

dont le pronostic n'est pas du tout lié à celui de la première attaque. En pratique, c'est à peine si la question se pose. On n'arrive pas à persuader à un malade qui vient de guérir sans opération qu'il faut lui ouvrir le ventre pour éviter une récurrence toujours problématique. Si pourtant on a une autorité suffisante, il n'y a vraiment que des avantages à agir ainsi. Je veux bien dire, avec Trèves, que, lorsque les crises sont fréquentes et augmentent d'intensité en laissant après elles un état dolent de la fosse iliaque, il faut absolument intervenir dans une période de calme. Mais c'est alors vraiment trop facile, et l'indication est des plus nettes. Ce qui est délicat, c'est de se prononcer avant que les attaques se soient ainsi multipliées, alors qu'il ne reste dans l'intervalle, aucun symptôme du côté du ventre, alors que le malade semble absolument revenu à son état normal.

Pour avoir tous les éléments du problème, il faut savoir quelle est la gravité de ces résections de l'appendice à froid. Dans la statistique récente de Legueu, on voit que William Bull n'a rassemblé que 8 cas de mort. Kummel n'a eu qu'un décès sur 51 cas; Trèves 1 décès sur 18 cas et Damage, dans une étude portant sur 181 cas, ne note qu'un décès.

Comme on le voit, la bénignité n'est pas aussi absolue que le disent Kummel, Senn, Challiol (1), etc., mais Berger, Quénu, Reclus, etc., me semblent en avoir beaucoup exagéré la gravité. Je n'ai jamais vu le moindre insuccès dans nos opérations avec Peyrot. Que ce ne soit pas une intervention simple et facile, j'appuie à cet égard tout ce que nous ont dit Berger, Ed. Schwartz, Quénu, Gérard Marchant. Mais si l'opération est souvent malaisée il n'est pas moins vrai qu'elle est — sauf rares exceptions — d'une innocuité parfaite.

D'ailleurs, l'accord n'est pas loin de se faire sur ce point. L'opération à froid est bénigne et très efficace, mais elle est souvent malaisée. On a, au début de l'intervention, de la peine à se reconnaître, à s'orienter autour du cæcum, et la recherche de l'appendice est des plus laborieuses quand l'organe est perdu dans une gangue épaisse d'adhérences, dans un magma fibro-graisseux informe. On est exposé, dans ces manœuvres, à déchirer le cæcum ou l'iléon, ou à mettre à jour un petit abcès péri-appendiculaire. Si des incidents de ce genre paraissent imminents, il serait sage, à l'exemple de Quénu et de Poncet (thèse de Challiol) de laisser l'appendice en place et de refermer le ventre. En somme ce sera l'exception, et comme l'opération a pour but, uniquement, la résection de l'appendice, on ne s'arrêtera que devant des obstacles par trop dangereux.

Souvent les choses vont sans encombre et l'on est tenté de

(1) CHALLIOL, thèse de Lyon, 1894.

croire à une erreur de diagnostic, tant l'appendice paraît peu malade : il est seulement un peu plus rigide que normalement, avec quelques arborisations vasculaires et une adhérence légère de son sommet à un organe voisin. On l'enlèvera néanmoins et on aura la surprise de voir les accidents à répétition ne pas se reproduire.

Il n'y a aucun doute possible : il faut faire l'opération, la prophysectomie, quand le malade a eu plusieurs crises plus ou moins violentes. Mais après une première crise légère on peut encore s'abstenir. Je ne conseille résolument la prophysectomie à froid qu'après la seconde crise.

Je sais bien que c'est un peu arbitraire, mais c'est pourtant la conduite qui me paraît la plus raisonnable. Après une première poussée, les malades guéris répugnent à une intervention; après une seconde crise, vous pouvez imposer votre autorité, d'autant plus qu'à la fin de la première atteinte, vous aurez eu le soin de dire que si l'attaque se renouvelait, l'opération serait indispensable.

J'ai dit que la prophysectomie, en dehors des crises, était d'une innocuité absolue. On lui a reproché d'exposer à l'éventration. Il est certain que c'est là un accident très fâcheux qu'on observe assez fréquemment à la suite des laparotomies pour appendicite. Ces éventrations se montrent surtout lorsqu'on a été obligé de drainer largement et de laisser la ou les plaies béantes. On peut d'ailleurs parer à cet inconvénient, bien minime en comparaison des dangers courus d'abord par le malade, en faisant porter une ceinture à pelote; on peut aussi ultérieurement faire une suture soignée en affrontant minutieusement les plans similaires. Quand on a opéré à froid, on ne draine pas, et on peut dès l'abord soigner sa suture, rapprocher les muscles, unir les aponévroses, ou même user du procédé conseillé par Jalaguiet : dans ces conditions-là, l'éventration consécutive devient une exception telle qu'on peut n'en pas tenir plus de compte que lorsqu'il s'agit de faire une hystérectomie abdominale, une ablation d'annexes, etc.

## II. — OCCLUSION INTESTINALE.

« L'occlusion intestinale est caractérisée par l'ensemble des symptômes qui succèdent à un arrêt du cours des matières intestinales (1). » Cette définition classique ne répond pas à la clinique, puisque nous venons de voir, à propos de l'appendicite et de toutes les infections péritonéales graves, que ces affections s'accompagnent souvent des signes de l'occlusion de l'intestin. — Partant de ce principe, on se décidera résolument à supprimer ici ce qu'on décrit sous le nom de *pseudo-étranglement*.

(1) JALAGUIET, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 436.

Ces *pseudo-étranglements*, signalés par Duchaussoy en 1860 et étudiés surtout par Henrot (de Reims), en 1865, par Denucé et par Thibierge (1) sont dus à la paralysie des tuniques musculaires de l'intestin. La paralysie est, suivant la loi de Stokes, la conséquence de l'infection du péritoine. Cela explique comment on la rencontre, après les *grandes opérations abdominales*, quand le péritoine a été inoculé, après la *réduction d'une hernie étranglée*, quand a refoulé dans l'abdomen, en même temps que l'anse herniée, le liquide ultra-septique du sac herniaire qui va ensemençer la grande séreuse, après une *poussée appendiculaire*, etc.

C'est dans cette classe qu'il faut ranger l'ileus paralytique des vieillards, une véritable inertie intestinale qui s'oppose à l'évacuation des résidus stercoraux.

On a parlé aussi d'un pseudo-étranglement qui serait dû à une *contracture spasmodique* des tuniques musculaires de l'intestin; Budge et Valentin ont produit du spasme intestinal en excitant les tubercules quadrijumeaux, les corps striés, les couches optiques; Schiff en irritant divers points du bulbe. — C'est de la physiologie, ce n'est pas de la clinique.

On a dit aussi que la suppression de l'afflux sanguin et le retour de cet afflux momentanément arrêté par l'exposition des anses intestinales à l'air, produisaient le même effet, pour expliquer les rétentions stercorales après certaines laparotomies. Là, ce n'est pas de la clinique, ce n'est même pas de la physiologie, c'est du pur roman qui cherche en vain à masquer une infection opératoire.

Cette question ne saurait plus trouver place qu'à propos du diagnostic.

L'occlusion intestinale, en réalité résulte, d'une disposition matérielle, d'un obstacle mécanique s'opposant au libre cours de la circulation des matières intestinales. On a cherché à grouper les causes en classes distinctes. La division de Maisonneuve en : 1° occlusions par compressions ou par causes extrinsèques; 2° occlusions par obturation, ou par causes cavitaires; 3° occlusions par rétrécissement, ou causes pariétales, a été remplacée par celle de Peyrot (2), qui distingue les occlusions : A, par *vices de position*; B, par *compression*; C, par *obstruction*; D, par *rétrécissement cancéreux ou non*.

On arrive ainsi à classer les invaginations, les torsions, les volvulus, qui n'avaient pas de place naturelle dans le cadre proposé par Maisonneuve. C'est la division de Peyrot que nous adoptons.

**A. Vices de position** (*Invaginations, volvulus et torsions, coudures*).

1° *Invagination*. — C'est la cause la plus commune d'occlusion (37 p. 100 d'après Philipps).

(1) Georges THIBIERGE, Étude de l'occlusion intestinale sans obstacle mécanique, thèse de Paris, 1884, n° 231.

(2) PEYROT, De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin, thèse d'agrégation, Paris, 1880.

Cruveilhier en a donné une excellente définition : « Le mot *invagination* désigne un mode de déplacement du canal intestinal qui consiste dans l'introduction ou l'intussusception d'une portion d'intestin dans la portion qui lui fait suite, de telle sorte que la première portion est engagée dans la deuxième à la manière d'un doigt de gant (1). » Une autre comparaison du même auteur fait aussi bien comprendre la disposition qu'affecte une portion d'intestin invaginée : Par l'une de ses extrémités une ficelle est attachée à la valvule iléo-cæcale; l'autre bout sort par l'anus. Si l'on exerce une traction continue sur cette extrémité libre, on entraîne, on invagine l'iléon dans le cæcum, puis successivement dans le côlon, dans le rectum jusqu'à l'anus.

Galliard fait remarquer que la ficelle est le plus souvent remplacée par les corps étrangers, es matières fécales durcies, les polypes, etc.

Suivant le siège qu'elle occupe, on reconnaît une invagination duodénale, duodéno-jéjunale, jéjuno-iliaque, iléo-cæcale, iléo-colique, colique, coli-rectale et rectale (Eichhorst). Tantôt donc l'intestin grêle seul est invaginé, tantôt seul le gros intestin.

Dans la majorité des cas, l'invagination se produit dans la région iléo-cæcale. Sur 100 invaginations, Leichtenstern (2) a trouvé : 44 invaginations iléo-cæcales, 18 invaginations coliques, 8 iléo-coliques, et 30 de l'iléon seul. Il est donc incontestable que la valvule de Bauhin joue un rôle actif. La cavité spacieuse du cæcum, souvent anormalement dilatée, le relâchement de ses parois, empêchent cet organe de lutter efficacement contre la poussée d'une portion d'intestin moins large et contractée. La valvule cède, et livre passage à l'iléon. Il y a là quelque chose qui ressemble aux prolapsus du rectum, l'anus étant représenté par l'orifice iléo-cæcal (Leichtenstern).

D'autres statistiques établissent de la même façon la fréquence des invaginations dans les portions de l'intestin qui avoisinent le cæcum.

Brinton donne les chiffres suivants :

Invaginations de l'intestin grêle.....	32 p. 100
— du gros intestin.....	12 —
— iléo-cæcales et iléo-coliques.....	56 —

La statistique de Rafinesque (3), portant sur 55 cas chroniques, n'est pas moins démonstrative : 15 fois sur 100 il s'agit d'invaginations de l'intestin grêle, 15 fois sur 100 d'invaginations coliques et rectales. Les invaginations iléo-cæcales sont au contraire beaucoup plus fréquentes (60 p. 100).

Ce mode d'occlusion s'observe très fréquemment chez les enfants à cause de la mobilité plus grande des anses intestinales, de leur

(1) CRUVEILHIER, Traité d'Anat. pathol., 1849, t. I, p. 513.

(2) LEICHTENSTERN, *Ziemssen's Handbuch*, Bd VII.

(3) F. G. RAFINESQUE, Étude sur les invaginations intestinales chroniques, thèse de Paris, 1878.

relâchement et de leur cavité plus considérables à cet âge. Quelques invaginations, donnant lieu à ces accidents aussitôt après la naissance, paraissent remonter à la vie fœtale (Pique-Maskarick-Chiari). Sur 249 cas mortels, Leichtenstern en compte 100 dans les deux premières années de la vie. Très fréquente entre quatre et six mois, l'invagination devient de plus en plus rare depuis la cinquième année (Leichtenstern). Elle ne s'observe plus qu'exceptionnellement après quarante ans.

Sur 1829 cas observés chez des sujets de tout âge on a trouvé 678 hommes et 611 femmes (John Gay). « Chez les enfants la proportion en faveur du sexe masculin est bien plus accentuée : Rilliet, sur 25 enfants, trouve 22 garçons et 3 filles et Smith sur 47 cas d'invagination en attribue 30 aux garçons et 15 aux filles. »

Survenant sans causes, spontanément, ou plus souvent provoquée par la présence d'un corps étranger, d'un polype (1 p. 20 d'après Leichtenstern), par une constipation habituelle accompagnée d'entérocélite chronique, ce qui s'observe très fréquemment chez les enfants, l'invagination peut encore se produire sous l'influence d'un traumatisme : on a même aussi mis en cause le froid humide!

Les contractions des couches musculaires de l'intestin rendent compte de la formation d'un grand nombre d'invaginations. La portion d'intestin contractée se rétrécit et pénètre, poussée par ses muscles, dans l'intestin situé au-dessous.

« L'invagination est, en effet, presque toujours descendante, c'est-à-dire que l'intestin s'engage dans l'anse située au-dessous d'elle : c'est l'*invagination progressive de Hunter*.

« La tumeur ainsi produite se compose de trois cylindres : les deux cylindres intérieurs constituent le boudin d'invagination ; celui-ci forme à sa partie supérieure, au point où il se continue avec le fourreau interne, le collier ; de chaque côté du canal central on trouve donc cinq surfaces disposées de la façon suivante en procédant de dedans en dehors : une muqueuse, deux séreuses accolées, deux muqueuses accolées, une séreuse. Quand la portion d'intestin invaginée pénètre dans la portion d'intestin située au-dessous d'elle, il se produit une invagination double composée de cinq cylindres. Plus rares encore sont les cas où l'invagination double s'engageant dans une autre portion d'intestin, deux nouveaux cylindres viennent se surajouter : c'est l'invagination triple à sept cylindres.

« Au bout de quelques heures, dans l'invagination aiguë, des adhérences s'établissent entre les deux surfaces séreuses. Le boudin invaginé, étranglé par le collier dont le rôle est absolument comparable à celui du collet herniaire, se tuméfie, se boursoufle ; en même temps, le mésentère compris entre les deux séreuses accolées exerce sur le cylindre interne une traction qui contribue encore à diminuer la lumière de l'intestin. La tunique muqueuse du cylindre interne ainsi comprimée s'ulcère, et alors se produisent des perforations,

qui sont une des complications les plus fréquentes et les plus graves de l'invagination aiguë.

« Quand elles siègent, mais le cas est exceptionnel, au-dessus du collier, il se produit presque toujours un épanchement des matières stercorales dans la cavité péritonéale.

« Quelquefois, la constriction exercée par le collier est telle que la circulation se trouve supprimée dans le boudin invaginé. Il peut se gangrener et être éliminé par l'anus. Cette terminaison est relativement favorable, à condition que des adhérences aient eu le temps de se former entre le collier et la tunique séreuse du cylindre interne ; ainsi peut être rétablie la continuité du tube intestinal. Mais la cicatrisation ainsi produite se rompt parfois ou donne lieu à un rétrécissement fibreux de l'intestin. » (Boullouche.) (1)

Les perforations sont moins fréquentes chez les enfants que chez les adultes. C'est surtout à la période terminale de l'occlusion chronique, quand les accidents d'obstruction se sont manifestés, qu'on les voit survenir.

Comme le fait remarquer Jalaguier, elles s'observent plus rarement quand l'affection évolue rapidement.

2° *Volvulus*. — Le volvulus, ou étranglement rotatoire de Rokitsansky, est la torsion des anses intestinales autour d'un axe fixe formé par le mésentère ou le mésocôlon.

L'intestin peut faire un ou plusieurs tours de spire autour de son axe : le volvulus est alors simple, double ou triple.

Plus l'attache mésentérique est longue, et plus la torsion se produit facilement.

L'S iliaque, qui est intéressée dans les deux tiers des cas, peut être rattachée par un pédicule mésentérique à la fois très allongé et très étroit, de telle sorte que ses extrémités arrivent à se toucher. On comprend toute l'importance de cette disposition, qui peut être le fait d'une elongation du mésentère d'origine congénitale, ou se développer sous l'influence d'un corps étranger, d'une constipation habituelle, d'un régime exclusivement végétal, comme chez les paysans russes observés par Linden.

Les causes sont très nombreuses : on a encore incriminé la présence d'une hernie, d'un diverticule de l'intestin, d'un rétrécissement, d'une tumeur ; cette elongation de l'attache mésentérique de l'S iliaque peut être enfin le résultat d'une malformation, d'un défaut d'insertion postérieure du mésocôlon descendant, comme dans un cas rapporté par Angelesco.

Tant que l'intestin peut se dérouler au passage des matières intestinales, il est susceptible de se vider et l'occlusion à proprement parler n'est pas encore constituée. Mais le poids des matières, le

(1) BOULLOUCHE, *Manuel de médecine* publié sous la direction de DEBOVE et ACHARD, Paris, t. V, p. 545.

volume des gaz accumulés dans l'anse tordue distendent la portion d'intestin qui précède l'obstacle et finissent par immobiliser l'intestin en position vicieuse.

C'est en somme une affection rare. Le volvulus de l'S iliaque, qui est la forme la plus fréquente, représente, d'après Trèves, la 40<sup>e</sup> partie de tous les cas d'occlusion intestinale.

C'est presque exclusivement chez les enfants qu'on rencontre la torsion d'une anse d'intestin grêle : celle de l'S iliaque est le fait de l'âge adulte et surtout de la vieillesse. Sur 20 cas, Trèves trouve 16 hommes et 4 femmes.

Toutes ces statistiques devraient être reprises ; il est probable que bien des faits étiquetés *volvulus* seraient actuellement interprétés d'autre manière.

Mentionnons encore le rôle joué par certains traumatismes abdominaux. Un malade de Russel présenta, quelques heures après une forte contusion, des accidents attribuables à un volvulus incomplet de l'S iliaque et du côlon ascendant. On fit la laparotomie. Le malade guérit. Enfin Shively a signalé le volvulus à la suite d'opérations abdominales, attribuables souvent à des adhérences entre l'intestin, le mésentère et la paroi (Shively-Obalinski).

A côté du volvulus proprement dit, trouvent naturellement place « l'enroulement en forme de nœud, l'entrelacement de deux portions distinctes de l'intestin, l'enroulement d'une anse d'intestin autour d'une autre anse ou d'un groupe d'anses, enfin la torsion même d'une anse autour de son axe, ce qui nécessite l'allongement ou la déchirure des mésentères » (Jalaguier).

Il est impossible de donner une description exacte de ces lésions ; l'entrelacement, l'enroulement donnent lieu aux combinaisons les plus variées : en même temps qu'il y a torsion, il peut y avoir déplacement des anses intestinales. On trouve à gauche tout l'intestin grêle et à droite l'S iliaque très distendue, adhérente au foie (Gomot). L'S iliaque peut occuper la fosse iliaque droite (Fränkel). L'iléon étranglé par un volvulus peut descendre dans un sac herniaire (Linqui).

Adhérences fixant l'intestin, infections du péritoine, ulcérations, perforations, gangrène, telle est l'évolution anatomique des lésions.

En somme, il est la plupart du temps impossible d'expliquer par quel mécanisme cette position vicieuse est survenue — et même, les pièces en mains, — on en est souvent réduit à des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

3<sup>o</sup> *Coudures*. — Le type de ces coudures est la flexion permanente de l'intestin. Elle peut être due à une rétraction du mésentère (mésentérite ulcéreuse de Rose). — L'intestin forme alors un angle plus ou moins aigu du sommet duquel se détache un éperon saillant dans sa cavité.

Bien plus fréquemment, il faut chercher la cause de ces coudures dans la fixation pathologique de l'intestin, fixation de deux anses voisines, adhérences à la paroi, à une plaie chirurgicale, à une tumeur, aux organes génitaux, à la vessie (Hallé), aux organes voisins. Dans la cholélithiase, par exemple, dans le cancer de la vésicule (Pic), on a signalé les adhérences du côlon, du duodénum à cet organe.

Ces adhérences s'organisent souvent au milieu de poussées inflammatoires. C'est ainsi que l'intestin grêle peut être fixé dans le petit bassin rempli de pus (Rydygier), mais dans ces cas-là la paralysie intestinale a probablement le principal rôle pour amener la coprostase.

B. *Compression*. — L'occlusion par compression peut se faire de deux façons. L'intestin peut être étranglé par un anneau, par une corde sur une surface étroite. — Il peut être comprimé sur une surface plus large par une tumeur voisine : d'où : 1<sup>o</sup> les *étranglements internes* et 2<sup>o</sup> les occlusions par *compression large*.

1<sup>o</sup> *Étranglement interne*. — Cet étranglement, tout à fait comparable à l'étranglement herniaire, peut être dû à la striction de l'intestin par une bride ou un diverticule, ou à sa pénétration par un de ces orifices intra-abdominaux naturels ou accidentels qui conduisent dans une sorte de loge disposée pour le recevoir. Dans ce dernier cas on a affaire à de véritables hernies étranglées dans des sacs cachés : c'est ce qu'on appelle « les hernies internes ».

A. *HERNIES INTERNES*. — Seul leur siège intra-abdominal les distingue des hernies extérieures. Elles comprennent de nombreuses variétés :

a) La *hernie mésocolique* (de Cooper et de Peacock) se forme dans un des petits orifices qui existent presque constamment le long des côlons ascendant et descendant, s'ouvrant dans de petits prolongements péritonéaux situés entre l'intestin et la paroi abdominale postérieure (*recessus para-colicus* de Toldt).

b) La *hernie de Rieux* se forme en arrière et au-dessous du cæcum autour de cette portion du gros intestin, Jonnesco décrit plusieurs fossettes péritonéales, dont deux sont constantes : la fossette iléo-cæcale antérieure ou pré-iléale, et la fossette iléo-appendiculaire ; et une plus rare, la fossette rétro-cæcale.

c) Dans la *hernie rétro-péritonéale de Treitz*, l'intestin pénètre par l'hiatus de Winslow : parfois tout l'intestin grêle passe ainsi dans l'arrière-cavité des épiploons et s'étrangle dans l'hiatus.

d) En 1889 et 1890, Jonnesco décrivit autour de la portion ascendante du duodénum et de l'angle duodéno-jéjunal trois fossettes péritonéales (les fossettes duodénales supérieure et inférieure et la fossette duodéno-jéjunale), auxquelles il ajouta plus tard la rétro et la para-duodénales. Toutes peuvent être le siège de hernies internes :

elles sont, d'après Jonnesco, le siège habituel des hernies rétro-péritonéales.

e) Il faut encore noter la hernie *intersigmoïde*, la *hernie vaginale interne*, la *hernie du diaphragme*, etc. Celle-ci peut se produire à travers l'un des orifices normaux du muscle, dans l'orifice œsophagien, ou en arrière du sternum, ou bien l'intestin s'insinue dans une invagination préexistante du diaphragme, la refoule, « s'en coiffe comme d'un sac ».

A côté de ces hernies qui trouvent un diverticule péritonéal, un orifice tout préparé où l'intestin pénètre et est étranglé, il nous reste enfin à signaler toutes celles qui peuvent être dues à une déchirure accidentelle du mésentère, des mésocôlons, du diaphragme (Ombredame), de l'épiploon (Couder). — Appelé d'urgence auprès d'un malade de Dreyfus-Brissac qui présentait des phénomènes d'occlusion intestinale, je fis la laparotomie, et je trouvai une anse énorme d'intestin grêle étranglé dans la cavité pleurale au travers d'une perforation du diaphragme. Ce malade avait reçu sept ans auparavant un coup de couteau dans le dos. Il avait bien guéri, mais la plaie diaphragmatique avait persisté. Mon opéré succomba à la septicémie, car en débridant le diaphragme, un flot de liquide infect s'écoula dans le ventre : la cavité pleurale était remplie de ce liquide comme un véritable sac herniaire de hernie étranglée.

B. BRIDES. — Il est bien difficile de donner une description de tous les cas d'étranglement intestinal par brides. Leur forme, leur longueur, leur siège, leur volume, tout varie ; les arcades, les ponts, les nœuds qu'elles forment changent d'un cas à l'autre : elles diffèrent encore par leur origine, leur nature, etc.

Elles peuvent n'être que les vestiges des vaisseaux omphalo-mésentériques et représentent une disposition congénitale (Fitz-Hoedens). — Ou bien, cordons cellulux plus ou moins allongés, elles succèdent à une infection péritonéale, à une pelvi-péritonite, à une appendicite. La meilleure preuve, dans certains cas, de leur origine inflammatoire c'est l'existence à côté d'elles d'autres groupes d'adhérences (Knaggs), qui se sont formées en même temps, sous l'influence du même processus.

Ces brides adhèrent par leurs deux extrémités à la paroi abdominale, ou bien à l'intestin et à la paroi (Williamson), à l'utérus (Bœckel), au foie, etc.

Les étranglements par franges épiploïques sont une variété d'étranglement par brides. Ces franges s'enroulent sur elles-mêmes, organisent par leur extrémité libre des adhérences qui les fixent au mésentère (Berger-Bœckel), à la paroi (Halstead), à la rate (Bambrigge), à l'ovaire (Obalinski), à un orifice herniaire. Galliard cite encore comme agissant à la façon de véritables brides, le pédicule des kystes ovariens, celui des rates flottantes (Billroth et Lucke-

Ledderhose, Koile) ; la trompe, l'ovaire, le ligament rond, la queue du pancréas adhérent à une rate déplacée (Alonio), enfin l'étranglement post-opératoire attribuable à des brides fibreuses (Legueu), à des brides cicatricielles (Muller), à des brides épiploïques (Giresse).

J'ai récemment observé deux cas d'occlusion par bride. Landrieux m'appela à Montreuil auprès d'une de ses malades qui avait des accidents graves d'occlusion : une laparotomie médiane me mena sur la trompe droite, qui adhérait intimement au promontoire : une anse énorme de l'iléon s'était étranglée sur cette bride. Un coup de ciseau suffit pour amener une guérison parfaite. — J'ai présenté, le 23 février 1898, à la Société de chirurgie, un diverticule de Meckel long de 23 centimètres qui avait étranglé deux anses intestinales chez un jeune homme du service de Marie à Bicêtre. La laparotomie me montra très nettement la disposition de cet organe, inséré au bord convexe d'une anse terminale de l'iléon et fixé par son autre extrémité au mésorectum au niveau duquel je dus le lier pour l'enlever. Ce fait est une exception. Dans la thèse d'Augier (1) on ne trouve pas mention de diverticule de Meckel qui ait plus de 16 centimètres. C'est un reste du canal vitellin qui est le plus souvent flottant dans le ventre : alors il peut former de véritables nœuds autour d'une anse intestinale. Parise (de Lille) décrit le *nœud à anse simple* et le *nœud à anse double*. Michel Lévy, Gillette en ont cité des exemples.

Un appendice cœcal de longueur anormale peut produire des accidents de même ordre.

2° *Compressions larges*. — Une tumeur abdominale quelconque, un organe simplement augmenté de volume, ou encore déplacé, peuvent exercer sur un segment de l'intestin une compression suffisante pour amener son obstruction. C'est la variété des obstructions par compression large qu'on oppose aux rétrécissements par brides, par diverticules qui enserrant une partie plus étroite du tube intestinal :

Les principales causes de ces compressions sont : tumeurs de l'utérus, de l'ovaire, grossesse extra-utérine, rétroflexion, rétroversion de l'utérus, abcès et tumeurs dépendant de la paroi abdominale, compression par vessie, tumeurs de la prostate, calcul considérable de la vessie, salpingite, abcès sous-péritonéaux, abcès par congestion, abcès du psoas, typhlite, pertyphlite, tumeurs du mésentère et de l'épiploon, kystes du mésentère, de la fosse iliaque, kystes hydatiques, rein mobile, tumeurs du foie, de la rate, du rein, hydro-néphrose, hypertrophie des ganglions du hile du foie, abcès et tumeur du pancréas, anévrysme de l'aorte abdominale, tuberculose des ganglions mésentériques (2).

Des matières fécales accumulées dans une anse intestinale peu-

(1) AUGIER, thèse de Paris, 1888.

(2) Voy. *Traité de médecine et de thérapeutique* publié sous la direction de Brouardel et Gilbert. Paris, 1897, t. IV, art. Maladies de l'intestin par Galliard.