DE L'INVAGINATION INTESTINALE**

par le

PROF. DR. N. POULIQUEN

DOCTOR ROVIRALTA: Es para nosotros un verdadero placer el tener ocasión de presentar al doctor POULIQUEN.

Nuestro ilustre visitante tiene bien ganados los laureles que se conceden tan sólo a aquellos compañeros beneméritos que, al rodar de los tiempos, han sentado principios que se han hecho universales.

La férula para el miembro superior que lleva su nombre fué la base de todo un concepto traumatológico, que elevado más tarde a sistema por la escuela de BOHLER, marcó un avance, quizá el más trascendental, en el tratamiento de las fracturas durante los últimos cien años.

En otro sector bien distinto de la especialidad, el doctor POULIQUEN ha hecho también una obra meritoria. Nos referimos al tratamiento hidrostático de la invaginación aguda en el lactante, del que hoy viene a hablarnos.

Hace más de veinticinco años el doctor POULIQUEN, seguido más tarde por otros cirujanos del Oeste de Francia, emprendió una campaña en favor del diagnóstico precoz y del tratamiento incruento de la intususcepción valiéndose de la enema diagnóstica. Gracias a ella, las regiones de Bretaña y Normandía son unos de los territorios de Europa en los que se salva a un mayor porcentaje de lactantes invaginados.

Sea pues el doctor POULIQUEN bienvenido. Después de felicitarle cordialmente por sus meritorios trabajos, nos permitimos rogarle quiera aceptar la palabra para ilustrarnos sobre tan apasionante tema.

* * *

L'invagination intestinale, le télescope de l'intestin, est une affection rare, qui se rencontre chez les nourrissons.

Le diagnostic est d'une extrême facilité quand les trois signes principaux se manifestent, et ces signes sont: les crises douloureuses venant par intermittence, les vomissements et la selle sanglante.

OMBREDANNE a pu écrire, sous forme d'équation: *signes d'occlusion + émissions sanglantes par l'anus = invagination*; et un anglais, WECKES, appelait cette maladie: *la maladie du téléphone*.



Le diagnostic est donc le plus facile de tous, et il est d'autant plus important de le faire de façon précoce, qu'une erreur à la première visite risque d'être fatale, le pronostic dépend essentiellement de la précocité du traitement.

Quand le signe capital, la selle sanglante, fait défaut, le problème devient beaucoup plus difficile.

Il l'était surtout autrefois, mais plus aujourd'hui parce que nous avons à notre disposition la *radioscopie* qui nous permet de voir ce qui passe dans l'intestin, grâce au lavement baryté. On ne doit donc plus attendre la selle sanglante, comme jadis, mais recourir d'emblée aux Rayons X, dès le moindre doute.

C'est en 1925, pour la première fois, que j'ai pensé utiliser ce moyen d'investigation, et cela pour persuader un père incrédule. L'année suivante, je recommençais pour le même motif, en tentant, cette fois, la réduction sous écran.

Qu'observe-t-on d'espécial à l'examen? On voit la colonne de liquide opaque monter et s'arrêter net sur le boudin, mais pas comme elle s'arrêterait sur un obstacle ordinaire, car des particules de baryte filtrant entre l'enveloppe externe et l'enveloppe moyenne donnent des figures tout à fait typiques, variables suivant l'incidence du boudin.

De profil, on voit des images en forme de *croissant*, *cupule*, *pinces de homard*, toutes pathognomoniques.

Quelquefois, les filets barytés entourent toute la masse invaginée et donnent ainsi une image en clair, *image grillagée*, en panier de salade.

Si le boudin est vu en oblique, on peut voir des *bulles*, des images lacunaires. De face, on obtient une image *en cocarde*.

Toutes sont caractéristiques et on peut dire que l'on voit aussi bien une image d'invagination dans le colon, que le profil d'une pièce de monnaie dans un oesophage.

Le lavement baryté rend donc des services précieux pour le diagnostic, mais son intérêt est encore plus grand dans le traitement.

En 1927, je réussis à faire passer de la baryte dans l'intestin grêle, après avoir rempli complètement la caecum: c'était mon premier cas de guérison.

Coïncidence curieuse: de nombreuses publications parurent à la même époque, surtout en Amérique et dans les pays scandinaves.

Il y eut, au début, quelques cas malheureux dus à des erreurs d'interprétation, et des échecs imputables à une technique défectueuse, mais la question a été vite mise au point.

En réalité, il faut donner une bonne pression de 1 mètre ou 1 mètre 1/2, en évitant toute fuite de liquide par l'anus et on y arrive au moyen d'un tampon externe, ou mieux d'une sonde à ballon.

L'interprétation des images est très importante, principalement au niveau du caecum.

Autrefois, comme test de réduction, on exigeait un remplissage complet sans image lacunaire, sans encoche sur la paroi interne, et, de plus, un passage massif de la baryte dans le grêle (le passage de quelques filets de bavures, formant des images claires et irrégulières, signifie au contraire une non-réduction).



Peu à peu, on est devenu moins exigeant et j'estime, avec beaucoup d'autres, qu'en cas de bon remplissage du caecum, il vaut mieux attendre: *dans le doute, s'abstenir*. L'attente ne sera d'ailleurs pas de longue durée car, en cas de guérison, l'enfant reprend vite ses couleurs, accepte son biberon, et rend des gaz.

En général, on est donc trop pressé d'intervenir: on n'insiste pas assez; la preuve en est qu'à l'exploration, on trouve souvent la réduction complète, alors qu'elle ne l'était pas lors de la scopia.

La méthode du lavement s'est vite répandue, et de belles statistiques ont été déjà publiées vers 1935.

On peut lui faire quelques reproches:

Elle ne permet pas de déceler et de réduire les invaginations iléo-iléales les plus rares d'ailleurs.

Quelques cas de rupture intestinale ont été signalés, mais dans ce cas très avancés.

La récurrence est peut-être plus fréquente qu'après l'opération, mais aussi moins grave.

A côté de cela, que d'avantages et d'abord celui de permettre, en cas d'échec, d'opérer par incision droite et non médiane.

L'opération d'ailleurs offrira toujours un certain danger, surtout chez le nourrisson, car on observera toujours quelques morts, soit par choc avec pâleur hyperthermie, ou par éviscération ou par obstructions tardives.

Elle n'est donc plus qu'un *pis-aller* à employer en cas d'échec du lavement.

Cette supériorité de la méthode est elle admise partout et par tous? Pas du tout. Il y a des pays, comme l'Angleterre, la Hollande, l'Amérique du Nord, où le lavement baryté n'est presque pas employé, alors que dans les pays scandinaves, il est devenu classique.

En France, on est, en principe, pour le lavement, mais on intervient facilement pour vérification et j'ai été stupéfait de lire, récemment, dans un nouveau traité "qu'en matière d'invagination intestinale, le dogme de l'intervention reste intangible".

Al m'a semblé qu'une nouvelle discussion méritait d'être provoquée et, après m'être renseigné près du Chirurgien danois NORDENTOFF, j'ai fait une communication à l'Académie de Chirurgie, signalant que les chirurgiens scandinaves, HELMER, NORDENTOFF, NYBORG, KOEHL, LAUGE, HANSEN, etc., venaient justement de publier leurs statistiques et qu'ils obtenaient 80 par 100 environ de guérison par le lavement seul, sans exploration (depuis, j'ai appris que GARCIA à Buenos Aires, et ROVIRALTA à Barcelone, obtenaient des résultats pareils).

Je signalais aussi que, personnellement, depuis que je me suis remis au travail, dans la petite ville de Landerneau, j'avais eu à soigner, en 1947, six invaginations, dont cinq ont été réduites (avec une seule exploration); la sixième, vue tardivement, avait dû être opérée.

J'eus le plaisir de constater que ma communication ne déplut pas à mes collègues; la plupart, comme FÈVRE par exemple, parurent être de mon avis.

Mais, quinze jours plus tard, notre très regretté collègue, le Professeur LEVEUF, est venu avec G. DUHAMEL, publier une statistique de 153 cas et apporter une note beaucoup plus pessimiste.



En effet, sur 153 cas, il n'a obtenu que 35 par 100 de réduction et, dix fois seulement, il s'est abstenu de vérification. Autant dire qu'il a préconisé l'exploration systématique.

Chose plus grave, il a cité deux cas où, après avoir observé des images de sécurité sur le colon, il est intervenu, de parti pris, et a découvert une invagination sur le grêle.

J'avoue que ces deux troublantes observations ne m'ont nullement impressionné. J'ai continué, avec la même confiance, une méthode que je trouve admirable, et bien m'en a prit car, en 1948, j'ai observé six nouvelles invaginations diagnostiquées toutes précocement, et j'ai obtenu cinq succès complets, et même presque six. En effet, dans un cas où j'ai dû faire la réduction sanglante, il y a eu récurrence et, par un deuxième lavement, j'ai obtenu une guérison définitive.

La dernière observation m'a particulièrement intéressé parce qu'elle m'a permis de faire une expérience que je souhaitais tenter depuis longtemps.

Il s'agissait d'un garçon de 4 ans, qu'un tout jeune confrère m'amena de 13 km., à la deuxième heure 1/2: pas de selle sanglante, mais boudin perceptible.

Comme en ce moment, je commençais une gastrotomie, je ne pouvais pas m'occuper de l'arrivant, mais, pour amorcer le traitement, je le fis mettre au lit et ordonnais un *lavement ordinaire sous pression*, avec la sonde à ballon.

Au bout de deux heures, le bouchon de cette sonde fut enlevé et le ventre s'aplatit immédiatement. La palpation ne donna plus de sensation anormale; on ne sentait plus le boudin. Un lavement baryté administré aussitôt ne montra, d'ailleurs, aucune image suspecte et le liquide opaque passa dans le grêle. Le petit malade était donc guéri et rentra de suite chez lui.

Ceci m'a confirmé dans l'idée qu'on se presse trop d'opérer et qu'il faut donner le temps à l'intestin de se dérouler, à la valvule de Bauhin de se dilater. Je vais donc changer de tactique. Je vais tâcher que l'intestin soit *mis sous pression* avant l'arrivée du chirurgien, soit par le médecin traitant lui-même avant le transport, soit par l'infirmière, dès l'arrivée dans le service.

Je suis persuadé que la plupart du temps on ne trouvera plus trace d'invagination au lavement baryté et que, du moins, on obtiendra 90 par 100 environ de réduction complète.

On me dira peut-être que cette nouvelle méthode est plus compliquée, mais je répondrai que, seul, l'intérêt du malade compte.