

nution du murmure vésiculaire, tantôt un bruit de borborygmes, des gargouillements. Enfin, en imprimant quelques secousses au patient on entend un bruit de flot, de succussion sans ægophonie.

Presque tous les malades accusent de la douleur, rarement ils sont d'accord sur le siège et l'intensité de leurs souffrances; de là, selon les auteurs, les interprétations les plus diverses. Ainsi DUGUET localise les douleurs au niveau de l'appendice xyphoïde, FOUCRAS en arrière du sternum, RUSCH à l'épigastre, THOMPSON à l'ombilic. Relativement à leur intensité, les souffrances sont passagères ou permanentes, lancinantes ou sourdes, reviennent par crises puis disparaissent pendant quelques semaines, parfois elles sont exaspérées par la pression.

Divers troubles gastriques ont été notés; ils varient depuis cet état que l'on qualifie vulgairement de digestion difficile jusqu'aux vomissements. L'ingestion des aliments agit différemment suivant les cas, tantôt elle augmente, tantôt au contraire elle diminue la douleur. Notons enfin une soif ardente qui, d'après BOURSIER, serait signalée par la majorité des chirurgiens anglais ou américains.

Ces hernies sont d'un pronostic très sérieux, car, indépendamment des accidents précédemment mentionnés, elles peuvent s'étrangler.

Traitement. — L'existence d'une hernie diaphragmatique étant reconnue, il faut prévenir le malade des dangers auxquels l'expose cette lésion, et lui recommander d'éviter les travaux pénibles, les cris, les efforts, etc.

En présence d'une hernie diaphragmatique étranglée la conduite du chirurgien nous semble parfaitement indiquée; il devra faire la laparotomie, dégager le viscère hernié, aviver les bords de l'orifice diaphragmatique puis les réunir par des sutures. L'abdomen sera ensuite nettoyé et fermé suivant les règles ordinaires. Nous avons vu, en parlant des plaies du diaphragme (Voy. t. II, p. 880), que GUTHRIE conseillait une intervention semblable dans les hernies traumatiques.

CHAPITRE VI

OCCLUSION INTESTINALE ET ANUS CONTRE NATURE

§ 1^{er}. — Occlusion intestinale

SYNONYME. — Volvulus. — Iléus. — Coliques de miserere. — Étranglement interne. — Passion iliaque. — Invagination. — Obstruction.

Bibliographie. — BORDENAVE, *Acad. royale de chir.*, 1779. — DUCROS, *Arch. gén. de méd.*, 1838. — PARISE, *Bull. de l'Acad. de méd.*, et *Rev. médico-chir.*, 1851. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1855. — BUCQUOY, *Soc. méd. d'observ.*, 1857. — E. BESNIER, *Mém. sur les étranglements internes*, Paris, 1860. — HOUEL, *Ibid.*, Paris, 1860. — GAY (JOHN), *Intest. Obstruct. by invagin.*, in *Trans. of Med. Sciences*, London, 1862. — FOURNIER et OLIVIER, *Soc. de biologie*, 1867. — TILLAUX, *Bull. de thérap.*, 1870.

HESLOP, *The Lancet*, 1872. — FAUCON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873. — LEICHTENSTERN, *Pragervierteljahrschrift der Prakt. Heilk.*, t. CXVIII et CXIX, 1873, 1874. — HUTCHINSON (J.), *Med. Chir. Trans.*, 1874 et 1875. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1876 et 1879. — *Discussion de la Soc. de chir.*, 1879 (POLAILLON, LE FORT, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, LE DENTU, VERNEUIL, DESPRÉS). — BOUILLY, *Entérectomie et Entérorraphie*, in *Revue de chir.*, t. 1^{er}, 1882. — E. BECKEL, *cod. loc.*, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — MORGAN, *Brit. Med. Journ.* 1883. — BOUILLY, *Gaz. méd. de Paris*, 1883. BOUILLY et ASSAKY, *Rev. de chir.*, 1883. — SCHRAMM, *Arch. f. klin. Chir.*, 1884 (Bibliogr. très étendue). — A. CAHN, *Guérison de l'iléus par le lavage de l'estomac*, in *Berl. klin. Wochens.*, 1884 et *Bull. de thérap.*, 1885. — BOUDET (de Paris), *Congrès de Copenhague 1884 et Progrès médical 1885*.
Thèse de Paris. — 1830, BONNET. — 1835, DURAND. — 1853, RIEUX. — 1854, SAVOPOULO. — 1857, E. BESNIER, DESWATINES, MASSON. — 1858, BAYON. — 1860, MONY, PLANQUE. — 1862, CAZIN. — 1865, HENROT. — 1869, DEMARIÉ, PALOIR. — 1870, CHARPENTIER. — 1871, SAUZÈDE. — 1872, DELAPORTE, DOLIGER. — 1873, PINGUET, MÉNARD. — 1875, RICHARD. — 1878, BELLON, BULTEAU, RAFFINESQUE. — 1880, PEYROT (Agrég., Bibliogr.).

Définition. — Toutes les fois que, par une cause quelconque, le cours des matières fécales se trouve interrompu entre le pylore et l'anus, on dit qu'il existe une occlusion intestinale. Les occlusions qui siègent dans la région ano-rectale ne sauraient rentrer dans notre cadre, leur étude trouvera mieux sa place dans le chapitre des maladies du rectum.

Division. — Les obstacles de toute nature qui peuvent entraver le cours des matières intestinales ont été classés de bien des manières par les auteurs. Parmi ces différentes divisions nous suivrons celle qu'a adoptée PEYROT; elle nous paraît simple et en rapport avec les nécessités de la thérapeutique.

Cet auteur répartit les causes de l'obstruction en quatre groupes.

1 ^o Occlusions par vices de position de l'intestin.	} Invagination. Volvulus. Torsion. Coudures. Brides. Diverticules.
2 ^o Occlusions par compression de l'intestin.....	
	} Étroites. { Anneaux accidentels. Hernies internes, etc. Tumeurs diverses. Larges. { Adhérences étendues. Corps étrangers divers. Polypes. Masses fécales, etc.
3 ^o Occlusions par obturations de l'intestin.....	
4 ^o Occlusions par rétrécissements de diverses natures.	

I. Vices de position de l'intestin. — a. *Invagination.* — On appelle invagination la pénétration d'une partie de l'intestin dans une autre partie. Généralement c'est le bout supérieur d'une anse intestinale qui, se repliant à la manière d'un doigt de gant qu'on fait rentrer en lui-même, tombe dans la partie avec laquelle il se continue inférieurement (*invagination interne, intussusception*, fig. 42) Exceptionnellement, au contraire, la partie supérieure

d'une anse intestinale *S*, glisse sur l'inférieure *I*, en la coiffant (fig. 43). Les auteurs donnent à cette disposition le nom d'*invagination de bas en haut*.

D'après ce que nous venons de dire, dans toute invagination il existe trois

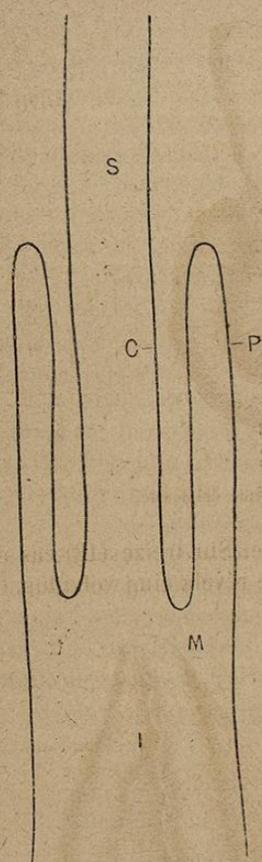


Fig. 42. — Invagination interne. Intussusception. La partie supérieure *S* de l'anse intestinale est tombée dans l'inférieure *I*, -- *M*, partie médiane repliée.

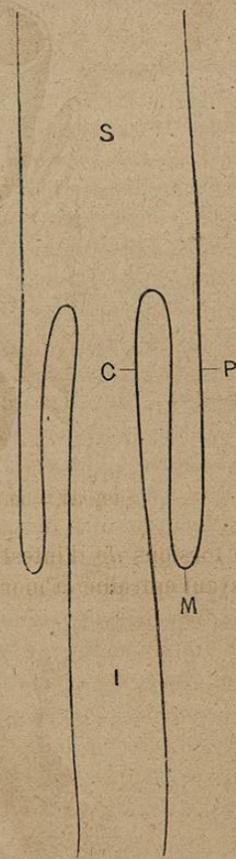


Fig. 43. — Invagination de bas en haut. *S*, bout supérieur de l'intestin qui retombe sur le bout inférieur *I*, *M*, partie intermédiaire.

cylindres, un externe ou périphérique *P*, un médian ou intermédiaire *M*, enfin un central *C*.

L'invagination peut être double; Bucqoy a même observé une invagination triple. Lobstein compare l'invagination à la hernie ordinaire, le bout invaginant jouant le rôle d'un anneau. La lumière du canal est nécessairement diminuée dans l'invagination, mais il n'y a pas fatalement arrêt des matières; celui-ci, au contraire, devient inévitable dès que l'invagination s'étrangle.

b. *Volvulus. Torsion. Coudures*. --- Cette variété d'occlusion paraît être

assez rare. Sur quinze cent quarante et un (1541) cas d'occlusion analysés par lui, Leichtenstern n'a pu trouver que 2,10 p. 100 d'étranglements par torsion. Dans un récent mémoire, Lingen (de Saint-Petersbourg) a insisté sur le grand

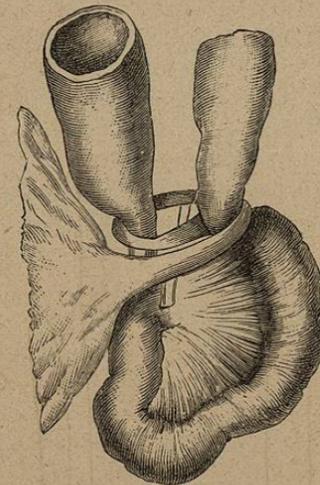


Fig. 44. — Étranglement par bride épiploïque.

nombre des torsions de l'intestin en Russie. Sur treize (13) cas d'occlusion intestinale ayant entraîné la mort, l'autopsie révéla cinq volvulus. Grube rap-

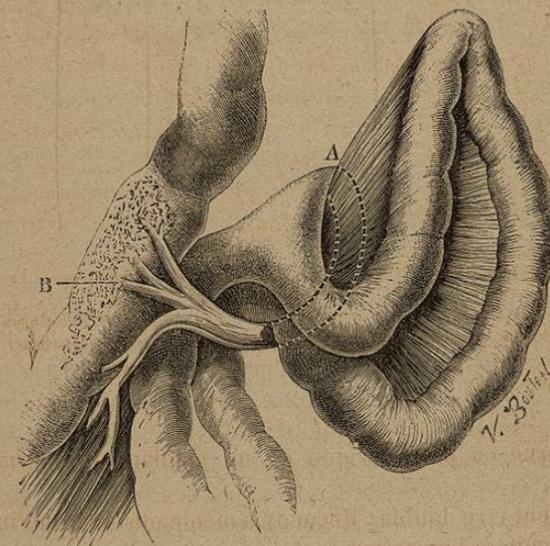


Fig. 45. — Étranglement par un diverticule qui parti de *A*, va se fixer en *B* (d'après Bouvier).

porte cette fréquence des torsions dans certaines races, à l'alimentation végétale et à la plus grande longueur de l'intestin qui en est la conséquence.

Le volvulus siège d'ordinaire au niveau de l'*S* iliaque. Tantôt l'intestin se

déplace et se plie sur lui-même, comme dans un cas observé par TROUSSEAU ; tantôt, ainsi que MUNCHMAYER en a rapporté un fait, il y a une simple rotation de l'intestin sur son axe, plus souvent c'est une torsion du mésentère qui change les rapports des parties.

II. Compression de l'intestin. — a. *Brides.* — Dans cette forme d'occlusion, de beaucoup la plus commune, une ou plusieurs anses intestinales se trouvent enlacées par une corde fibreuse (fig. 44) ; il se produit alors une série de phénomènes absolument semblables à ceux que nous avons étudiés dans l'étranglement herniaire, seul l'agent constricteur diffère.

Cet agent a, suivant les circonstances, une origine fort différente ; quelquefois une partie de l'épiploon s'est enroulée, constituant une véritable corde (faits de VIDAL, de BARTH) (fig. 44), dans d'autres observations, la bride avait été laissée par une ancienne péritonite.

b. *Diverticules.* — De l'étranglement par les brides fibreuses, nous devons



Fig. 46. — Nœud diverticulaire à anse simple d'après PARISE.

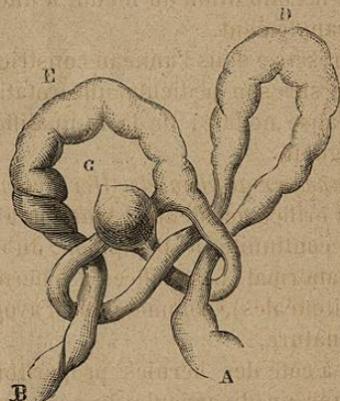


Fig. 47. — Nœud diverticulaire à anse double.

A, anse intestinale supérieure, — B, anse intestinale inférieure, — D, première anse nodale, — E, anse rotatoire, — C, extrémité du diverticule évasée en ampoule, d'après PARISE.

rapprocher celui qui résulte de la présence d'un diverticule de l'intestin grêle.

Chez certains sujets, au niveau de l'iléon, on rencontre des sortes d'appendices dont l'extrémité peut avoir contracté des adhérences avec les parties périphériques ou être restée libre. Dans le premier cas, le diverticule se trouve transformé en une véritable bride tendue d'un point à l'autre de la cavité abdominale, et si une anse intestinale s'engage par-dessous, elle s'étranglera fatalement (faits de BOUVIER, NÉLATON, REIGNIER) (fig. 45).

On comprend moins facilement que le diverticule devienne une cause d'étranglement lorsque son extrémité libre est restée flottante. PARISE, qui a étudié le mécanisme par lequel le diverticule s'enroule autour de l'intestin, a appelé cette variété : *Constriction par nœud diverticulaire*. D'après cet auteur, le nœud diverticulaire peut être à *anse simple* ou à *anse double*.

Pour former le nœud à anse simple, le diverticule saisit l'anse intestinale qui lui est immédiatement supérieure ou inférieure, en contourne le pédicule, passe au-dessous de son origine et s'évase en ampoule (fig. 46).

Ce diverticule avec l'anse qu'il étreint constituent un véritable nœud à simple rosette, dont l'ampoule terminale assure la solidité ; elle agit à la façon du nœud fixe que l'on fait sur l'un des chefs de la corde dans le nœud coulant.

Le nœud à anses doubles embrasse deux anses d'intestin, l'une A immédiatement supérieure, l'autre B immédiatement inférieure à l'origine du diverticule (fig. 47).

Les deux anses n'ont pas un rôle également important dans le mécanisme de l'étranglement, l'une est essentielle, l'autre n'est qu'accessoire. La première D offre tous les caractères de l'anse comprise dans le nœud diverticulaire simple, c'est elle qui se noue avec le diverticule en manière de rosette ou de coulant ; PARISE la nommait : *anse nodale*. La seconde E, nullement indispensable à la contention du nœud, a une influence secondaire dans la production de l'étranglement.

Sa présence dans l'anneau constricteur se comprend en admettant qu'elle a exécuté sur son pédicule une rotation complète avant que le diverticule ait saisi l'anse nodale ; de là le qualificatif d'*anse rotatoire* sous lequel l'auteur la désignait.

c. *Anneaux accidentels. Hernies internes.* — L'agent de l'étranglement peut être un orifice accidentel. Ainsi on a vu l'intestin s'engager à travers une solution de continuité de l'épiploon, du mésentère et plus tard s'étrangler sur cet orifice anormal. Les orifices des hernies profondes (hernies diaphragmatiques, propéritonéales), comme nous l'avons vu, ont occasionné des accidents de même nature.

Mais à côté des hernies propéritonéales, il en est d'autres qui se produisent dans un diverticule du péritoine résultant d'une anomalie congénitale. Nous rappellerons seulement les variétés suivantes :

1° A. COOPER a décrit sous le nom de *hernie mésocolique* une forme dans laquelle l'intestin s'engage dans un dédoublement du mésocolon gauche et s'y étrangle.

2° On rencontre parfois au-dessous du cæcum une cavité anormale terminée en cul-de-sac, dont les bords sont toujours épaissis. L'intestin grêle peut facilement pénétrer dans cette cavité et s'y étrangler. Cet étranglement a été bien étudié par RIEUX.

3° Il existe dans la science quelques cas de hernie à travers l'hiatus de WINSLOW. TREITZ les a décrits sous le nom de hernie rétopéritonéale.

d. *Compressions larges.* — Dans ce groupe rentrent les cas rares dans lesquels l'intestin se trouvait comprimé par des organes déplacés, hypertrophiés ou anormaux (rate flottante, corps fibreux de l'utérus, kystes de l'ovaire).

III. Obturations de l'intestin. — a. *Corps étrangers. Masses fécales.* — Les corps étrangers susceptibles d'obturer le canal intestinal se divisent en deux grandes catégories, suivant qu'ils viennent du dehors ou qu'ils se sont développés dans l'économie même. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

b. *Polypes.* — On trouve de temps à autre de véritables polypes développés

dans le tube intestinal; dans quelques observations ils obturaient ce conduit.

IV. Occlusion due à un rétrécissement. — Les rétrécissements de l'intestin reconnaissent un certain nombre de causes :

a. *Rétrécissements cicatriciels.* — Les rétrécissements cicatriciels de l'intestin sont consécutifs aux plaies et lésions traumatiques de cet organe, ou bien ils se développent à la suite de différentes affections de ce conduit.

Nous rappelons combien les altérations de l'intestin grêle sont fréquentes à la suite de la fièvre typhoïde ou des entérites; le fait le plus remarquable en ce genre est assurément celui de Kœberlé (*Académ. de méd.* 1882). Sur une longueur de deux mètres, l'intestin grêle portait quatre rétrécissements résultant de la cicatrisation d'anciennes plaques de Peyer. Les ulcérations du gros intestin se montrèrent de préférence après la dysenterie.

b. *Rétrécissements dus à des altérations organiques des tuniques.* — On range dans ce groupe les rétrécissements produits par les divers néoplasmes de l'intestin; ils constituent un anneau ou un cylindre rigide dont la lumière se remplit de plus en plus à mesure que l'affection progresse; ils sont surtout communs sur le gros intestin. Leichtenstern, relativement à la fréquence de ces tumeurs, trouve les proportions suivantes : Sur le rectum 80 p. 100; sur le côlon 11,5 p. 100; sur le cæcum 4,1 p. 100; sur tout l'intestin grêle 4,3 p. 100.

Enfin nous devons signaler les rétrécissements consécutifs à l'hypertrophie des tuniques musculaire ou celluleuse du canal intestinal.

Telles sont les principales causes de l'occlusion intestinale. Toutefois, dans maintes circonstances, des malades ont succombé avec les signes les plus manifestes de l'occlusion intestinale, et cependant l'autopsie n'a pu révéler aucun obstacle au cours des matières. A quelle cause attribuer ces pseudo-étranglements? S'agit-il d'une paralysie de l'intestin de causes inconnues, ainsi que le prétendent Nélaton et Henrot, ou bien faut-il invoquer avec DuPLAY la formation d'inflexions et de courbures qui disparaissent pendant l'agonie ou après la mort? C'est là un fait sur lequel il nous paraît impossible de se prononcer.

Altérations de l'intestin. — Les lésions présentées par l'intestin au niveau du point obturé varient suivant les causes qui ont déterminé l'occlusion. Dans les occlusions par compression, on observe toutes les altérations que nous avons décrites en étudiant l'étranglement herniaire. Au-dessus du point obturé, le calibre du tube intestinal est toujours augmenté, distendu par les gaz et les matières fécales accumulées; il n'est pas rare de rencontrer une ou plusieurs perforations à une certaine distance de l'obstacle. Le bout inférieur affaissé, revenu sur lui-même, est d'ordinaire absolument vide, cependant, dans quelques observations, il renfermait d'abondantes matières fécales.

Symptômes. — Au point de vue clinique, l'occlusion intestinale affecte deux types bien distincts suivant son mode de début.

Première variété. Début brusque. Accidents aigus survenant d'emblée. — Cette forme présente avec la hernie étranglée les rapports les plus intimes. Au milieu de ses occupations, sans cause connue, ou sous l'influence d'un effort, un malade est pris soudain d'une douleur suraiguë intolérable, qui

arrache des cris au plus courageux. Cette douleur a son maximum en un point fixe, et de là s'irradie dans l'abdomen. Bientôt apparaissent des nausées auxquelles ne tardent pas à succéder des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, enfin fécaloïdes; pendant ce temps, le ventre se ballonne et acquiert rapidement un développement tel qu'il gêne sérieusement la respiration; si le patient essaie d'aller à la garde-robe il peut durant les premiers moments expulser les matières contenues dans le canal intestinal au-dessous de l'étranglement et croire qu'il a des selles complètes, mais le doute ne saurait être de longue durée, car une constipation opiniâtre s'établit et les gaz eux-mêmes ne sortent plus par l'anus.

Comme dans toutes les affections abdominales à marche aiguë, le malade tombe dès le début dans une prostration absolue, le pouls est petit, le facies grippé, la peau froide, visqueuse, la respiration pénible. Ces derniers symptômes vont en s'aggravant jusqu'à la mort qui survient quelquefois en vingt-quatre ou quarante-huit heures, plus souvent après cinq ou six jours.

2° *Début lent. Troubles fonctionnels prémonitoires.* — Dans cette deuxième variété, avant de présenter des signes manifestes d'occlusion, le malade se plaint de phénomènes divers; signalons d'abord des troubles vagues du côté des fonctions digestives, tels que dyspepsie flatulente, puis du côté de l'intestin des alternatives de constipation et de diarrhée; quelques individus ont même de véritables attaques d'occlusion intestinale, mais un purgatif en a rapidement raison. Après un certain laps de temps, à ces phénomènes mal définis succède une occlusion intestinale contre laquelle échouent toutes les ressources de la thérapeutique, et le malade succombe après une période de souffrance de dix à vingt jours.

Cette dernière forme paraît beaucoup plus fréquente que la première, car sur cent neuf (109) cas d'obstruction intestinale dont l'origine a été vérifiée à l'autopsie, BRYANT a trouvé trente-trois (33) obstructions aiguës, soixante-seize (76) chroniques.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'occlusion intestinale nécessite la solution de trois problèmes bien distincts : 1° différencier l'occlusion intestinale des affections qui ont avec elle des rapports communs; 2° reconnaître la nature de l'obstacle; 3° en déterminer le siège.

1° Les maladies avec lesquelles on est exposé à confondre l'occlusion intestinale sont : la hernie étranglée et la péritonite. Les hernies sont susceptibles de donner lieu à deux sortes d'erreur : on peut croire à une occlusion intestinale alors qu'il existe une hernie étranglée, ou au contraire méconnaître l'occlusion et admettre la présence d'un étranglement herniaire.

Ces deux erreurs résultent fréquemment de la négligence du chirurgien; aussi, dès qu'un sujet présente les divers symptômes dont nous avons parlé, faut-il examiner avec soin tous les points par lesquels les viscères peuvent sortir, de façon à ne laisser échapper aucune hernie, soit interstitielle, soit de siège insolite; de même un hernieux est parfaitement capable d'être atteint d'obstruction; on ne doit donc pas chez lui se hâter outre mesure de rapporter les accidents observés à l'étranglement.

L'étranglement, dont le début est brusque, a été aussi confondu avec la péritonite par perforation. Comme le fait remarquer DUPLAY, il devient parfois difficile d'arriver à un diagnostic précis; dans un travail fort étudié (*Arch. gén. de méd.*, 1878), l'auteur rapporte quatorze observations dans lesquelles la confusion n'a pu être évitée. Néanmoins dans la péritonite par perforation, les vomissements restent plus longtemps bilieux et la constipation n'est pas aussi complète que dans l'occlusion. De plus, ajoute DUPLAY, dans la péritonite le ballonnement du ventre et le tympanisme ne sont jamais aussi marqués; la sonorité n'occupe pas toute l'étendue de l'abdomen et les anses intestinales se dessinent moins nettement à travers la paroi que dans l'occlusion intestinale. Enfin les caractères du pouls et de la température diffèrent notablement.

La température s'élève toujours dans la péritonite, elle atteint souvent 39° et 40°; dans l'étranglement, au contraire, elle s'abaisse, et s'il survient de l'hyperthermie, c'est qu'il y a eu complication de péritonite (PEYROT.)

D'après quelques auteurs l'occlusion intestinale pourrait encore être confondue avec certains cas d'empoisonnement ou de choléra, dans lesquels font défaut les déjections d'ordinaire fréquentes. Si la diarrhée venait à manquer dans le choléra, les signes distinctifs seraient en effet assez vagues.

2 *Diagnostic de la nature de l'obstacle.* — Le problème, dans la majorité des circonstances, offre de grandes difficultés; quelle que soit la sagacité du chirurgien, il est bien rare qu'il puisse arriver à se prononcer d'une façon précise, plus rare encore de voir le diagnostic vérifié par l'opération ou à l'autopsie.

En général on sera obligé de rester en présence de deux ou trois opinions également plausibles. Cette incertitude, ainsi que nous le verrons, n'a aucun inconvénient, le traitement étant absolument le même dans toutes les hypothèses.

Tout d'abord, il faut établir si l'on est en face d'un étranglement à marche aiguë ou chronique. Si la maladie a pris une forme franchement aiguë, il est probable qu'il existe une invagination, un volvulus ou un étranglement interne; dans le cas contraire, il s'agit d'une compression exercée par une tumeur quelconque, d'une invagination chronique, d'un rétrécissement ou d'une obstruction par un corps étranger.

Maintenant, parmi les variétés d'obstruction qui peuvent affecter une forme aiguë, l'invagination seule possède quelques phénomènes caractéristiques. Presque toujours (70 p. 100 d'après le tableau de LEICHTENSTERN) l'invagination porte sur le gros intestin, rarement alors la constipation est complète; de plus la palpation permet de reconnaître la présence d'une tumeur molle, pâteuse; cette tumeur de forme ovoïde occupe généralement la partie droite de l'abdomen. En effet, dans la statistique précitée, sur cent (100) obstructions il y a quarante-quatre (44) invaginations iléo-cæcales, dix-huit (18) sur le côlon seul et huit (8) iléo-côliques. Chez les enfants, l'occlusion intestinale, d'une manière à peu près constante, doit être rapportée à l'invagination.

Telles sont les seules données sérieuses sur la question; il serait évidemment

fort utile d'arriver, en s'appuyant sur des symptômes précis, à différencier les uns des autres, le volvulus et les divers étranglements par brides, par diverticules ou par hernies intra-abdominales; malheureusement les recherches du chirurgien n'aboutissent qu'à des présomptions.

Les difficultés sont aussi considérables lorsqu'on se trouve en présence d'une occlusion à forme chronique.

Les obstructions dues à la compression de l'intestin par une tumeur sont à peu près les seules sur lesquelles on puisse se prononcer. L'existence de la tumeur, l'apparition des accidents consécutivement à son développement fourniront des indications suffisamment précises.

L'invagination chronique offre, suivant les circonstances, des phénomènes bien différents. Tantôt en effet il existe une constipation invincible, tantôt une véritable dysenterie; aussi lisons-nous dans la thèse de RAFINESQUE que sur cinquante-six (56) observations dans lesquelles l'invagination a pu être constatée par l'autopsie, la laparotomie ou l'élimination des parties invaginées, le diagnostic exact n'a été posé que dix fois; dans dix-neuf (19) cas il n'a été hasardé aucun diagnostic et dans les vingt-sept (27) restant les diagnostics ont été erronés.

Cependant l'examen attentif des symptômes, le palper abdominal, le toucher rectal fournissent parfois de précieux renseignements.

Pronostic. — Abandonnée à elle-même, l'occlusion intestinale se termine presque fatalement par la mort. Dans quelques circonstances, l'occlusion étant occasionnée par une série de corps étrangers ou une agglomération de matières fécales, sous l'influence de purgatifs la débâcle a pu survenir. On trouve encore dans la science un certain nombre de guérisons spontanées d'invaginations intestinales. Le mécanisme par lequel se produit la terminaison heureuse est toujours le même; la partie invaginée se gangrène, les cylindres interne et externe s'adosent de façon à rétablir le calibre de l'intestin, la partie sphacélée sort par l'anus avec les selles. Enfin quelquefois à la suite d'une perforation intestinale, surviennent une péritonite localisée puis un anus contre nature. Ce sont là de véritables exceptions sur lesquelles le chirurgien ne doit pas compter.

Traitement. — a. *Médical.* — Quelle que soit la nature de l'obstruction, si l'on est appelé dès le début des accidents, la thérapeutique nous offre un certain nombre de moyens auxquels il faudra tout d'abord avoir recours. Signalons spécialement les purgatifs, les applications de glace sur le ventre, les injections forcées d'air ou de liquide, l'électrisation.

Récemment cette dernière méthode a été l'objet de recherches intéressantes de la part de BOUDET (de Paris); dans un mémoire fort étudié, cet auteur rapporte avoir traité par les courants galvaniques soixante-dix (70) cas d'obstruction intestinale avérés; 53 malades ont guéri, dix-sept (17) fois seulement l'électricité aurait été impuissante. « Pour qu'on soit en droit d'attendre un résultat favorable, il est nécessaire d'agir aussitôt que possible; à notre avis dès que les moyens médicaux ordinaires se sont montrés impuissants, il faut recourir de suite à l'électrisation. S'il n'y a pas d'étranglement, une seule séance suffit ordinairement pour rétablir le cours des matières; si l'occlusion existe, déterminée par une cause quelconque, il peut être quelquefois nécessaire de