

est déterminé par quelque bride ou par un anneau qui existe accidentellement dans le péritoine. Si le malade est sujet à la constipation ou à des alternatives de constipation et de diarrhée, s'il souffre dans un point du ventre, s'il a habituellement un peu de météorisme, s'il a maigri, on devra croire à quelque lésion organique de l'intestin. L'occlusion intestinale par amas de matières stercorales sera reconnue à l'existence d'une tumeur marronnée, dure, mate, située sur le trajet du gros intestin, surtout vers l'une des fosses iliaques. Quant au diagnostic d'avec l'invagination, nous en parlerons plus tard en traitant de cette affection. Peut-on déterminer la hauteur à laquelle siège l'obstacle? Il est possible d'arriver parfois, du moins approximativement, à une pareille précision. Lorsque dès le début le météorisme est considérable et occupe l'abdomen tout entier, il est probable que l'obstacle siège très-bas dans le gros intestin; car si l'obstruction occupait l'intestin grêle, le météorisme, comme l'observe M. Laugier, serait circonscrit à l'ombilic, et les régions correspondant à la direction que suit le colon seraient relativement déprimées.

Doit-on admettre un iléus *nerveux*, une *passion iliaque vraie*, comme l'appelaient Sydenham, c'est-à-dire une maladie caractérisée par tous les accidents des étranglements internes, sans qu'il existe d'autre obstacle au cours régulier des matières qu'une contraction spasmodique de l'intestin ou une contraction antipéristaltique de cet organe? Plouquet dit avoir vu rejeter par le vomissement des lavements de lait pur et même des suppositoires (1); Van Swieten (2), Barthez (3) et d'autres autorités disent également avoir vu des liquides injectés dans le rectum être rendus par la bouche. Brunner, en irritant le tube digestif des animaux, serait parvenu à produire un mouvement antipéristaltique assez énergique pour provoquer l'expulsion des fèces par la bouche. Mais aucun expérimentateur parmi les modernes n'a pu reproduire un pareil effet. Quant aux histoires de lavements qui auraient été vomis, nous ne saurions nous défendre d'un certain doute à cet égard. Lorsque nous voyons Barthez, par exemple, prétendre qu'un lavement fait avec une décoction de fleurs et de feuilles de mauve a été vomé au bout d'une demi-heure sans avoir subi aucune altération dans sa couleur ni sa saveur; lorsque Plouquet dit à peu près la même chose d'un lavement de lait qui aurait été également vomé, il est impossible de ne pas nier de pareils faits; car comment supposer que les liquides dont nous parlons aient pu traverser toute l'étendue des voies digestives, et cela avec un courant assez rapide, sans s'imprégner ni de la couleur ni de l'odeur des matières qui y sont contenues?

**Pronostic.** — L'iléus est une des maladies les plus fâcheuses; mais la gravité varie beaucoup suivant la cause qui le produit. L'occlusion par amas de matières fécales est celle dont on peut triompher le plus facilement. Celle qui survient par les progrès d'une lésion organique ne peut laisser aucun espoir de salut. La péritonite est un accident qui doit toujours aggraver le pronostic, puisque la mort en est peut-être toujours un effet prochain.

**Traitement.** — On a conseillé contre l'étranglement interne une foule de moyens, les uns médicaux, d'autres purement mécaniques; enfin, dans les cas extrêmes, on a fait souvent appel à l'intervention chirurgicale. On a surtout conseillé de rétablir le cours naturel des matières fécales dans les cas d'iléus par l'usage des purgatifs drastiques donnés par la bouche et en lavement; il n'est pas permis aujourd'hui de croire qu'on puisse purger en appliquant ces remèdes

(1) *Nova Acta phys. med. natur. curios.*, lib. VI, p. 201.

(2) *Comment. in Boerhaavii Aphorismos*, § 960.

(3) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. III, p. 401.

sur la peau intacte ou dénudée. Les purgatifs sont toujours indiqués lorsque l'occlusion est l'effet de l'accumulation de fèces. Ils sont, par contre, nuisibles s'il y a lésion organique de l'intestin: donnés dans les cas d'étranglement produit par les brides, par les orifices ou par une invagination, ils peuvent sans doute finir par dégager l'intestin en surexcitant les contractions; mais on comprend aussi qu'ils puissent produire l'effet contraire. Je ne dirai rien des vomitifs administrés dans l'espoir que les secousses violentes qu'ils provoquent pourraient dégager l'intestin, car c'est là une idée presque chimérique. Comment espérer, en effet, quelque chose d'utile des vomissements provoqués, lorsque ceux parfois incoercibles que la maladie détermine n'ont d'autre effet que d'augmenter le malaise et d'épuiser les forces?

Les antiphlogistiques ont été recommandés; ils peuvent être utiles, en effet, en diminuant le spasme des parties, en dégageant les tissus; ils sont surtout recommandés dans les cas où les douleurs sont vives, et surtout lorsque l'iléus se complique de péritonite. Suivant les indications, on fera une saignée générale, ou bien des sangsues seront mises sur l'abdomen; les malades seront plongés dans des bains tièdes dont la durée sera de plusieurs heures; on les renouvellera plusieurs fois, et dans l'intervalle le ventre sera recouvert de larges cataplasmes émollients.

On a fait grand bruit depuis quelques années des succès que donnerait la belladone administrée à l'intérieur ou bien en onctions sur le ventre; mais ce médicament ne mérite pas plus de confiance que les lavements de tabac prescrits autrefois et recommandés même encore de nos jours, surtout en Italie. Les agents anesthésiques pourraient-ils être utiles? C'est à l'expérimentation clinique à le déterminer, mais *à priori* il me semble qu'on ne peut guère compter sur eux.

J'accorde au contraire une grande importance aux applications froides; elles sont utiles, quelle que soit la cause de l'étranglement. J'ai guéri par ce moyen huit à dix cas d'iléus, dont deux étaient accompagnés de vomissements stercoraux. J'ai pour habitude alors de recouvrir exactement tout le ventre avec une vessie contenant des fragments de glace, qu'on renouvelle dès qu'ils sont en partie fondus. Le malade ne prend que des boissons froides, et on lui administre tous les quatre ou cinq heures des lavements d'eau pure, mais à la température de la glace fondante et assez copieux pour distendre l'intestin autant que possible. Le froid est utile en concentrant les gaz, en produisant une vive impression sur les tissus et en activant la contraction intestinale. Les applications froides sont toujours bien tolérées; on peut les laisser durant plusieurs jours; j'en ai continué l'usage pendant plus d'une semaine; elles diminuent la tension du ventre et calment les douleurs, même dans les cas où elles sont impuissantes pour guérir.

J'ai dit que le froid était capable d'exciter les contractions intestinales; on a produit le même effet en provoquant une douleur vive et subite. M. Hervieux a rapporté, dans l'*Union médicale* de 1851, l'histoire d'un jeune homme qui, atteint d'iléus, ayant des vomissements stercoraux et paraissant être dans un état désespéré, vit tous les accidents cesser presque aussitôt après plusieurs applications du marteau de Mayor sur les points les plus douloureux du ventre.

L'électricité peut, en pareil cas, rendre quelques services. Leroy (d'Étiolles) avait, en effet, proposé d'établir un courant entre la bouche et l'anus, mais c'est un procédé peu sûr et peut-être dangereux. M. Duchenne ayant reconnu combien il est difficile d'agir directement sur le tube digestif, a provoqué la contraction par une action réflexe de la moelle en portant un des excitateurs

dans le rectum et l'autre sur l'abdomen. En procédant ainsi, il a réussi une fois à détruire un étranglement qui avait résisté à tout, et lorsque la gastrotomie semblait être l'unique salut du malade.

A différentes époques on a conseillé contre l'iléus des moyens mécaniques, c'est ainsi qu'on a recommandé autrefois d'introduire dans les voies digestives des balles de plomb ou le mercure coulant, moyens aussi irrationnels que dangereux. Le cathétérisme pratiqué avec des bougies et des sondes, les injections de liquides ou de gaz dans le rectum, les douches ascendantes dirigées avec des appareils plus ou moins énergiques, pourront bien agir dans les cas où l'obstacle réside dans le rectum, mais ils sont impuissants lorsqu'il siège au delà. Je ne dirai rien du massage des parois abdominales, fort usité, dit-on, dans le nord de l'Europe, car s'il peut être utile dans les cas de tumeur stercorale, il est impuissant contre les différentes espèces d'étranglements. Dans tous les cas, c'est un moyen qui exige dans son emploi une grande prudence.

Lorsque, l'étranglement persistant, les intestins se vident incomplètement par le vomissement et qu'ils restent énormément distendus par des liquides et par des gaz, doit-on, pour en prévenir la rupture, faire une ponction à travers les parois abdominales avec un trocart explorateur pour donner issue aux gaz? Cette opération, pratiquée plusieurs fois, a toujours soulagé en diminuant la distension abdominale; parfois aussi, en permettant à l'intestin de revenir sur lui-même, elle a réveillé sa contraction péristaltique, complètement éteinte, ce qui a permis aux matières fécales de franchir l'obstacle qui s'opposait à leur cours. Cependant cette opération est-elle aussi exempte de danger qu'on l'a dit? L'ouverture faite par le trocart se fermera-t-elle toujours, et n'est-il pas à craindre qu'en plongeant l'instrument dans une anse qui contient et beaucoup de gaz et beaucoup de liquides, ceux-ci ne suintent dans le péritoine et ne déterminent une péritonite suraiguë? C'est là une appréhension dont on ne saurait se défendre, même après les quelques faits favorables à l'opération que M. Labric a réunis dans sa thèse (année 1852).

Enfin, dans les cas où, tout ayant échoué, les individus semblent voués à une mort certaine et prochaine, doit-on pratiquer la gastrotomie? Cette opération est à peu près universellement abandonnée depuis le travail célèbre publié par Hévin dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Cependant, s'il peut paraître irrationnel d'ouvrir le ventre pour aller à la recherche d'un obstacle dont on ignore la nature et le siège, serait-il déraisonnable, lorsque tout a échoué et que le malade est sur le point de succomber, d'établir un anus contre nature en choisissant à la partie inférieure du ventre l'anse la plus saillante? Nous n'oserions pas renoncer à cette chance de salut, quelque minime qu'elle soit, disions-nous dans les trois avant-dernières éditions de cet ouvrage. Depuis cette époque, M. le professeur Nélaton a pratiqué plusieurs fois avec succès l'entérotomie dans les conditions les plus fâcheuses et lorsque les malades semblaient voués à une mort prochaine. C'est donc une dernière ressource qu'il n'est pas permis de négliger; mais l'entérotomie n'est praticable qu'autant qu'il n'existe pas de péritonite. (Voyez, comme complément indispensable, l'article suivant.)

#### De l'invagination intestinale, ou du volvulus.

On doit entendre par les noms de *volvulus* ou d'*invagination intestinale*, une maladie anatomiquement caractérisée par la pénétration ou l'introduction avec renversement d'une quantité plus ou moins considérable d'intestin dans

une autre portion de l'organe située ordinairement au-dessous de la première. Un doigt de gant à demi retourné imite assez exactement la disposition qu'un intestin invaginé présente.

**Fréquence. Caractères anatomiques.** — Les invaginations peu étendues, c'est-à-dire de 2 à 8 centimètres de long, sont très-communes; on en rencontre souvent, en effet, une ou plusieurs, sur les cadavres d'individus qui ont succombé à des maladies fort différentes. Elles occupent alors presque toujours le milieu ou la fin de l'intestin grêle; et comme on n'a observé pendant la vie aucun symptôme qu'on puisse lui rapporter, il est à présumer qu'elles ont dû se former pendant l'agonie ou dans les derniers instants de la vie.

Il n'en est plus de même des invaginations plus étendues: celles-là sont assez rares, quoique cependant elles soient les plus communes des lésions diverses qui déterminent l'iléus (1). Les invaginations dont nous parlons se forment tantôt aux dépens du gros intestin ou de l'intestin grêle seulement; tantôt elles sont constituées à la fois par l'un ou par l'autre (2). Cependant, d'après Rilliet (3), l'invagination qu'on observe dans la première enfance affecterait presque toujours le gros intestin, ce qu'il attribue à ce que, à cet âge, cette partie du tube digestif serait beaucoup plus mobile et sa structure musculieuse moins développée qu'à une époque plus avancée de la vie. Observons pourtant que cette circonstance ne saurait expliquer ce fait avancé par Rilliet, que le gros intestin serait dans la première enfance atteint d'invagination presque à l'exclusion de l'intestin grêle. Les invaginations s'opèrent presque toujours de haut en bas: c'est ainsi que, dans les cas les plus communs, on voit la terminaison de l'intestin grêle s'insinuer et se renverser dans la cavité du cæcum; celui-ci, entraîné, s'invagine à son tour dans le côlon ascendant, et plus tard jusque dans les côlons transverse et descendant. On a même vu (ainsi que le prouve un cas rapporté par Hévin, et qui fut montré à l'Académie de chirurgie) le cæcum invaginé et retourné faire saillie hors de l'anus. Dans quelques cas rares, pourtant, l'invagination s'est opérée de bas en haut, c'est-à-dire que la partie inférieure de l'intestin s'est introduite et renversée dans la partie supérieure: c'est ainsi qu'on a vu une fois les côlons ascendant et transverse s'invaginer dans le cæcum; dans un autre cas, le cæcum pénétrer dans l'intestin grêle.

L'invagination intestinale présente trois cylindres dont M. le professeur Cruveilhier a parfaitement décrit la disposition (4). Il y a un cylindre central appartenant à la partie la plus élevée du canal intestinal; un cylindre périphérique appartenant à la partie la plus inférieure de l'intestin; enfin un cylindre moyen qui est formé par la partie intermédiaire.

La disposition des surfaces mérite d'être étudiée. Elles affectent, d'après

(1) Le docteur Benj. Philips a fait une statistique établissant qu'on trouverait 1 cas d'iléus sur 100 autopsies. Recherchant les diverses causes organiques qui le produisent, il établit que, sur 169 cas, l'invagination figure pour 63; les tumeurs extérieures à l'intestin pour 16; les maladies des parois intestinales pour 19; les tumeurs intra-intestinales (concrétions, fèces endurcies) pour 11; les constrictions par brides, adhérences, passage de l'intestin à travers une ouverture anormale, pour 60. (*London Medic.-Chirurg. Transactions*, t. III, année 1848, et *Archives*, 4<sup>e</sup> série, t. XIX, p. 47.) Sur les 518 observations d'iléus analysées par M. Duchaussoy, on trouve 137 cas d'invagination. Aucune autre des nombreuses causes d'iléus ne donne à beaucoup près une proportion aussi grande. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXIV.)

(2) D'après la statistique de M. Duchaussoy, on trouvera sur 92 invaginations, 76 fois une invagination du petit intestin seulement, 35 fois une invagination du gros intestin seulement, 31 fois les deux intestins étaient compris à la fois dans l'invagination.

(3) *Gazette des hôpitaux*, année 1852.

(4) *Anatomie pathologique générale*, t. I.

M. Cruveilhier, les rapports suivants : 1° au centre sont deux surfaces muqueuses appartenant au cylindre interne ; 2° au milieu se trouvent deux surfaces séreuses appartenant, l'une au cylindre interne, l'autre au cylindre moyen ; 3° plus superficiellement existent deux surfaces muqueuses appartenant, l'une au cylindre moyen, l'autre au cylindre périphérique ; 4° enfin il y a la surface séreuse du cylindre périphérique. Les parois intestinales sont presque toujours épaissies.

La portion d'intestin ainsi invaginé est généralement rougeâtre ou violacée ; elle est cylindroïde et ressemble pour la forme et la couleur à un boudin ; elle est molle et offre la consistance qu'a l'intestin quand il est rempli de matières demi-solides. En l'incisant longitudinalement, on constate bien les dispositions que je viens d'indiquer, mais le plus souvent il est difficile de remettre les parties en place à cause des adhérences intimes qui se sont promptement établies entre les deux surfaces séreuses qui se sont adossées l'une à l'autre par suite du renversement de l'intestin. Souvent aussi on a trouvé la partie invaginée noirâtre, friable, ramollie, gangrenée et même complètement séparée. Au niveau du point où la séparation s'est faite, l'intestin reste épaissi, induré ; la cavité est plus ou moins rétrécie.

Enfin, chez les individus qui succombent par suite d'une invagination, on trouve, comme dans toutes les autres formes de l'iléus, la portion d'intestin située au-dessous, vide et rétractée ; celle qui est au-dessus est au contraire dilatée ; souvent il existe une ou plusieurs perforations et une péritonite générale avec ou sans épanchement stercoral.

**Symptômes.** — Nous avons déjà dit que les petites invaginations de l'intestin grêle pouvaient ne produire aucun trouble ; il n'en est pas de même de celles qui s'étendent sur une assez grande longueur, surtout lorsqu'elles se forment en partie ou en totalité aux dépens du gros intestin. Dans ces cas on voit, chez les deux tiers des individus, la maladie débiter brusquement et offrir tous les symptômes des occlusions intestinales ; ce début brusque a surtout lieu, d'après M. Duchaussoy, chez les enfants. Chez beaucoup de sujets, au contraire, l'invagination se faisant lentement, les malades éprouvent pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et même durant plusieurs mois, divers dérangements du côté des organes digestifs, tels que coliques, alternatives de diarrhée et de constipation, météorisme et vomissement. C'est au milieu de ces accidents que surviennent ensuite, soit brusquement, soit d'une manière progressive, des symptômes d'étranglement intestinal.

L'occlusion cependant n'est pas toujours aussi complète ici que dans les autres espèces d'iléus. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades qui continuent d'aller à la selle et rendent beaucoup de gaz par l'anus, même à une époque assez voisine de la mort. Cependant le météorisme, la distension extrême du ventre, les vomissements de bile et de matières fécales, indiquent qu'il existe un obstacle très-considérable. Si l'invagination est étendue, on pourra parfois aussi, en explorant attentivement le ventre, constater une tumeur mate à la percussion, dure, rénitente, allongée, cylindrique ; elle augmente généralement de volume d'un jour à l'autre ; elle change aussi de forme et de position lorsque, l'invagination continuant, la partie de l'intestin qui est étranglée se rapproche davantage du rectum. Enfin, dans les cas rares où elle s'étend jusque dans la cavité de ce dernier, elle s'opposera à l'introduction des lavements, et le doigt porté dans l'intestin la fera aisément distinguer.

La portion invaginée se gangrène quelquefois. Si la vie se prolonge suffisamment, l'eschare se détache et s'élimine par l'anus. La science possède beaucoup

d'exemples de cette terminaison de la maladie. Étudié par Gaultier de Claubry en 1833 dans le *Journal hebdomadaire*, cet accident fut, deux ans après, l'objet d'un travail important de la part de Thomson, et inséré par lui dans le *Journal d'Édimbourg* ; enfin M. Duchaussoy a fait une étude plus complète encore en réunissant et en analysant avec soin les 65 cas connus où la portion invaginée a été éliminée par les selles. L'élimination dont nous parlons se fait rarement avant la fin du premier septénaire ; dans presque tous les cas, elle s'opère entre la deuxième et la quatrième semaine. Elle est précédée pendant quelques jours de selles noirâtres, fétides, d'une odeur cadavéreuse, et souvent sanguinolentes ; presque toujours même, d'après la remarque de Gaultier de Claubry, du sang pur est rendu en assez grande abondance aussitôt que la portion d'intestin gangrenée a été éliminée. On a vu de la sorte des malades rendre, en une ou plusieurs fois, depuis quelques millimètres d'intestins jusqu'à une longueur de douze pieds (Forbes). Dans la plupart des cas, ou 24 fois sur 28, la perte de substance s'est faite aux dépens de l'intestin grêle ; nonobstant cela, on a vu des malades se rétablir assez promptement. Cependant la plupart succombent ; ils meurent les uns de péritonite, les autres épuisés par la diarrhée et par les souffrances. Ceux qui survivent après cette mutilation de l'intestin peuvent rester plus ou moins souffrants ; beaucoup éprouvent des tiraillements dans le ventre, et une difficulté plus ou moins grande à redresser le tronc, probablement par suite de quelque adhérence contractée entre l'intestin et la paroi abdominale. Ces accidents se calment pourtant peu à peu, les individus peuvent revenir alors à leur état de santé ordinaire. On comprend cependant que, si la cicatrice s'est faite d'une manière vicieuse, il puisse en résulter un rétrécissement de l'intestin, qui exposera plus tard le malade à tous les accidents que nous avons énumérés plus haut (page 349). Malheureusement le plus grand nombre de ces individus meurent avant que la portion invaginée ait eu le temps d'être éliminée, et même avant que la gangrène ait pu se produire. La mort arrive, comme dans les étranglements internes par épuisement ou par péritonite, soit que celle-ci succède à la rupture de l'intestin, soit qu'elle survienne par continuité et par contiguïté de tissu.

La mortification de la partie invaginée et son élimination sont la seule chance de guérison qui existe pour les malades ; car, pour peu que l'invagination soit étendue, surtout si celle-ci s'est faite dans le gros intestin, il nous paraît impossible qu'elle puisse cesser spontanément ; les mouvements péristaltiques doivent tendre, au contraire, à l'augmenter sans cesse.

**Variétés.** — Je viens de décrire l'invagination comme une affection essentiellement aiguë se terminant par la mort dans un espace de temps fort court ; il arrive pourtant quelquefois, ainsi que M. Cruveilhier en cite un exemple dans le premier volume de son *Anatomie pathologique générale*, que l'invagination a une marche chronique ; les accidents d'étranglement sont alors si peu intenses, qu'on croit n'avoir à traiter qu'une entérite ; aussi la maladie passe-t-elle alors presque toujours inaperçue.

L'invagination, d'après les recherches de Rilliet, aurait une symptomatologie et une marche un peu différentes dans la première et dans la deuxième enfance. Dans celle-ci, l'affection ne différerait pas sensiblement de ce qu'on observe chez l'adulte ; il n'en serait pas de même pour la première. Ici, en effet, que le début soit lent ou brusque, il y aurait des vomissements incessants, mais très-rarement ils seraient stercoraux ; les petits malades auraient des selles muqueuses, striées de sang ; il y aurait même véritable entérorrhagie ; le ventre conserverait sa forme, et à une période avancée on pourrait percevoir une

tumeur oblongue dans l'un des flancs ou bien à l'hypogastre ; la soif serait peu vive, le pouls fréquent, sans chaleur à la peau ; l'anxiété, l'angoisse, les cris, seraient constants, tandis que le coma, l'éclampsie, accidents fort communs dans les maladies graves de l'enfance, seraient plus rares. Dans les cas malheureux, l'affection se terminerait entre trois et cinq jours.

**Diagnostic.** — Il est communément facile de diagnostiquer un iléus, mais il n'en est pas de même pour préciser quelle est la cause anatomique qui met obstacle au cours des matières. (Voyez plus haut, p. 355.) Une invagination pourtant pourra être reconnue si, à l'exploration de l'abdomen, on sent une tumeur rénitente, allongée, cylindrique, mate, changeant sensiblement de place d'un jour à l'autre. Dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'on ne peut que *souçonner* une invagination ; mais on ne saurait, dans la plupart des cas du moins, arriver à un diagnostic un peu précis. Dance, à qui l'on doit sur la maladie dont je parle un bon travail inséré en 1826 dans le premier volume du *Répertoire d'anatomie et de physiologie* de Breschet, avait noté comme un signe pathognomonique des invaginations du gros intestin, une dépression sur le côté droit de l'abdomen, produite par le déplacement du cæcum et du colon, qui, se portant vers le flanc gauche, déterminerait au contraire dans ces points une tumeur longitudinale plus ou moins volumineuse. Nous croyons que la dépression dans la fosse iliaque droite et dans le flanc correspondant doit être une circonstance rare : nous l'avons vainement cherchée dans deux cas : son absence d'ailleurs n'a rien qui doive étonner, car on conçoit que l'intestin grêle distendu doit remplir le vide que laissent en se déplaçant le cæcum et le colon ascendant. La distension gazeuse ordinairement considérable du ventre empêche également de pouvoir bien distinguer la tumeur qui chemine sur le trajet du colon transverse et descendant ; si l'on découvrait celle-ci, elle devrait, rapprochée d'ailleurs des troubles fonctionnels qu'on observe, donner au diagnostic beaucoup de probabilité. Il serait facile d'ailleurs de la distinguer d'une tumeur stercorale, qui est dure, marronnée, et qu'il est possible souvent de diviser en la malaxant.

L'invagination dans la première enfance pourrait, d'après Rilliet, en imposer pour un ramollissement de l'estomac, pour une dysenterie ou pour une hémorrhagie intestinale. Mais dans le ramollissement stomacal, les vomissements sont incessants, les selles abondantes, séreuses ou bilieuses ; la soif est constante ; il y a une émaciation prompte, et les petits malades exhale de la bouche une odeur fortement acide. L'invagination simule la dysenterie lorsqu'il existe des selles muqueuses et sanguines ; mais dans cette dernière il n'y a pas les vomissements qui existent dans l'embarras intestinal ; son début, d'ailleurs, est moins brusque et sa marche moins rapide. Beaucoup d'invaginations du gros intestin produisant une hémorrhagie parfois considérable, on pourrait considérer celle-ci comme étant l'affection unique et méconnaître la cause première qui la produit. Mais l'entérorrhagie n'occasionne pas de vomissements opiniâtres, elle est communément abondante, et elle se termine assez promptement ou par la guérison ou par la mort. La péritonite est une des maladies qui peuvent le mieux simuler une invagination. Il peut exister en effet, dans les deux affections, de la fièvre, une sensibilité vive du ventre, des vomissements et la constipation. Seulement, dans l'invagination, on constate des vomissements plus rebelles, à la fin stercoraux, une constipation plus opiniâtre ; la fièvre ne survient guère, en général, que lorsque la partie invaginée s'enflamme ou que le péritoine lui-même est envahi par la phlegmasie.

On ne devra jamais oublier de porter le doigt dans le rectum ; car plusieurs

fois, par cette exploration, on a pu sentir la tumeur formée par la partie invaginée ; on a dit que lorsque le doigt ne sentait rien, on pouvait, à l'aide d'une sonde œsophagienne, arriver au même résultat ; mais il nous semble impossible par ce procédé, à supposer qu'on rencontre l'obstacle, de pouvoir en déterminer la nature.

**Pronostic.** — Le pronostic est extrêmement grave, quel que soit l'âge des sujets. On a vu, en effet, combien étaient peu nombreuses pour les malades les chances de guérison.

**Étiologie.** — Le plus souvent la maladie survient sans cause appréciable ; cependant beaucoup d'individus ont été atteints d'invagination à la suite de l'usage intempestif d'un purgatif drastique qui agit en excitant vivement les contractions intestinales. On a vu quelquefois, et nous en possédons nous-même un exemple, un polype pédiculé de la muqueuse, poussé par les contractions péristaltiques, entraîner la portion d'intestin à laquelle il adhérerait et s'invaginer avec elle.

**Traitement.** — Le traitement des invaginations ne diffère en rien de celui que j'ai précédemment étudié (page 356), à propos de l'iléus.

## DES DILATATIONS

La *dilatation* est l'agrandissement insolite des cavités et des canaux naturels du corps de l'homme.

Les dilatations des organes creux reconnaissent presque toujours pour cause un obstacle mécanique, permanent ou momentané, qui, s'opposant au cours des matières solides ou liquides qui y circulent, force celles-ci à s'accumuler dans un point, ainsi que nous l'avons déjà exposé en parlant des rétrécissements et oblitérations. D'autres fois la dilatation résulte de ce que les fluides, sécrétés en plus grande abondance et ne s'écoulant plus assez rapidement au dehors, s'accumulent dans leurs canaux. C'est, par exemple, de cette manière que se produisent un grand nombre de dilatations des bronches, ainsi que nous l'avons déjà dit en traitant de la bronchite capillaire. Cependant ce serait une erreur de croire que les dilatations se forment toujours de la même manière. Nous verrons en effet que quelquefois certaines cavités du corps se dilatent sans obstacle antérieur et d'une manière spontanée ; du moins il est impossible de saisir l'action d'aucune cause : c'est ce que nous observons notamment pour les vésicules pulmonaires et pour le cœur. Quelques auteurs ont supposé que dans ces cas il avait dû exister une atonie, une faiblesse, une paralysie du tissu qui ne permettait pas à celui-ci de réagir aussi efficacement que d'habitude contre la force expansive des fluides ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

La dilatation est plus ou moins considérable : les parois de l'organe dilaté conservent tantôt leur épaisseur normale, tantôt elles sont amincies, atrophiées ; ailleurs elles sont plus épaisses et hypertrophiées dans un ou plusieurs des éléments anatomiques qui entrent dans leur structure : cette hypertrophie affecte surtout la couche musculuse, pour les organes qui en ont une. Dans ce dernier cas, le surcroît d'énergie que les parois hypertrophiées acquièrent, compense la faiblesse relative que la dilatation produit, et permet à l'organe de réagir sur les fluides accumulés en plus grande abondance. Le contraire a lieu lorsque les parois sont amincies, et même lorsqu'elles n'ont subi aucun changement ; car on conçoit que dans ce cas, et eu égard à l'ampliation de l'organe, elles sont relativement beaucoup plus faibles. La dilatation peut être portée au point de détruire tout à fait l'élasticité des parties ; elle peut même,

quand elle est excessive, être suivie de rupture, ou bien l'excès de distension détermine l'inflammation, l'ulcération, la gangrène du tissu, qui se perforé, et alors les liquides contenus, en s'épanchant au dehors, peuvent devenir la cause de nouveaux accidents.

Les troubles fonctionnels qui sont la conséquence des dilatations résultent surtout du ralentissement dans le cours des fluides, de leur accumulation insolite, et de la compression exercée sur les tissus voisins.

## DE LA DILATATION DES BRONCHES

La dilatation des bronches est une lésion qui passa inaperçue jusqu'à Laënnec. Décrite pour la première fois par ce médecin illustre, elle a été depuis 1818 l'objet de recherches nombreuses. MM. Andral (1), Reynaud (2), Cruveilhier (3), Barth (4), Gombault (5), sont ceux qui, par leurs travaux, ont le mieux éclairé l'histoire d'une lésion qu'il est utile de bien connaître. Sans être une affection précisément rare, la dilatation des bronches est néanmoins peu commune; car c'est à peine si dans l'espace d'une année on en rencontre un ou deux cas dans un service très-actif d'hôpital. Cette rareté pourtant n'est peut-être qu'apparente, elle tient surtout à ce que dans les nécropsies on n'ouvre pas toujours les tuyaux aériens.

**Caractères anatomiques.** — La dilatation des bronches se présente sous différentes formes: le plus souvent on trouve un ou plusieurs tuyaux bronchiques présentant dans toute leur étendue une augmentation uniforme de leur calibre; elle est parfois assez considérable pour admettre le petit doigt, et elle se termine souvent en cul-de-sac à la surface de l'organe. D'autres fois la dilatation est bornée à un seul point du conduit, qui présente à ce niveau un renflement variant depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noix, et qui simule souvent une cavité qui serait creusée aux dépens du parenchyme pulmonaire; mais en fendant la bronche dans toute sa longueur, il est facile d'éviter l'erreur, car on voit alors qu'il existe une parfaite continuité de tissu entre les points dilatés et ceux où la bronche a conservé son calibre. Si plusieurs tuyaux voisins ou accolés les uns aux autres ont subi la même dilatation, ils formeront par leur réunion une tumeur plus ou moins considérable, et si ces diverses ampoules communiquent entre elles, elles pourront simuler certaines cavernes tuberculeuses. Enfin, la troisième espèce de dilatation bronchique consiste dans une série de renflements fusiformes, entre lesquels le tuyau aérien reprend son calibre naturel: c'est ce qu'Elliotson nomme la *dilatation en chapelet*.

Quelle que soit la forme de dilatation qui existe, la cavité de la bronche malade contient en général un liquide puriforme plus ou moins abondant, ordinairement fade, parfois fétide. Si l'on étudie les changements que les parois des bronches ont subis au niveau des points dilatés, on trouve tantôt qu'elles ont leur épaisseur et leur consistance normales; d'autres fois les divers éléments anatomiques qui entrent dans leur structure ont subi une sorte d'hypertrophie; enfin les tissus ont éprouvé dans quelques autres cas une atrophie

(1) *Clinique médicale*, t. III.(2) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. VI.(3) *Traité d'anatomie pathologique*, t. II.(4) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III, p. 401.

(5) Thèses de Paris, année 1858, n° 158.

telle, qu'on ne reconnaît plus leur texture primitive; ils sont alors confondus et la bronche n'a dans les points dilatés que la ténuité d'une pellicule d'oignon. Cependant, de tous les tissus qui entrent dans la composition des bronches, la muqueuse est celle qui est le plus fréquemment altérée; c'est ainsi qu'on la trouve bleuâtre, épaissie ou amincie, inégale à sa surface, ramollie, presque jamais ulcérée. Pour peu que la dilatation soit considérable, le tissu pulmonaire voisin est affaissé, condensé, moins perméable, sans être pourtant induré, comme il l'est toujours autour des cavernes. Lorsque la dilatation atteint toutes les bronches d'un lobe, le tissu intermédiaire, d'abord aplati, atrophié, peut presque disparaître, de sorte qu'en fendant cette partie de l'organe, on ne la trouve plus constituée que par des vacuoles plus ou moins larges adossées les unes aux autres. J'ai vu chez un enfant cette disposition occuper tout le sommet d'un poumon.

La dilatation des bronches, plus souvent unilatérale d'après M. Barth, serait un peu plus fréquente à gauche qu'à droite. La lésion peut être circonscrite au sommet ou à la base, ou bien être générale, et, dans ce cas, c'est à la base qu'elle prédomine, et c'est dans ce point aussi qu'on rencontrerait les dilatations locales un peu plus prononcées. Rarement la lésion est bornée à un seul rameau bronchique; elle s'étend plus communément à la plupart des ramifications d'un lobe, mais à des degrés en général différents.

**Symptômes.** — Il n'est jamais possible de fixer le moment où la dilatation des bronches commence. Lorsqu'on la constate, on apprend des malades qu'ils toussent depuis un plus ou moins grand nombre d'années, et qu'ils rejettent une grande quantité de crachats puriformes, épais, souvent fétides. Une circonstance digne d'être signalée, c'est que ces crachats augmentent parfois subitement d'abondance; les malades rendent alors, à la suite de quintes de toux pénibles et au milieu d'efforts de vomissement, des flots d'un liquide opaque, puriforme, qui exhale ordinairement une odeur alliée et parfois infecte. En général, il n'existe, quand l'affection est simple, ni douleur dans la poitrine, ni oppression bien notable. Mais l'exploration fournit des résultats importants.

Si la dilatation est uniforme et peu considérable, il n'y a guère que des signes de bronchite chronique, c'est-à-dire des râles sibilants, ronflants et muqueux; mais si la dilatation est vaste, et si, plusieurs tuyaux étant affectés dans un petit espace, le tissu pulmonaire intermédiaire est affaissé et devenu moins perméable, la percussion fera constater sur une surface plus ou moins étendue une diminution de sonorité et d'élasticité; à l'auscultation, on percevra en outre, très-souvent, un souffle bronchique très-fort, avec une bronchophonie diffuse et accompagnée d'un râle muqueux très-humide et très-gros. Ce râle, assez nombreux et bruyant pour simuler parfois un gargouillement véritable, est, avec l'abondance de l'expectoration, le seul signe capable de révéler une dilatation considérable et uniforme de l'arbre bronchique. Si, par contre, la dilatation plus circonscrite existe sous la forme d'une ampoule un peu vaste, on percevra alors les signes d'une excavation, c'est-à-dire le souffle et le râle caverneux avec une pectoriloquie plus ou moins parfaite, comme s'il existait une caverne tuberculeuse. (Voyez, pour les détails, l'*Histoire de la phthisie*.)

Quelle que soit la forme de la lésion, en général il n'existe pas de symptômes généraux fâcheux. En effet, l'appétit et l'embonpoint se conservent, à moins pourtant que, l'altération étant très-étendue, la sécrétion morbide ne soit trop considérable; car, dans ces cas, les malades maigrissent, dépérissent, sans présenter néanmoins les symptômes de la fièvre hectique, dont l'existence doit toujours réveiller l'idée de la tuberculisation pulmonaire.