

arriva au point où il était étranglé. C'était vers le milieu et en haut de la région ombilicale, au-dessus du mésocolon transverse. Là existait une bride fortement tendue, formée par une portion du grand épiploon, derrière laquelle passait une anse d'intestin grêle appartenant à la fin du jéjunum : une dépression sur l'intestin marquait son passage. Au-dessus il y avait distension du canal intestinal par des matières liquides ; il était affaissé au-dessous et ne contenait rien. L'estomac, très dilaté, était plein d'un liquide inodore et verdâtre. Le grand épiploon était divisé en trois portions qui adhéraient inférieurement, l'une dans la fosse iliaque droite, la deuxième au sommet de la vessie, la troisième dans la fosse iliaque gauche. La portion droite, partant de l'extrémité droite du colon transverse, et recouvrant plusieurs portions d'intestin grêle, se divisait, à la hauteur de l'ombilic, en deux autres : l'une externe, plus large, allant se rendre dans la fosse iliaque ; l'autre interne et presque transversale, accompagnant la bride moyenne, cause de l'étranglement, et allant s'attacher au même endroit. Celle-ci, née de la partie moyenne du colon, très élargie à son origine, se rétrécissant ensuite, s'enfonçait de devant en arrière et de droite à gauche, passant au-devant d'une anse d'intestin qu'elle déprimait et étranglait, de là se contournait légèrement de gauche à droite autour de l'anse intestinale, recouverte par une partie du mésentère, et allait se fixer au sommet de la vessie. La troisième portion du grand épiploon formait une espèce de réseau étendu entre la rate, le colon et la fosse iliaque gauche ; elle n'avait pas concouru à former l'étranglement (1).

Pour avoir une idée exacte des difficultés que l'on aurait eues à trouver et à lever l'étranglement pendant la vie du malade, il faut avoir procédé à la recherche du lieu et de la cause de l'étranglement. Une simple exposition des faits est tout-à-fait insuffisante pour indiquer toute l'étendue des obstacles que l'opérateur eût rencontrés ; cependant ces obstacles eussent pu être surmontés s'il eût fait l'incision

(1) Observation recueillie par M. Bourbier.

aux environs du lieu de l'étranglement. Mais pouvait-on reconnaître cet endroit ? La vive douleur qui existait au commencement de la maladie vers la fosse iliaque droite, le soulèvement des parois abdominales correspondantes, annonçaient que l'étranglement existait plutôt là qu'ailleurs, et cependant il était situé plus haut.

La blessure des intestins par un instrument piquant, tranchant ou contondant, peut donner lieu à des changements dans le diamètre et la direction de ces parties, et il s'établit par suite un étranglement interne dont les progrès et la marche sont en général lents.

OBS. V. — *Ancienne blessure des intestins. — Symptômes d'étranglement. — Mort. — Autopsie. — Entrecroisement de l'intestin. — Gangrène dans ce point. — Épanchement des matières dans l'abdomen.* — Mury, âgé de dix-huit ans, fut atteint, à l'âge de cinq ans, par un crochet de fer d'un haquet qui tournait avec force. Le crochet pénétra dans l'abdomen, en déchira les parois, et fit deux plaies par lesquelles sortit une grande portion d'intestin. Il fut sur-le-champ conduit à l'Hôtel-Dieu. On fit aussitôt rentrer les intestins ; on rapprocha les lèvres de la plaie au moyen de la suture emplumée. La plaie se cicatrisa. On voyait près et au côté droit de l'ombilic les traces apparentes de cette ancienne plaie. Depuis cette époque, le malade dit avoir ressenti deux ou trois fois chaque année des accidents d'étranglement, tels que suspension du cours des matières fécales, hoquets, nausées, vomissements de matières jaunâtres. Ces accidents persistaient pendant douze heures, vingt-quatre heures, et même trente-six heures, puis disparaissaient tout-à-coup, pour revenir au bout d'un temps plus ou moins long. Lorsque le malade vint à l'hôpital (c'était le 24 avril 1817), les accidents duraient depuis quatre jours. Il était dans l'état suivant : il avait des nausées, vomissait des matières verdâtres, jaunâtres, qui ne répandaient pas l'odeur des matières fécales ; il y avait interruption du cours des matières fécales et des vents par l'anus. Le malade

accusait de la douleur vers le côté droit de la région ombilicale. Cet endroit était plus tuméfié et plus douloureux que tous les autres points de l'abdomen, qui était ballonné, volumineux, inégal et nullement tendu. La face était peu altérée, la peau et le pouls étaient dans leur état naturel. (Saignée du bras, boissons émoullientes.) Deuxième jour, la douleur du bas-ventre persistant, ainsi que tous les autres symptômes, on appliqua quarante sangsues sur l'abdomen à l'endroit douloureux. Cette application amena une grande diminution dans la douleur. Cette circonstance engagea le chirurgien de garde à appliquer de nouveau sur le même endroit un égal nombre de sangsues. Le troisième jour, vers le soir, le malade se trouvait beaucoup mieux; il n'avait point vomi dans la journée; les douleurs du ventre étaient presque nulles; cependant il n'y avait point eu de selle. C'est alors que M. Dupuytren, pour provoquer des excréments par en bas, prescrivit la potion suivante :

Infusum de camomille.	℞	vij
Manne.	℞	ij
Sel de Glauber.	℞	ij

Il recommanda expressément que cette potion fût donnée par cuillerée : elle fut administrée tout entière en une seule fois. Presque aussitôt après, les accidents de l'étranglement revinrent plus intenses que jamais. Le quatrième jour, à la visite du matin, coliques vives, anxiétés, plaintes. Le malade rapporte toujours ses douleurs au côté droit de la région ombilicale; il lui semble qu'il existe en cet endroit un corps qui lie ses intestins; il accuse l'existence d'une hernie, et vomit des matières fécales. (Application de cinquante sangsues sur l'abdomen, lavements émoullients.) A l'aide des lavements, le malade rend des matières fécales en petite quantité. Cinquième jour, à peu près même état. Sixième jour, le ventre devient douloureux dans presque toute son étendue; le malade vomit toutes les deux ou trois heures; il a quelques selles au moyen des lavements. (Boissons émoullientes.) Septième jour, mêmes symptômes du côté du bas-

ventre; mais pouls petit, concentré; face pâle, traits un peu altérés; vomissements de toutes les boissons immédiatement après leur ingestion. Huitième et neuvième jours, même état. Le dixième jour, le malade semble être mieux, le pouls se relève, quelques gaz sortent par en bas. Vers deux heures de l'après-midi du même jour, vomissements répétés de matières fécales, froid des extrémités, altération presque subite des traits de la face. Mort le 4 mai à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — On trouva dans l'intérieur de l'abdomen un verre environ d'une matière liquide, jaunâtre, tout-à-fait semblable, pour l'odeur et la couleur, à celles que le malade avait vomies. La présence de cette matière avait probablement avancé les jours du malade. Le canal intestinal était divisé en deux parties relativement à son volume: le bout supérieur, c'est à-dire le bout correspondant à l'estomac, était très dilaté, rouge, rempli de gaz et d'excréments; le bout inférieur, rétréci et vide, avait la forme d'un intestin de chat. Telle était la disposition de ces deux bouts: le supérieur se dirigeait de droite à gauche, de bas en haut, s'entre-croisait avec l'inférieur qui était en avant. Immédiatement après cet entre-croisement, le bout inférieur contractait des adhérences avec les parois abdominales au niveau de l'ombilic; ces adhérences étaient formées aux dépens du péritoine; elles avaient été tirillées, et étaient devenues lâches, de serrées qu'elles avaient été sans doute auparavant; elles avaient lieu dans l'étendue de deux pouces. L'intestin (c'était l'iléon) les tirait en se dirigeant de bas en haut, de gauche à droite. Là, il adhérait d'une manière intime à la portion droite du colon transverse; puis, se dirigeant de haut en bas, de droite à gauche, il passait au-devant de la portion dilatée: c'était à l'endroit de cet entre-croisement qu'existait l'étranglement. Ce qui rend certain ce que j'avance, c'est que l'intestin était dilaté au-dessous de l'entre-croisement et rétréci au-dessus, de manière que la portion d'intestin qui avait contracté des adhérences avec les parois abdominales et le colon, devenait bout inférieur. Au-dessous

de l'entre-croisement, il existait une ouverture au bout supérieur à pouvoir admettre la tête d'une épingle. Cette ouverture était ronde, ses bords étaient noirâtres, et annonçaient qu'elle avait été le résultat de la gangrène. C'était par cette ouverture que s'était épanchée la matière trouvée dans la cavité abdominale (1).

Quelque grave que soit la maladie qui fait le sujet de cette leçon, elle n'est pas toujours mortelle; dans plusieurs cas, on a vu le volvulus guérir par les seuls efforts de la nature, d'autres fois le traitement a eu une heureuse influence sur sa terminaison; enfin l'art chirurgical lui-même peut sauver les jours du malade, c'est ce que les observations de Bonnet et de Nuck prouvent, et c'est d'ailleurs ce que M. Amussat vient de démontrer de la manière la plus positive.

OBS. VI. — *Symptômes d'étranglement interne. — Guérison sans opération.* — François Mabeix, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin, d'une très bonne constitution, portait depuis son enfance une hernie inguinale du côté droit, non maintenue par un bandage, rentrant et sortant facilement. En 1809 cette hernie s'étrangla, et prit un volume égal à celui des deux poings réunis. L'opération fut faite après trois jours d'étranglement. J'ignore absolument les circonstances de cette opération; tout ce que j'ai pu en savoir, c'est que les parties formant hernie rentrèrent, et que les symptômes de l'étranglement cessèrent après. Le malade nous apprit que, quatre jours après l'opération, un abcès se développa dans la région de l'aîne, du même côté où avait existé la hernie. Cet abcès fut ouvert; l'ouverture resta fistuleuse pendant deux mois; au bout de ce temps elle se cicatrisa. (On voit encore cette cicatrice; elle est parallèle à l'arcade crurale, et l'on ne peut pas la confondre avec celle de l'opération.) Dans le même temps la plaie résultant de l'opération se ferma entièrement. Depuis cette époque, Mabeix a constamment fait usage d'un bandage herniaire inguinal pour s'opposer à la sortie de la hernie, qui n'a plus

(1) Observation recueillie par M. Maunoury.

reparu. Il n'avait jamais éprouvé de symptômes du côté du bas-ventre, lorsque, dans la nuit du 8 au 9 octobre 1817, dormant profondément, il fut réveillé par des coliques qui se faisaient sentir vers la région ombilicale. Aussitôt après il eut des rapports, des nausées, des vomissements de matières bilieuses. Le lendemain il vomit tous les liquides qu'il prit, immédiatement après leur ingestion, sans qu'ils eussent éprouvé la moindre altération. Les coliques augmentèrent, rien ne sortit par l'anus. Ces symptômes persistèrent jusqu'au 12 octobre, époque à laquelle le malade entra à l'Hôtel-Dieu.

Le jour de son entrée, il était dans l'état suivant: il avait des rapports, des nausées, des vomissements de matières verdâtres amères; il rejetait tout ce qu'il prenait; le cours des matières fécales et des gaz était entièrement interrompu; la face était pâle, les traits peu altérés; la peau et le poulx comme dans l'état naturel; le ventre, sans être tendu, était douloureux seulement vers la région ombilicale, plus développée que les autres points de l'abdomen. Le malade portait souvent la main vers cet endroit; il indiquait, par des mots très énergiques, que l'obstacle au cours des matières fécales se trouvait là. (Saignée de bras; trois demi-lavements, qui furent rendus aussitôt après avoir été pris sans entraîner de matières fécales; infusion de tilleul; vomissement de cette tisane.) Pendant la nuit, sommeil très agité; coliques violentes, rapports, nausées; point de vomissement; les autres accidents persistèrent.

Deuxième jour, rapports, nausées fréquentes, agitation extrême; nul vomissement, soif vive; les autres symptômes furent les mêmes. (Même tisane; deux demi-lavements que le malade rendit avec des matières fécales jaunâtres assez consistantes.)

Troisième jour, ventre plus tendu que la veille; distendu inférieurement par des gaz; la région ombilicale n'était plus le siège des douleurs; elle était affaissée. On prescrivit deux onces d'huile de ricin à prendre par cuillerées. Une heure après l'administration de ce médicament, coliques violentes, vomissements répétés de matières liquides jaunâtres, ayant

l'aspect et l'odeur de matières fécales. Altération des traits de la face, qui prirent l'aspect qu'ils ont dans le cas de hernie étranglée. Le ventre devint douloureux, surtout vers la région épigastrique, laquelle était tendue et développée. Ce développement tenait à la présence de gaz. La région épigastrique était distendue et résonnante; le malade y éprouvait une sensation pénible, qu'il comparait à celle que lui aurait fait éprouver un poids de cent livres dont cet organe serait surchargé. Le pouls se montra petit et irrégulier; la peau du ventre était chaude et sèche, et les extrémités un peu froides. On prescrivit un bain; le malade ne le supporta qu'avec beaucoup de peine; il y vomit des matières fécales en grande quantité. Pendant la nuit, vomissements de matières de même nature.

Quatrième jour, face pâle, décomposée; yeux caves, air morne et sinistre; plaintes continuelles, coliques violentes, borborygmes; point de selle; région épigastrique moins développée et moins douloureuse; ventre un peu tendu, inégalement développé vers la fosse iliaque droite, où l'on sentait manifestement des circonvolutions d'intestin distendu; pouls petit, fréquent; peau dans le même état. Ces signes ne laissèrent aucun doute au chirurgien célèbre auquel le malade était confié, sur l'existence d'un étranglement interne. Les derniers symptômes qui s'étaient manifestés vers la fosse iliaque droite, unis aux circonstances qui avaient précédé, et dont j'ai parlé au commencement de l'observation, faisaient penser que le siège de l'étranglement se trouvait vers cet endroit. On proposa l'opération de la gastrotomie au malade, qui ne voulut point y consentir. Dès lors, la chirurgie ne pouvant plus rien faire pour lui, il fut transféré dans une salle de médecine. Le soir, le pouls s'était relevé; il n'y avait point eu de vomissements; la région iliaque droite était seule douloureuse; elle était soulevée. (Application de vingt sangsues à l'anus; bain, flanelle sur le bas-ventre; deux demi-lavements, dont l'un fut rejeté et l'autre gardé.) Pendant la nuit, agitation extrême, vomissements répétés de matières verdâtres, au milieu desquelles nageaient des matières jaunâtres.

Cinquième jour, plaintes, pommètes colorées, saillantes; joues creuses, yeux caves environnés d'un cercle bleuâtre; soif vive, chaleur à la peau, douleur à la région épigastrique, seulement à la pression; ventre plus développé que les jours précédents, mais particulièrement vers la région iliaque droite; point de selle. Il y eut des nausées, des rapports, mais nul vomissement. Dans la nuit du sixième au septième jour, le malade, à l'aide de demi-lavements, donnés au nombre de six, eut plusieurs selles.

Septième jour, il se trouvait bien; le pouls revint à son état naturel; la face devint calme et n'exprimait plus de souffrance; le ventre, toujours développé, n'était presque pas douloureux; les vomissements avaient cessé. (Demi-lavements suivis de la sortie de matières fécales.)

Huitième jour, Mabeix était parfaitement bien; il disait ne ressentir aucune espèce de douleur; son ventre était souple; seulement la région épigastrique était distendue, résonnante.

Neuvième jour, il était revenu à son état de santé. On le tint encore quelque temps à une diète rigoureuse: il sortit parfaitement guéri (1).

Le diagnostic des étranglements internes est environné de grandes difficultés, aussi doit-on faire tous ses efforts pour jeter quelques lumières sur ce point obscur de la pathologie externe. Une première considération, c'est que les symptômes doivent offrir des différences suivant le siège et la nature du mal; aussi, dans les étranglements produits par des brides, presque tous les malades en proie aux accidents de cet étranglement ont eu des inflammations abdominales antérieures. Pour aider le diagnostic, il faut rechercher avec soin s'il n'y a pas quelques traces de cicatrice à l'abdomen, s'il n'y a pas eu de hernie, ou s'il n'y en a pas actuellement. Dans le plus grand nombre de cas, avant le commencement de la maladie, on constate des symptômes d'étranglement qui ont duré plusieurs heures, plusieurs jours, et se sont dissipés subitement pour reparaitre à des époques indéterminées.

(1) Observation recueillie par M. Maunoury.

L'invasion de la maladie est en général subite ; elle survient le plus souvent sans cause connue ; elle débute par des vomissements répétés : l'estomac rejette d'abord tout ce qu'il contient, et ensuite des matières verdâtres amères ; il y a douleur vive dans un point de l'abdomen. Les traits de la face changent presque tout-à-coup ; ils prennent un caractère difficile à décrire, mais différent de celui qu'on y remarque dans les inflammations abdominales. Le vomissement de matières fécales, la suspension permanente du cours des matières et des gaz, la distension du canal intestinal, le soulèvement inégal du ventre, résonnant à la percussion, sans tension des parois abdominales avec douleur fixe et circonscrite dans un point de l'abdomen, *sans chaleur à la peau, sans altération dans le pouls*, sont des symptômes qui annoncent la présence d'un étranglement interne intestinal non compliqué d'inflammation. Il peut arriver cependant que les vomissements n'aient point l'odeur de matières fécales, quoique le cours des matières soit intercepté depuis longtemps. Nous avons deux fois observé cette circonstance. Lorsque l'étranglement interne est consécutif à l'inflammation, il est impossible de distinguer les symptômes de la première maladie de ceux de la seconde, si l'on n'a pas été présent au début de la maladie. La distinction des étranglements internes en *primitifs* et en *consécutifs* est donc importante pour établir le diagnostic.

L'inégalité du ventre, les traces de circonvolutions d'intestin se dessinant à travers les parois abdominales, le sentiment d'une barre qui traverse l'abdomen, joints à la fixité de la douleur, indiquent le siège de l'étranglement, sinon d'une manière positive, du moins d'une manière probable. Le vomissement de matières fécales n'est pas un symptôme pathognomonique d'un étranglement interne vers la fin d'une maladie ; mais, dans le commencement, ce vomissement ne peut être occasionné que par la présence de l'étranglement.

Lorsque la maladie est avancée, le ventre se divise, pour ainsi parler, en deux parties ; l'une, et c'est le plus souvent la supérieure, est développée, inégale, résonnante ; et l'autre

est affaissée. Les malades fléchissent les cuisses et le tronc, et pressent quelquefois le lieu de la douleur avec leurs mains ; ils poussent des plaintes continuelles ; ils ont l'air morne, sombre ; ils sont agités de pressentiments sinistres ; ils rendent par la bouche des bouffées de gaz à la manière des gens qui fument.

Le plus ordinairement, ces lésions sont au-dessus des ressources de l'art, et la mort est annoncée par une sueur froide, visqueuse, qui recouvre le corps et surtout le visage, par le froid des extrémités, le hoquet et le délire. Un grand nombre de moyens ont été proposés contre les étranglements internes ; naguère on employait les balles de plomb, le mercure cru. Dernièrement nous avons vu mettre en usage cet antique remède dans un cas de ce genre ; les trois balles de plomb et les deux onces de mercure restèrent au-dessus de l'obstacle. Comment auraient-ils pu vaincre un rétrécissement qui ne livrait point passage à une plume à écrire ? Quant aux émétiques, ils augmentent souvent les accidents bien loin de les diminuer. On peut en dire autant des purgatifs ; peut-être faut-il faire exception pour le croton tiglium. L'emploi des purgatifs, lorsqu'on y a recours, exige d'ailleurs qu'ils soient administrés à petites doses ; mais nous croyons que les lavements de tabac, les lavements forcés, le galvanisme, les douches, ont un peu plus d'efficacité.

De tous les moyens prescrits en pareille circonstance, une diète rigoureuse, les sangsues, les fomentations émollientes sur l'abdomen vers l'endroit douloureux, les saignées générales dans le début de la maladie, les lavements émollients souvent répétés, sont ceux qui conviennent par excellence.

Lorsque les secours de la médecine ont été inutilement tentés, doit-on abandonner le malade aux seuls efforts de la nature ? Non, s'il existe des circonstances favorables à la gastrotomie ; dans ce cas, il faut la pratiquer avant que l'inflammation soit considérable. Il est inutile de dire que l'incision sera faite, autant que possible, sur l'endroit où l'on soupçonne le siège de l'étranglement.

Obs. VII. — *Étranglement interne. — Incision de la*

ligne blanche. — *Mort.* — *Autopsie.* — *Étranglement causé par une bride de l'épiploon.* — *Péritonite.* — Le nommé Dubois, chapelier, âgé de cinquante-sept ans, d'une constitution robuste, habituellement bien portant, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, n'étant sujet à aucune hernie quelle qu'elle soit, mangea, quinze jours avant de tomber malade, deux livres de cerises, et en avala presque tous les noyaux. Il fit ce repas avant de se coucher; il eut une indigestion peu inquiétante, et le lendemain il fut en état de continuer son travail. Pendant les quatorze jours suivants, il n'éprouva pas le plus léger accident, les selles furent régulières. Le 27 juillet 1817, il mangea dans l'après-dîner une livre de cerises environ, et assura avoir eu cette fois l'attention de ne pas avaler les noyaux, ce qui semblerait indiquer qu'il regardait la présence de ces corps comme la cause des accidents qu'il avait éprouvés précédemment. La nuit fut mauvaise; le lendemain, le ventre devint douloureux, surtout vers la fosse iliaque droite, sensible à la pression, distendu; il n'y eut point de selles. Le deuxième jour, le volume du ventre augmenta, ainsi que la rougeur dans la région iliaque droite. Le médecin qui fut appelé regarda la maladie comme une péritonite; ce qui peut donner une idée des symptômes qu'éprouvait alors le malade.

Le 29 juillet au soir, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il était dans l'état suivant: douleur très vive dans la région iliaque droite, s'étendant depuis le rebord des côtes asternales de ce côté jusqu'à l'arcade crurale; sensibilité excessive à la moindre pression, avec rénitence et espèce d'empâtement, n'existant pas dans les autres points de la surface du bas-ventre, qui présentait plus d'élasticité; le ventre n'était pas également distendu; un enfoncement assez remarquable, commençant au niveau de l'ombilic, s'étendait d'un côté à l'autre, et séparait, si je puis ainsi parler, l'abdomen en deux régions, l'une supérieure et l'autre inférieure; la supérieure, plus distendue, semblait soulevée par l'estomac; l'inférieure occupait l'hypogastre; toutes les deux résonnaient comme dans une tympanite commençante. Ces symptômes sem-

blaient annoncer une inflammation, soit du péritoine, soit de quelque portion d'intestin. Mais d'une autre part, la peau de toute la surface du corps, loin d'être plus chaude que dans l'état de santé, était plus froide, même celle du bas-ventre, surtout celle des mains, des pieds, de la face, laquelle était pâle, abattue, couverte d'une sueur froide, visqueuse, ainsi que la poitrine. Les yeux étaient fixes et sans expression, les mains et les pieds livides et marbrés, la langue humide et enduite de mucosités blanchâtres et gluantes. La soif était vive, le pouls plutôt lent que fréquent. Le malade, assiégé d'idées tristes, effrayé par des pressentiments sinistres, gardait un morne silence, et ne répondait que par monosyllabes aux questions qu'on lui adressait. L'espèce de contraste qu'on remarquait dans ces deux ordres de symptômes, la constipation qui persistait depuis deux jours, firent craindre pour ce malade un étranglement interne. (Saignées de trois palettes; fomentations émollientes; demi-lavements émollientes; deux heures après la saignée, dix sangsues à l'anus, dix sur le colon transverse, dix sur le colon gauche, et dix sur le colon droit.)

Le 31, point d'amélioration dans les symptômes; même douleur dans la région iliaque droite; point de selle. (Lin, pariétaire, fomentations émollientes sur l'abdomen; demi-lavements émollientes; dix-huit sangsues sur le colon droit.)

Le 1^{er} août, l'affaissement général était plus considérable; le malade rendait par la bouche des bouffées de gaz, à la manière de ceux qui fument; la douleur était plus généralement répandue, le pouls plus serré, le froid des mains et des pieds plus grand. (Lin, pariétaire, quatre pots; lavements émollientes, cataplasmes émollientes, dix-huit sangsues sur l'abdomen.) Dans la journée, des rots eurent lieu, et le hoquet survint vers le soir.

Le 2 août, rapports, nausées suivies de vomissements, sans effort, de matières jaunes liquides, d'une odeur fade, repoussante. Face livide, décomposée, grippée; agitation, anxiété. La douleur se propage au côté gauche de l'abdomen; la distension du ventre augmente. Froid glacial des

pieds, des mains et de la face; sueur générale et gluante; pouls plus petit, plus concentré. La constipation persistait, et les lavements seuls étaient rendus. (Lavement avec huile de ricin, ℥ iij; lin, pariétaire, quatre pots; fomentations sur le bas-ventre.) Le soir, tous les symptômes augmentèrent: il semblait que le malade ne pourrait pas passer la nuit. Les matières rendues par le vomissement étaient liquides, granuleuses, et avaient l'odeur de matières fécales. Le ventre était ballonné; les circonvolutions des intestins grêles se dessinaient à travers les muscles, et l'estomac paraissait fort distendu.

Le 3 août, point de changement dans la situation du malade. M. Dupuytren le vit le matin avec M. Récamier, au soin duquel ce malade était confié; et d'après les symptômes rapportés, tous deux regardèrent comme une chose démontrée, autant qu'elle peut l'être en pareil cas, l'existence d'un étranglement interne, par un obstacle mécanique au cours des matières fécales. Quinze jours auparavant, M. Récamier avait vu, salle du Rosaire, une femme qui mourut d'un étranglement interne produit par une adhérence de l'appendice cœcal ou méso-rectum, et chez laquelle le diagnostic avait été porté d'une manière exact. Ces deux praticiens célèbres avaient eu occasion de constater par l'autopsie plusieurs faits de cette nature, et l'autopsie leur avait appris que, dans certains cas, on aurait pu lever l'étranglement si l'on eût osé tenter quelque opération.

Après une longue délibération dans laquelle tous les points d'une question aussi embarrassante furent plusieurs fois discutés, le malade parut dans un état de faiblesse et d'anxiété telles qu'il fut convenu qu'on attendrait au soir pour s'assurer s'il avait repris un peu de force, ou du moins si son état demeurerait stationnaire; c'est un fait bien digne de remarque que dans ces sortes de maladies, les forces soient brisées dans les premiers jours; les malades semblent tout-à-coup menacés d'une mort prochaine, et restent ensuite dans cet état voisin de l'agonie huit, dix et quelquefois quinze jours en trompant de jour en jour le pronostic du praticien le plus

habile; ce qui s'observe également dans les hernies étranglées, qui ne sont, en effet, que la même maladie: puis on est tout étonné lorsqu'on a terminé l'opération qui a levé l'étranglement, de voir le pouls se relever. Depuis près de trois jours les symptômes étaient fâcheux, M. Dupuytren, qui le revit le soir, le trouvant dans le même état, se serait décidé à l'opérer si le malade ne l'avait prié d'attendre au lendemain.

Le 4 août, au matin, Du Bois fut de nouveau questionné, examiné avec le plus grand soin, son état n'avait pas empiré, le pouls se soutenait au même degré, les mouvements avaient conservé de la force et de la liberté, les douleurs existaient seulement dans la région iliaque droite, elles avaient toujours été concentrées dans ce point depuis le commencement de la maladie, pendant deux jours seulement elles s'étaient propagées dans la région iliaque gauche, mais à un moindre degré: le tout fit découvrir vis-à-vis l'endroit douloureux une espèce d'empatement, de fluctuation profonde qui s'était déjà annoncée dès son entrée à l'hôpital. Cette circonstance faisait présumer que l'étranglement était dans les environs, d'autant plus que la majeure partie des étranglements internes qu'on a observés à l'Hôtel-Dieu ont eu lieu dans les environs du cœcum, vers la fin de l'iléon, soit que le mésentère se soit roulé autour de cet intestin, soit que l'épiploon ait contracté des adhérences ou à l'anneau ou à l'intestin lui-même, ce qui est très commun, probablement parce que c'est vers la valvule iléo-cœcale que se développent le plus ordinairement les inflammations les plus intenses de la muqueuse intestinale et les ulcérations qui y sont si communes; de la muqueuse l'inflammation s'étend au péritoine qui contracte alors des adhérences avec l'épiploon.

On avait ouvert récemment le cadavre d'un jeune homme mort à la salle Saint-Charles d'un étranglement interne pour que le peintre pût achever son dessin dont il n'avait pu esquisser que le croquis, et on trouva une adhérence de l'épiploon à quatre pouces de la fin de l'iléon; elle avait lieu dans l'étendue d'un pouce, et répondait à un ulcère