

contraire le symptôme de l'algidité; la *dysenterie bilieuse* avec des fréquentes envies de vomir, indice d'un catarrhe gastro-duodénal; la *dysenterie hépatique*, observée surtout dans les pays chauds (ictère, abcès du foie); la *dysenterie arthritique* (Stoll, Delieux de Savignac, Quinquaud, Têtu) avec des déterminations rhumatoïdes du côté des jointures, etc.

Dysenterie chronique. — Elle s'observe souvent dans les pays chauds; elle succède ordinairement à une série d'attaques aiguës. C'est vers le vingt-cinquième jour qu'on voit les douleurs cesser plus ou moins complètement et les selles se réduire à cinq ou six par jour : Les évacuations alvines sont très-variables, ordinairement féculentes ou séreuses, puriformes, très-fétides, rarement sanguinolentes. L'anus est en infundibulum, largement béant, ce qui explique la sortie involontaire des matières fécales. Dans les formes graves et à la dernière période de la maladie il survient rapidement une cachexie spéciale, apyrétique, caractérisée par un amaigrissement considérable, la prostration absolue des forces, l'état sec et rugueux de la peau, la rétraction du ventre, l'extinction de la voix. En même temps on observe la perte complète de l'appétit ou au contraire de la boulimie, du pica, de la malacia : de vastes ecchymoses violacées apparaissent et la mort arrive par épuisement. Une recrudescence aiguë, une perforation ou quelque autre complication (abcès du foie, tuberculose, etc.) peut venir s'ajouter à la maladie et hâter le dénouement.

La durée de la dysenterie chronique varie de deux mois à plusieurs années : elle est souvent coupée par des rémissions trompeuses, plus ou moins longues.

TRAITEMENT. — Le traitement est *prophylactique et symptomatique*.

Les règles de la prophylaxie sont nettement tracées. L'étranger qui arrive dans un pays où la dysenterie est endémique doit s'astreindre aux règles d'une sévère hygiène et éviter avant tout les excès d'aliments ou de boissons, l'usage de l'eau impure non filtrée, les refroidissements.

Les moyens pharmaceutiques sont nombreux. Dans les cas légers, on se contentera d'un purgatif salin et de quelques lavements d'amidon laudanisés avec la diète et le repos.

Dans les formes graves, c'est aussi aux évacuants (huile de ricin, sels neutres, manne) qu'il faut avoir recours. Le calomel à dose massive (1 à 2 grammes par jour) doit être spécialement recommandé.

L'ipécacuanha a mérité le nom de *racine dysentérique*; il est surtout indiqué dans les formes graves. On le fera prendre par prises ou en infusion suivant la méthode brésilienne (4 à 6 grammes de racine d'ipéca dans 150 grammes d'eau); on l'a aussi associé à l'opium et au calomel (Segond, Delieux de Savignac). L'opium doit être proscrit, sauf sous forme d'injections hypodermiques de morphine quand les douleurs sont trop vives.

Dans la dysenterie chronique on cherchera à modifier les sécrétions intestinales et à cicatrifier les ulcérations au moyen des astringents et des caustiques, tannin, ratanhia, colombo, lavements au sulfate de zinc, au nitrate d'argent, à la teinture d'iode (Delioux, Chappuis). On emploiera aussi le sous-azotate de bismuth, la craie préparée, associés ou non à l'opium (laudanum, diascordium).

En même temps on soutiendra les forces du malade (quinquina, cannelle, viande crue, alcool).

Le régime lacté est un des meilleurs moyens de traitement de la dysenterie chronique. Pendant la convalescence le régime devra être rigoureusement surveillé.

ZIMMERMANN. Traité de la dysenterie, trad., Lausanne, 1794. — CHOMEL. Art. Dysenterie in Dict. de méd., 1835. — GELY (de Nantes). Journ. de la Loire-Inférieure, 1838. — MASSELOT et FOLLET. Mém. sur l'épid. dysentérique de Versailles en 1842 (Arch. gén. de méd., 1843). — CAMBAY. Traité de la dysenterie dans les pays chauds, etc., 1847. — HASPEL. Des maladies de l'Algérie, 1852. — DELIOUX DE SAVIGNAC. Mém. sur l'ipéca (Gaz. méd. de Paris, 1852). — Des inj. iodées dans le trait. de la dysenterie, *cod. loc.* — Traité de la dysenterie, Paris, 1863. — CHAPPUIS. Nouv. obs. sur les inj. iodées dans le trait. de la dysenterie (Gaz. méd. de Paris, 1853). — DUTROULAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 1861. — A. FALOT. Rel. méd. d'une campagne en Chine, th. de Montpellier, 1863. — GAYME. De la dysenterie endémique dans la Basse Cochinchine, th. de Montpellier, 1866. — LUTON. Note sur l'emploi de l'ergot de seigle contre la dysenterie (Gaz. hebdom., 1871). — BARALLIER. Art. Dysenterie in Nouv. dict. de méd. et de ch., 1873. — CORNIL. Sur l'Anat. pathol. des ulcérations intestinales dans la dysenterie (Arch. de physiol., 1873). — KELSCH. Même sujet, *cod. loco.* — QUINQUAUD. Des manif. rhumatoïdes de la dysenterie (Gaz. hôp., 1874). — TÊTU. De l'arthrite dysentérique, th. Paris, 1875. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, 1875. — LABOULBÈNE. Anat. pathol., 1879.

TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE.

La *typhlite* est l'inflammation du cæcum et de son appendice vermiforme; la *pérityphlite* résulte de la propagation de cette inflammation au tissu conjonctif situé entre l'intestin et le fascia iliaca. Il est rare que la typhlite soit simple et ne s'accompagne pas de pérityphlite.

Toutes les causes capables de produire l'entérite commune

peuvent donner naissance à la typhlite : la plus fréquente est la stagnation des matières fécales durcies dans l'ampoule du cæcum et l'introduction de ces matières dans l'appendice iléo-cæcal. La pérityphlite se produit le plus souvent par perforation du cæcum ou de son appendice, mais elle peut se développer également par extension simple de la phlegmasie intestinale. Ces perforations sont dues en général à la présence de corps étrangers (concrétions intestinales, calculs de phosphate de chaux et de magnésie (Leudet), noyaux ou pepins de fruits, épingle (Whipham), grains de plomb, etc.) dans l'intérieur de l'appendice vermiforme qui ne peut les expulser; on les a également observées dans la fièvre typhoïde et l'entérite tuberculeuse (Duguet).

La typhlite se rencontre à tout âge : elle est fréquente chez les enfants (Meigs et Pepper, Gerhardt, Lewis), ce qui est dû sans doute à leur habitude d'avaler toutes sortes d'objets (Chassaignac). Elle offre une grande tendance aux récidives.

La typhlite présente deux symptômes caractéristiques : la douleur et l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. La douleur apparaît soit brusquement, soit après quelques alternatives de constipation et de diarrhée : limitée au niveau du cæcum, ou s'irradiant du côté des lombes et de la cuisse, elle est contusive et très-vive; elle s'exaspère par la pression et les mouvements du tronc. La tumeur est assez nettement circonscrite, de forme cylindrique, mate à la percussion. Il existe en général peu de fièvre; la constipation est de règle et s'accompagne assez fréquemment de vomissements, parfois même des signes de l'occlusion intestinale. La typhlite *simple* est d'assez courte durée et se termine en général par la guérison : il n'en est plus de même lorsqu'il y a inflammation de voisinage ou perforation.

La pérityphlite débute le plus souvent avec brusquerie par une douleur très-intense dans la région ilio-inguinale droite, sans avoir été précédée d'aucun phénomène ayant pu faire reconnaître l'existence de la typhlite ou l'ulcération du cæcum. Cette douleur est fixe, continue sans exacerbations, augmentant d'acuité pendant douze à vingt-quatre heures (J. Burne), s'exaspérant par le moindre contact, les mouvements, la toux, la pression des ouvertures. La fièvre est constante, plus ou moins vive selon les cas, la température varie d'ordinaire de 38 à 39 degrés ou 39°,5. En même temps le malade a des nausées et des vomissements, la palpation permet de constater une tumeur profonde qui, vers le

dixième jour et même plus tard, devient superficielle et volumineuse, laisse percevoir de la fluctuation, parfois même de la crépitation emphysémateuse. La constipation est opiniâtre.

La résolution est fort rare (Grisolle), la suppuration est la règle. Lorsque le pus est formé, ce qui s'annonce par des frissons, le redoublement de la fièvre et de la douleur, l'évacuation du pus est l'unique moyen de guérison. Cette évacuation se produit souvent spontanément et subitement; le malade est pris tout à coup de diarrhée et rend une plus ou moins grande quantité de pus : l'abcès s'est vidé dans l'intestin, le côlon ou le rectum; la guérison est alors possible (Paulier) sans intervention chirurgicale. On a vu de même la poche purulente évacuer son contenu par la vessie, le vagin, la paroi abdominale antérieure ou postérieure, plus rarement dans la plèvre, le péricarde, la veine cave inférieure.

La pérityphlite est une maladie grave. Lorsque le pus est évacué au dehors par la paroi abdominale ou par les viscères creux qui l'entourent, la poche peut continuer à suppurer et le malade finit par succomber aux progrès du marasme et de la fièvre hectique. Dans d'autres cas, la mort survient par péritonite suraiguë ou encore par pyléphlébite suppurative.

À l'autopsie on trouve souvent l'appendice vermiforme distendu et volumineux, immobilisé par une péritonite adhésive plus ou moins limitée qui l'accrole au cæcum ou le fixe à l'utérus, à la vessie, au rectum. La poche purulente contient une quantité parfois considérable d'un pus franchement phlegmoneux ou le plus souvent mal lié, grisâtre, exhalant une odeur stercorale excessivement fétide. La perforation par laquelle le pus s'est fait jour au dehors est souvent multiple.

La typhlite simple demande seulement l'emploi de purgatifs et de cataplasmes sur l'abdomen : quelques sangsues seront appliquées dans la région du cæcum si la réaction inflammatoire est vive. C'est surtout dans la pérityphlite que les sangsues donnent de très-bons résultats. Au moment de la perforation, il faut recourir à la glace sur l'abdomen et à l'opium à l'intérieur. La fièvre de suppuration sera combattue par l'emploi du sulfate de quinine. Lorsque l'abcès est formé et qu'on sent nettement la fluctuation, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement.

J. BURNE. Mém. sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cæcum (Gaz. méd. de Paris, 1838). — GRISOLLE. Hist. des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques (Arch. gén. de méd., 1839). — LEWIS. New-York's Journal, 1856. — CHAS-

SAIGNAC. Traité de la suppuration et du drainage chirurgical, t. II, 1859. — L. COLIN. Études cliniques de méd. militaire, 1864. — DUGUET. Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse, etc. (Gaz. méd. de Paris, 1870). — MEIGS et PEPPER. A practical treatise on the diseases of the children, 5th éd., London, 1874. — PAULIER. Contrib. à l'ét. de la typhlite et de la pérityphlite, th. de Paris, 1875. — LEGRAIN. Thèse, de Paris, 1875. — WHIPHAM. Medical Press and Circular, 1878.

TUBERCULOSE INTESTINALE

La tuberculose *primitive* de l'intestin est rare, excepté chez les enfants; la forme *secondaire*, au contraire, est commune. Bien que la muqueuse intestinale puisse être atteinte dans toute sa longueur, c'est la partie inférieure de l'intestin grêle qui est le siège ordinaire des lésions tuberculeuses.

On peut observer sur la muqueuse intestinale des granulations grises ou des ulcérations. Les granulations prennent naissance dans le tissu conjonctif sous-jacent aux glandes de Lieberkühn, dans les villosités, plus souvent encore dans les follicules clos et les glandes de Peyer; elles sont identiques à celles que nous avons déjà décrites. Les glandes sont comprimées, atrophiées; les villosités, au contraire, sont épaissies. L'ulcération, lorsqu'elle siège sur une plaque de Peyer, est allongée dans le sens de l'intestin; dans le cas contraire, les ulcérations sont transversales, annulaires, ce qui tient sans doute à ce que les granulations se forment surtout le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les bords des ulcérations sont saillants, sinueux, irréguliers; leur fond est couvert par des granulations plus ou moins avancées.

Ces ulcérations ont peu de tendance à la cicatrisation, qui se produit cependant dans quelques cas en donnant lieu parfois à des rétrécissements.

Les lésions tuberculeuses de l'intestin s'accompagnent souvent des mêmes lésions dans le péritoine (Jaccoud) et les ganglions mésentériques, alors qu'au contraire la tuberculose péritonéale se propage fort rarement à la muqueuse.

Les signes de la tuberculose intestinale n'ont rien de spécial et de caractéristique, et consistent surtout en une diarrhée très-rebelle accompagnée de ténésme et d'épreintes. Quand les ulcérations siègent dans le gros intestin, les selles sont parfois sanglantes et s'accompagnent de coliques plus ou moins intenses. On observe fréquemment des poussées de péritonite au niveau des ulcérations par inflammation de voisinage. La perforation, les fistules stercorales, sont rares.

Le diagnostic est souvent fort difficile et doit se baser surtout sur les symptômes concomittants : symptômes généraux, fièvre hectique, signes de la *tuberculose pulmonaire*, etc.

Le traitement ne donne que des résultats négatifs au point de vue de la guérison, mais en arrêtant la diarrhée on diminue d'autant les causes d'épuisement du malade. On devra recourir aux astringents, au sous-azotate de bismuth, à l'opium, etc.

FÖRSTER, RINDFLEISCH. *Op. cit.* — JACCOUD. Clinique médicale, 1867. — KLEBS. Handb. der pathol. Anat., Berlin, 1868. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique, 3^e partie, 1876. — A. LAVERAN. Du rôle de la thrombose dans la production des altérations tuberculeuses (Progrès méd., 1876) — DU MÊME. De la tuberculose des plaques de Peyer (Soc. méd. des Hôp., 1878). — Spillmann. Thèse d'agrég., Paris, 1878.

CANCER.

Le cancer de l'intestin est beaucoup plus rare que celui de l'estomac, dans la proportion de 1 à 2 d'après Lancereaux. Il est peut-être plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Dans un relevé de 154 cas, Leichtenstern en a trouvé 33 seulement pour l'intestin grêle et 131 pour le gros intestin indépendamment du rectum. Ces cas se répartissent de la façon suivante : S iliaque, 42; colon ascendant, 6; cæcum, appendice vermiforme et valvule iléo-cæcale, 32; duodénum et jéjunum, 17; portion moyenne de l'iléum, 3; portion inférieure de l'iléum, 13. Cette prédominance du cancer dans l'S iliaque et le cæcum tient sans doute aux flexuosités de ces portions de l'intestin et aux plis que forme leur muqueuse (Baillie). Le cancer du duodénum coïncide souvent avec celui de l'estomac, du foie, du pancréas. Quant à leur fréquence relative, Lancereaux donne encore aux différentes variétés du cancer l'ordre suivant : squirre, encéphaloïde, épithéliome cylindrique, carcinome colloïde.

Le cancer se montre sous forme d'une tumeur arrondie unique ou de noyaux disséminés; d'autres fois il occupe une certaine longueur de l'intestin qu'il transforme en un tube dur, rigide, incapable de toute contraction. Le plus souvent il devient *ulcéreux* en même temps qu'il diminue considérablement la lumière de l'intestin : au-dessus de lui l'intestin est dilaté et rempli de matières fécales. Il n'est pas rare de voir survenir des perforations par rupture ou par ulcération et des communications anormales avec les viscères voisins du néoplasme.

Le cancer de l'intestin est souvent *secondaire* ; lorsqu'il est *primaire*, il offre une grande tendance à la généralisation.

Le cancer de l'intestin reste quelquefois complètement latent et ne se révèle qu'à l'autopsie. En général, après une période plus ou moins longue où l'on n'observe que des alternatives de constipation et de diarrhée, des coliques, un affaiblissement graduel, on voit survenir certains symptômes plus caractéristiques ; aux signes d'un rétrécissement vient se joindre une diarrhée abondante, puriforme, très-souvent mélangée de sang. La constipation s'observe quelquefois et, dans ce cas, si le rétrécissement cancéreux n'est pas situé trop haut, les fèces sont rubanées et comme passées à la filière, signe qui n'a de valeur qu'autant qu'il n'y a pas de temps à autre d'évacuations normales. En même temps la palpation de l'abdomen fera découvrir une tumeur dure et bosselée, plus ou moins bien limitée et adhérente, douloureuse, mate à la percussion, parfois rythmiquement soulevée par les battements aortiques. L'apparition de la cachexie cancéreuse avec ses symptômes caractéristiques viendras souvent dissiper tous les doutes.

Le pronostic est toujours fatal et la mort survient au bout de quelques mois, soit par suite des progrès de la cachexie, soit plutôt par une complication (obstruction intestinale, péritonite, perforation).

Dans ces conditions le traitement ne peut être que palliatif. On cherchera à soutenir le malade et à lutter contre la déperdition des forces. Le régime lacté devra être employé tant qu'il sera supporté, mais en même temps il faudra prévenir la constipation par l'emploi répété des purgatifs salins (sels de soude et de magnésie, eau de Carlsbad, Püllna, Hunyadi János) ou de l'huile de ricin. Les douleurs seront calmées par l'opium à haute dose et les injections de morphine. Le traitement chirurgical (colotomie, anus artificiel) n'a donné que des résultats négatifs.

CANCER DU RECTUM. — Le cancer du rectum appartient plutôt au domaine de la chirurgie qu'à celui de la médecine. Le cancer colloïde est plus fréquent dans le rectum que dans l'intestin et l'épithélioma à cellules pavimenteuses s'observe à sa partie inférieure. Les tumeurs cancéreuses du rectum sont ordinairement appréciables au toucher ; elles donnent lieu à des douleurs très-vives s'irradiant vers le sacrum et les lombes, à des épreintes, à du ténésme. La propagation du cancer au vagin et à l'utérus ou à la vessie est fréquente. Nous renvoyons aux traités de chirurgie pour l'étude détaillée du cancer du rectum, et surtout pour le traitement.

ROKITANSKY, LEBERT, WUNDERLICH, GRISOLLE, LANCEREAUX, JACCOUD, etc. — A. LAVERAN. Arch. de physiologie, 1876. — LEICHTENSTERN. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, vol. VII. Krankheiten des chylopoetischen Apparates. — STEPHEN MACKENSIE. Annular stricture of the intestine : its diagnosis and treatment (Brit. med. Journ., May 1879).

OCCLUSION INTESTINALE.

Synonymie : *Iléus, volvulus, étranglement interne, passion iliaque, colique de misérère.*

Sous le terme général d'*occlusion intestinale* on désigne tous les cas dans lesquels les matières fécales sont arrêtées dans leur trajet intestinal.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue des causes qui lui donnent naissance on peut distinguer l'occlusion par *rétrécissement*, par *étranglement*, par *volvulus*, par *invagination*, par *obstruction*.

Occlusion par rétrécissement. — Le rétrécissement peut être spasmodique, pariétal, cicatriciel, ou dépendre d'une compression exercée par une tumeur voisine.

Le rétrécissement spasmodique (*passion iliaque vraie* de Sydenham, *iléus nerveux*) n'a certainement pas l'importance que lui attachaient les anciens auteurs, mais il ne doit pas être écarté d'une façon absolue. Outre qu'on peut l'observer secondairement sous une forme légère dans une foule de processus irritatifs de l'intestin, il est un certain nombre de faits, ceux de Jaccoud par exemple, où le spasme nerveux semble être la seule explication plausible des phénomènes observés.

Le rétrécissement pariétal est dû le plus souvent aux dégénérescences cancéreuses ou tuberculeuses de l'intestin, aux polypes de la muqueuse, parfois à la simple hypertrophie partielle des tuniques. Dans un cas observé par Laennec un kyste hydatique était la cause du rétrécissement.

Le rétrécissement cicatriciel est moins fréquent et s'observe dans la dysenterie, l'entérite simple ou tuberculeuse, la syphilis (rétrécissements du rectum).

Le rétrécissement par compression extérieure est rarement absolu. La grossesse lui donne quelquefois naissance ; il en est de même des kystes de l'ovaire, des tumeurs fibreuses de l'utérus (Faucon), des hématoécèles péri-utérines, de l'hypertrophie sénile de la prostate, du cancer ou des kystes hydatiques du péritoine. On a observé cette variété de rétrécissement dans les déplacements de la rate

(Pétrequin), du foie, du pancréas, du rein. Enfin, une anse intestinale distendue par les matières fécales peut comprimer une autre portion de l'intestin et en amener l'occlusion (Bamberger).

Occlusion par étranglement. — L'étranglement peut se faire sur un orifice naturel, comme les hernies du *ligament large*, la *hernie iliaque* de Rieux, la *hernie antévésicale*, etc., qui se sont étranglées dans les points qu'elles occupent (Parise), ou qui, après avoir été externes, ont été réduites en masses (Gosselin, Faucon). C'est dans le même ordre de faits qu'il faut ranger la hernie rétro-péritonéale de Treitz, qui s'étrangle sur l'hiatus de Winslow, et la hernie diaphragmatique (Duguet).

L'étranglement *par brides*, beaucoup plus fréquent, se produit soit sur d'anciennes brides péritonéales très-diversement disposées, soit sur des adhérences épiploïques, un diverticulum de l'iléum, l'appendice iléo-cæcal dont l'extrémité libre est venue se fixer sur la paroi abdominale ou sur un viscère (utérus, vessie, etc.).

L'étranglement porte le plus souvent sur l'intestin grêle.

Occlusion par volvulus. — Le volvulus est rare : il se produit sur des brides péritonéales par un mouvement rotatoire de la masse intestinale (*étranglement rotatoire* de Rokitansky); parfois l'anse intestinale se tord une ou plusieurs fois sur elle-même (Oulmont, Panas).

Occlusion par invagination. — C'est la cause la plus fréquente de l'occlusion (37 p. 100 environ). D'après la statistique de Duchaussoy, l'invagination porterait plus souvent sur l'intestin grêle que sur le gros intestin; mais Rilliet, Bucquoy, Besnier sont d'un avis absolument opposé. Affection de tous les âges, l'intussusception est assez fréquente chez les enfants (Gorham, Rilliet). Ordinairement simple, elle peut être double, quelquefois même triple (Bucquoy); le sens de sa pénétration est en général celui des matières (*invagination descendante*), et elle peut être poussée assez loin pour que le cæcum vienne apparaître à l'anus; cependant elle se fait quelquefois de bas en haut (*invagination rétrograde*).

Le mécanisme de l'intussusception n'est pas toujours le même. Dans le cas de polypes, le poids de la tumeur suffit pour entraîner mécaniquement l'intestin : le plus souvent l'invagination est due aux inégalités et aux irrégularités des contractions péristaltiques. C'est ainsi, par exemple, que l'on doit expliquer les invaginations agonales que l'on rencontre si fréquemment aux autopsies.

Les portions invaginées présentent des rapports invariables qui

ont été bien définis par Cruveilhier (*Anatomie pathologique*). La portion invaginée se compose de trois cylindres emboîtés les uns dans les autres : au centre, la lumière est circonscrite par la muqueuse du cylindre supérieur invaginé; au milieu, il y a accollement des séreuses de la partie supérieure et de la partie moyenne; à l'extérieur, la muqueuse du cylindre inférieur invaginant s'oppose à la muqueuse de la partie moyenne. Le mésentère se trouve compris entre les deux séreuses accolées et comme il est fixé en arrière, il exerce sur l'intestin une traction plus ou moins énergique qui efface sa lumière et la réduit à une simple fente (Jaccoud).

Les surfaces en contact deviennent rapidement le siège d'une inflammation intense qui parfois détermine des hémorrhagies à la surface intestinale. Les deux séreuses s'accolent l'une à l'autre; l'exsudat intermédiaire comprime les vaisseaux mésentériques et amène la nécrose du cylindre invaginé; puis celui-ci est expulsé et la guérison a lieu. D'autres fois on observe des ruptures, des péritonites généralisées.

Occlusion par obstruction. — Les corps susceptibles d'obstruer l'intestin sont, en première ligne, les matières stercorales condensées et durcies qui peuvent siéger dans tous les points de l'intestin, mais dont le cæcum est le lieu de prédilection. D'autres fois ce sont des calculs biliaires, des entérolithes (1) ou des corps étrangers quelconques qui ont pénétré dans les voies digestives par la bouche ou le rectum : noyaux de fruits, épingles, pièces de monnaie, fourchette, dentiers, limes, etc. Les vers intestinaux peuvent parfois se pelotonner et obstruer le tube digestif (Requin, Jaccoud).

La constipation habituelle par parésie des muscles de l'intestin est une cause prédisposante très puissante. Tout récemment, F. Gordan a signalé comme cause d'obstruction la dégénérescence graisseuse de l'intestin et la perte absolue de sa contractilité chez les personnes obèses ou prédisposées aux dégénérescences graisseuses viscérales.

Quelle que soit la lésion qui cause l'obstruction, on observe des altérations secondaires identiques : l'intestin, très-dilaté et rempli de matières fécales au-dessus de l'obstacle, est au contraire rétréci et vide au-dessous; il offre dans une étendue variable les lésions

(1) On doit rapprocher des entérolithes le *sable intestinal* décrit par Laboulbène (*Arch. gén. de méd.*, 1873, et *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*, Paris, 1879, p. 231 et fig. 40).

de l'entérite catarrhale. Dans les points où l'intestin n'est pas recouvert par le péritoine, on voit survenir des phlegmons (pérityphlite, périrectite); dans les autres il se développe une péritonite susceptible de se généraliser; enfin on peut observer des ruptures, des fistules stercorales, etc.

DESCRIPTION. — L'occlusion intestinale confirmée présente un ensemble de symptômes caractéristiques qui sont : la douleur, la constipation, le ballonnement du ventre, les vomissements et un état général grave spécial.

La *douleur* peut survenir brusquement après une course, un effort, un repas copieux et offrir immédiatement une grande acuité, ou au contraire s'installer plus lentement et rester sourde et peu intense. Limitée d'abord au niveau de la lésion elle s'irradie bientôt dans tout l'abdomen.

La *constipation* est souvent le phénomène initial, comme dans les cas de stase stercorale (*coprostase*), de constriction exercée par les brides péritonéales ou les tumeurs abdominales. Au début on peut observer encore quelques évacuations jusqu'à ce que le segment inférieur de l'intestin se soit vidé; plus tard la constipation devient absolue et persiste pendant toute la durée de la maladie.

L'abdomen est d'abord souple et non tendu, mais bientôt on voit survenir le *ballonnement* du ventre. Généralisé à tout l'abdomen, dans le plus grand nombre des cas, laissant les flancs très affaissés si le rétrécissement siège sur l'intestin grêle, le ballonnement devient bientôt considérable. A la percussion on obtient un son tympanique et souvent hydroaérique : il y a du gargouillement, des borborygmes; les coliques, plus ou moins vives, sont pour ainsi dire appréciables à la vue, les anses intestinales venant se dessiner sous la paroi abdominale. Cette pneumatose refoule le diaphragme dont elle gêne les mouvements; aussi voit-on survenir rapidement du hoquet et de la dyspnée.

Les *vomissements* sont constants : d'abord alimentaires, puis séreux et bilieux, ils deviennent d'autant plus rapidement fécaloïdes que l'obstacle est plus loin du rectum. Ces vomissements stercoraux sont composés de matières liquides, jaunâtres, grumeleuses; leur odeur est caractéristique, ils laissent une horrible saveur dans la gorge du malade; ils se produisent à intervalles plus ou moins éloignés et amènent chaque fois une détente d'une certaine durée; d'autres fois ils sont presque automatiques et surviennent sans aucun effort.

L'état général est en rapport avec la gravité de ces symptômes. Le malade est plongé dans la torpeur; sa peau est froide, ridée, visqueuse; le facies est hippocratique, l'amaigrissement considérable. La respiration est très-faible, la voix cassée et éteinte, le hoquet persistant. Les battements du cœur sont affaiblis, le pouls est petit et filiforme, la température s'abaisse. L'urine est parfois supprimée. A cette période ultime les douleurs et les vomissements disparaissent et le malade s'éteint dans le collapsus avec sa raison intacte ou à peine troublée. Dans quelques cas la terminaison funeste est encore précipitée par une rupture, une péritonite ou quelque autre complication.

Cette marche régulièrement progressive de la maladie est constante. La durée totale est très-variable et peut osciller de trois ou quatre jours à trois, quatre et même cinq semaines (Butaud, Rafinesque). La durée moyenne est de six à huit jours. La guérison est du reste possible et se produit soit par une débâcle amenant une détente soudaine, soit par la création d'un anus artificiel. Le pronostic n'en est pas moins toujours fort grave.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'occlusion intestinale n'offre pas de difficultés sérieuses. Le clinicien éliminera d'abord les étranglements externes en examinant avec soin *tous* les points par lesquels peuvent se faire des hernies. Le diagnostic devra être fait ensuite avec la péritonite aiguë, qui est caractérisée par de la fièvre, des vomissements porracés, l'intensité plus grande de la douleur, le degré moindre du tympanisme, l'absence de constipation absolue. Cependant le diagnostic devient forcément impossible lorsque les deux affections coïncident, ce qui est fréquent.

Le diagnostic du siège de l'occlusion est assez souvent difficile. Nous avons indiqué déjà les différences qu'offre le ballonnement suivant que la tumeur occupe le gros ou le petit intestin. Quelquefois la palpation permettra de sentir une tumeur soit dans l'une des fosses iliaques, soit sur le trajet du côlon. La douleur a souvent son maximum au niveau même de l'obstruction (Besnier).

Le diagnostic étiologique présente souvent des difficultés insurmontables. Les antécédents sont fréquemment le meilleur guide dans cette recherche. On conçoit en effet l'importance qui s'attache, dans ce cas, à des maladies antérieures, comme la péritonite, la dysenterie ou l'entérite aiguë, les coliques hépatiques. Il en est de même des anciennes hernies réduites, des tumeurs abdominales, des viscères déplacés, etc. Certains symptômes peuvent égale-

ment mettre sur la voie : l'intensité des accidents dès le début et la rapidité de leur marche appartiennent à l'étranglement interne ou au volvulus ; l'expulsion d'une portion du tube intestinal nécrosé est caractéristique de l'invagination, etc.

Dans les cas douteux, on pourra mettre les malades sous l'influence du chloroforme pour explorer plus facilement la paroi abdominale. Mais est-on autorisé à ouvrir la cavité péritonéale et à aller chercher dans son intérieur le point sténosé ? Cette question, soutenue affirmativement par un grand nombre de praticiens étrangers, notamment en Angleterre, a soulevé à l'avant-dernière réunion de la *British medical Association* une très-intéressante discussion, mais elle est loin d'être résolue (1).

TRAITEMENT. — Le plus souvent c'est aux purgatifs que l'on a recours tout d'abord pour rétablir le cours des matières. Cependant cette méthode doit être rejetée dans les cas d'invagination, où elle ne peut qu'exagérer le mal (Raige-Delorme). Aussi faut-il employer de préférence les lavements laxatifs et les douches ascendantes à haute pression dans le gros intestin, avec un appareil à eau de Seltz par exemple.

Comme moyens mécaniques, il faut citer encore le curage rectal, le cathétérisme forcé, l'insufflation, etc. On se débarrassera des pelotons d'ascarides par les vermifuges.

S'il y a un élément spasmodique, on emploiera la belladone, l'opium et la morphine, le tabac à l'intérieur et en lavements, le camphre, les bains froids, etc.

La glace appliquée en permanence sur l'abdomen diminue la pneumatose, excite la contractilité des muscles intestinaux et prévient l'inflammation péritonéale. On peut employer aussi dans le même but les pulvérisations d'éther avec l'appareil de Richardson. L'ingestion continue de petits fragments de glace a également de bons effets.

L'électricité a été employée depuis longtemps par Leroy d'Étiolles (1826) ; elle réussit parfois, mais doit encore être rejetée dans l'invagination.

On pourra essayer de combattre le météorisme par l'entéocentèse au moyen d'un trocart fin. Enfin, en dernière ressource, on devra recourir à l'intervention chirurgicale. Suivant les circon-

(1) Voyez, à ce propos, de nombreux articles dans le *British medical Journal*, 1878, vol. II, *passim*, et 1879, numéros du 11 janvier et du 31 mai.

stances, on pourra pratiquer soit la gastrotomie, soit l'entérotomie ou la colotomie lombaire, suivant la méthode de Nélaton (A. Bulteau).

MONTFALCON. Dict. des sc. méd., t. XXIII, 1818. — ROKITANSKY. Ester. med. Jahrb., 1836. — GORHAM. Guy's Hosp. Rep., 1838. — RAIGE-DEORME. Art. Volvulus in Dict. de méd., 1846. — DUCHAUSSOY. Mém. de l'Ac. de méd., t. XXIV. — PARISE. Rev. méd.-chir., 1851. — RILLIET. Mém. sur l'invagination chez les enfants, 1852. — O. MASSON. De l'occlusion intestinale, th. de Paris, 1857. — TREITZ. Hernia retroperitonealis, Prague, 1857. — BUCQUOY. Rec. des tr. de la Soc. méd. d'obs. de Paris, 1857. — BERNIER. Th. de Paris, 1857. — Des étranglements internes, Paris, 1860. — BUTAUD. Invagination intestinale; mort après trente-cinq jours (Gaz. hôp., 1863). — BAMBERGER. Krankheiten der chilo-pœtischen Systems, 1864. — DUGUET. De la hernie diaphragmatique congénitale, th. de Paris, 1866. — PANAS. Cas d'occl. int. produite par le renversement d'une anse d'intestin sur elle-même (Gaz. Hôp., 1871). — FAUCON. Soc. de chir., 1873, et Arch. gén. de méd., 1873. — LUTON, *loc. cit.* — REQUIN, JACCOUD. Path. int. — A. BULTEAU. De l'occl. intest. au point de vue du diagn. et du trait., th. de Paris, 1878. — RAFINESQUE. Étude clinique sur les invaginations intestinales chroniques, th. de Paris, 1878. — F. JORDAN. Fatty change of the muscular wall of the gut, etc. (Brit. med. Journ., avril 1879). — LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879, p. 231.

VERS INTESTINAUX.

Les vers entozoaires ou helminthes que l'on rencontre dans le tube digestif appartiennent aux deux familles des *Nématoides* (vers cylindriques) et des *Cestoides* (vers plats).

Ils sont connus depuis fort longtemps et ont donné lieu aux idées et aux théories les plus bizarres jusqu'au commencement de ce siècle. Leur histoire est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Rudolphi (1808), Von Siebold, Dujardin, Küchenmeister, Leuckart, Van Beneden, etc., quoiqu'il règne encore plus d'obscurité sur leur reproduction et leur développement.

NÉMATOÏDES. — *Ascarides*. — L'ascaride lombricoïde, lombric (*Ascaris lumbricoïdes*), se rencontre fréquemment chez l'homme ; l'*Ascaris mystax* (var. *alata*) est douteux.

L'ascaride lombricoïde est un ver blanc ou rougeâtre, cylindrique, atténué à ses deux extrémités, atteignant de 15 à 17 centimètres chez le mâle et de 20 à 25 centimètres chez la femelle. La bouché est munie de trois mamelons charnus. Le mâle porte deux spicules à son extrémité inférieure recourbée ; la femelle présente l'orifice vulvaire dans un étranglement situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur environ. Les organes génitaux sont très-développés et apparaissent par transparence sous forme de longs tubes flexueux.

Les ascarides habitent l'intestin grêle où leur nombre peut s'élever à plus d'un mille. Ils sont fréquents chez les enfants, surtout