

Je donne cette observation telle qu'elle m'a été rapportée par Fleury et sous toute réserve. Je me demande s'il s'agissait bien dans ce cas d'un carcinome gastrique et si ce malade n'était pas affecté d'un ulcère simple, qui à cette époque était souvent confondu avec le cancer.

D'ailleurs, même dans cette dernière maladie, cette médication, maniée avec prudence, n'aurait, il semble, rien d'irrationnel.

## SUR L'OCCCLUSION INTESTINALE

*Sommaire.* — Causes de l'occlusion intestinale : — Compression par des tumeurs, — étranglement, — volvulus, — invagination, — lésions diverses des parois de l'intestin, — matières diverses ou corps étrangers accumulés dans l'intestin.

Symptômes : Douleurs, suppression des évacuations intestinales, vomissements, etc. — Les matières contenues dans le gros intestin peuvent-elles être rejetées par le vomissement? — Complication de péritonite. — Terminaisons.

Diagnostic différentiel.

Pronostic variable suivant la nature de l'occlusion.

Traitement. — Indications diverses dans les occlusions d'origine mécanique et dans celles d'origine organique.

Lavements. — Douches ascendantes. — Tabac. — Purgatifs, etc.

Traitement chirurgical.

Observations.

### MESSEURS,

Vous avez vu il y a quelques jours dans mon service un jeune homme qui y était entré pour des coliques qui duraient depuis deux jours; ces coliques étaient accompagnées de vomissements qui se répétaient presque toutes les fois que le malade ingérait quelque liquide. En même temps il y avait absence complète d'évacuation; aucun gaz ne passait par l'anus. Le ventre était météorisé, la face était anxieuse, il n'y avait pas de fièvre.

Cet ensemble symptomatique caractérise la maladie qu'on a appelée ileus (1), passion iliaque, volvulus, colique de miserere, étranglement interne, et que nous désignerons avec Chomel sous le nom d'occlusion intestinale. Ce nom ne préjuge rien sur la nature de la cause organique

(1) *D'εὐλείν, coarcter, occlure, ou, avec une aspiration, d'εὐλέιν, renverser, contourner, parce qu'il semble aux malades qu'on leur tord, qu'on leur retourne les intestins, ou suivant la remarque de Cælius Aurelianus, parce que les malades se tiennent contournés, pliés sur eux-mêmes. Le mot *volvulus* exprime une idée analogue ou l'opinion qu'on se faisait sur la condition organique qui produit les accidents.*



qui produit les accidents, cause souvent indéterminable ; et en même temps il en exprime la condition principale, le phénomène essentiel : l'interruption du cours des matières alvines.

Après avoir vainement essayé les lavements purgatifs, l'huile de ricin, en même temps que des onctions belladonnées étaient étendues sur le ventre, je lui prescrivis les pilules suivantes :

Huile de croton..... 0<sup>gr</sup>,10 centigr.  
Mie de pain..... q. s.

Pour faire dix pilules, dont il devait prendre une toutes les deux heures ; et immédiatement après, pour apaiser les envies de vomir et favoriser la tolérance, il devait avaler une cuillerée à café de glace râpée ou pilée *en neige* ; cette dernière condition est importante : car, comme le faisait remarquer Chomel, quand on fait prendre la glace en fragments trop volumineux pour être avalés, les malades la laissent fondre dans leur bouche. et elle arrive dans l'estomac à l'état d'eau tiède.

Cette médication réussit : l'huile de croton souleva d'abord dans le ventre une véritable tempête ; le ballonnement, les coliques augmentèrent ; puis, après quatorze ou quinze heures d'une lutte pleine d'angoisses, un vent passa par l'anus, signal de la victoire. Bientôt d'autres le suivirent, et des évacuations répétées amenèrent l'affaissement du ventre et l'apaisement des douleurs. L'obstacle était levé ; le malade est entré en convalescence ; des soins hygiéniques termineront la cure.

L'occlusion intestinale peut dépendre de causes très-diverses. Tantôt ces causes sont extérieures à l'intestin : ce sont des tumeurs qui le compriment, des organes déplacés qui pressent sur lui, des brides, des éraillures du péritoine, des ouvertures naturelles, comme l'hiatus de Winslow, dans lesquelles il s'engage et s'étrangle ; l'appendice cæcal, des diverticulums, les trompes, l'épiploon, des anses intestinales unies par des adhérences peuvent devenir les agents de cette constriction.

Tantôt ce sont des changements dans la situation et dans la direction de l'intestin : il peut être contourné, tordu sur lui-même, disposition à laquelle quelques médecins modernes réservent le nom de *volvulus*. Dans des cas plus nombreux, une portion de l'intestin *s'invagine* dans une portion voisine : le plus souvent, le bout supérieur s'engage dans le bout inférieur ; quelquefois l'invagination se fait en sens contraire : la partie supérieure enveloppe la partie inférieure. L'*invagination* ou *intussusception* est une des causes les plus communes de l'étranglement intestinal.

Il n'est pas rare dans les autopsies de trouver des anses intestinales invaginées ou tordues sur elles-mêmes, sans qu'il y ait eu pendant la vie de symptômes d'obstruction intestinale. Ces *lésions de situation* peuvent survenir dans le cours du travail digestif et être passagères. Peyer, après avoir produit des invaginations artificielles chez des grenouilles, les a vues se dégager sous l'influence de mouvements péristaltiques spontanés ou provoqués par la stimulation de l'intestin ; mais que ces lésions persistent, des troubles circulatoires ne tardent pas à intervenir : les tissus étranglés se congestionnent, s'engouent, s'asphyxient pour ainsi dire ; leur contractilité s'affaiblit ou s'éteint, et en même temps que l'occlusion devient plus complète, plus résistante, la force motrice qui peut la faire disparaître s'amointrit de plus en plus. En outre, la tympanite, conséquence de l'étranglement, s'oppose à la réduction de l'anse étranglée : les intestins distendus sont immobilisés, serrés les uns contre les autres ; ils pressent sur la partie malade, la fixent dans sa situation vicieuse, l'empêchent de se dégager.

Un travail inflammatoire se développe, jette des liens néoplasiques sur les parties irritées par la constriction qu'elles subissent ; trop souvent il se généralise et une péritonite vient compliquer l'étranglement.

D'autres fois l'occlusion est due à une lésion de l'intestin : une dégénérescence cancéreuse de ses parois, un rétrécissement succédant à des ulcérations dysentériques, syphilitiques ou de toute autre nature ; ou encore une sorte de sclérose de la tunique musculaire consécutive à une inflammation prolongée. Les matières liquides peuvent passer à travers la partie rétrécie, et dans l'intestin grêle leur consistance leur permet en général de franchir l'obstacle ; mais si le rétrécissement vient à s'obstruer ou si, occupant le gros intestin, il doit livrer passage à des matières solides, l'occlusion peut être complète et alors surviennent les symptômes de l'étranglement.

Bretonneau a vu une infiltration de sang dans les tuniques intestinales causer l'occlusion. On a cité aussi parmi les causes de celle-ci la congestion hémorroïdale : elle peut être alors compliquée de strangurie, suivant la remarque d'Hippocrate.

Des fèces accumulées et endurcies, des concrétions, des corps étrangers engagés dans l'intestin, peuvent l'obstruer ; on a vu une occlusion mortelle produite par des noyaux de cerise, par un paquet de lombrics. J'ai observé une fois des accidents d'étranglement causés par des graines de moutarde blanche accumulées dans une anse intestinale herniée.

Le siège de l'étranglement est le plus souvent dans l'intestin grêle,



d'après les auteurs modernes. Fabrice de Hilden, au contraire, croyait qu'il résidait habituellement dans le cæcum. Cette question me paraît appeler de nouvelles recherches.

Les malades accusent d'abord une sensation de malaise abdominal, des coliques quelquefois soudaines et très-intenses, sans évacuation de gaz ou de matières par l'anüs (1). Ces douleurs sont d'abord intermittentes, elles reviennent par accès, ou, devenues continues, elles s'exaspèrent par intervalles; elles acquièrent souvent une violence extrême, intolérable, sont accompagnées d'un sentiment de tension et de torsion dans le ventre, de gêne et de compression dans la poitrine, d'anxiété, de jactitation. Le développement rapide de l'abdomen rend difficiles les mouvements du diaphragme: les malades se plaignent d'étouffer. A ces souffrances s'ajoutent des nausées continuelles, des angoisses épigastriques et des vomissements ou des régurgitations convulsives précédées d'éruptions bruyantes. Ces vomissements procurent un soulagement momentané, acheté au prix d'inexprimables tortures; l'ingestion d'une petite quantité de liquide suffit souvent pour les provoquer; aussi, malgré la soif qui les consume, les malades ne la satisfont qu'avec crainte et réserve.

Les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis bilieuses, pituiteuses, aigres, et, dans les cas les plus graves, elles prennent le caractère stercoral et deviennent fétides. Sydenham affirmait que des substances injectées dans le rectum pouvaient être rejetées par la bouche: il attribuait cet accident à un renversement du mouvement intestinal sans obstacle mécanique, désordre tout fonctionnel, qui constituerait pour lui l'iléus vrai.

La plupart des médecins modernes nient la possibilité du passage des matières en sens contraire de leur cours naturel, à travers la valvule de Bauhin, qui semble devoir leur opposer une barrière infranchissable. Cependant quand un observateur aussi sérieux que le savant et judicieux Van Swieten affirme qu'il a lui-même constaté ce phénomène, peut-être va-t-on trop loin en le rejetant d'une manière absolue. Déclarer qu'une chose est impossible, a dit quelque part Montaigne, c'est affirmer qu'on connaît tout ce qui peut être; et il y a un degré de scepticisme, vraiment scientifique, qui, en n'acceptant pas facilement

(1) Galien avait déjà indiqué ces signes caractéristiques de l'étranglement interne: « Nec flatus infra nec dejectiones transmituntur, tormina sequuntur vehementia cruciatuque intolerabiles. »

ce qu'on ne peut expliquer, ne nie pas une chose par cela seul qu'on ne la comprend pas. Comme le dit Van Swieten, la valvule iléo-cæcale ne peut-elle pas subir des altérations qui troublent son action? On a vu le cæcum invaginé dans la fin de l'iléum énormément dilaté, et cette invagination de bas en haut ne peut-elle pas faire, suivant la remarque du même auteur, que les matières parviennent à remonter dans cette direction, tandis qu'elles rencontrent un obstacle invincible à leur cours naturel?

Il peut arriver que, provoqués par des lavements, des vents et quelques matières sortent par l'anüs, malgré la persistance de l'étranglement; ils viennent de la partie de l'intestin qui est située au-dessous du point étranglé, et leur apparition peut inspirer au médecin des espérances qui seront trop tôt déçues.

Si la maladie se prolonge, la circulation, qui était restée calme dans l'intervalle des crises douloureuses, s'émeut et s'accélère; la peau est chaude, la langue est sèche; les urines, rares et sédimenteuses, sont brûlantes au passage; les douleurs deviennent continues et elles changent de caractère; la sensibilité du ventre est beaucoup plus développée. Ces phénomènes accusent un travail inflammatoire succédant à l'irritation traumatique de l'étranglement; ils s'exagèrent encore davantage et ils sont accompagnés d'une altération profonde des traits, d'une augmentation des douleurs, d'une sensibilité exquise à la plus légère pression, quand l'inflammation envahit le péritoine et s'y généralise.

Cette complication inflammatoire, plus ou moins accentuée quand l'occlusion intestinale a duré pendant un certain temps, est à peu près constante chez l'adulte, tandis que chez l'enfant, suivant la remarque de Van Swieten, la mort pourrait survenir, avant qu'elle se développât, par épuisement nerveux.

Si l'étranglement persiste, la mort vient mettre un terme à ces angoisses; souvent les malades l'invoquent: *Viventibus mori beatum est*, disait Arétée, tant leurs souffrances sont intolérables. Épuisés par la douleur, par l'insomnie, par le défaut de réparation, ils s'affaissent. Quelquefois leurs douleurs s'apaisent ou diminuent; les vomissements sont moins fréquents, parce que la contractilité de l'estomac est affaiblie et qu'il sent moins le stimulus morbide qui la met en jeu. L'amaigrissement se prononce rapidement, les yeux s'enfoncent dans les orbites; les joues s'excavent, le nez s'effile, le pouls devient faible et irrégulier; la peau se couvre d'une sueur visqueuse; les malades peuvent succom-



ber dans la plénitude de leurs facultés intellectuelles. J'ai vu cependant du délire survenir dans les derniers jours de la vie.

Des troubles cérébraux plus accentués, un collapsus plus profond encore, le refroidissement des extrémités, l'aspect cadavérique de la face, la faiblesse, la tremulenee et l'intermittence du pouls, des évacuations ichoreuses ou noirâtres, fétides, souvent involontaires, accompagnent la terminaison par gangrène. Cette terminaison, en général funeste, peut être quelquefois une condition de la guérison : dans l'étranglement par invagination, si le malade possède assez de résistance vitale pour prolonger la lutte, la partie de l'intestin qui est invaginée peut se mortifier, tandis qu'au niveau du point où ils se rencontrent, à l'origine de l'invagination, le bout supérieur et le bout inférieur contractent des adhérences qui rétablissent la continuité du tube digestif, et la partie sphacelée est rejetée au dehors. On a vu 30, 60, 90 cent. même d'intestin expulsés ainsi avec les fèces (1). Il y a même des observations de double invagination, c'est-à-dire des cas dans lesquels une seconde anse intestinale se glisse dans une anse déjà invaginée, qui ont eu cette heureuse terminaison.

On comprend tous les dangers qui accompagnent cette élimination ; le plus souvent l'organisme épuisé succombera avant qu'elle soit accomplie ; le flot des matières retenues au-dessus de l'obstacle pourra, en faisant irruption dans l'intestin rendu perméable, en rompre les frêles adhérences et s'épancher dans le péritoine.

Les anciens ont parlé d'une terminaison par suppuration ; peut-être avaient-ils pris pour des abcès consécutifs à l'iléus des pérityphlites suppurées ou des péritonites partielles accompagnées de vomissements et de constipation rebelle, ou même, ce qui peut arriver, d'une occlusion passagère du tube digestif. D'après Van Swieten, la partie étranglée peut contracter des adhérences avec la paroi abdominale et en se gangrénant donner lieu à un abcès stercoral, suivi d'un anus contre nature.

Dans des cas plus heureux et assez nombreux, puisque de 17 malades affectés d'étranglement dont j'ai gardé le souvenir, 11 ont guéri, la nature aidée par l'art a dégagé l'intestin des liens qui l'étreignaient ou l'a ramené dans sa situation normale.

Le malade n'est pas alors à l'abri de tout danger ultérieur, car c'est une affection qui peut récidiver. Les conditions organiques qui ont donné naissance à un premier étranglement subsistent et peuvent en

(1) Lobstein, *Anatomie pathologique*, t. I.

produire un second ; l'invagination peut avoir pour condition pathogénique ou laisser à sa suite une dilatation partielle ou un affaiblissement limité de la contractilité intestinale, qui en favorise le retour.

La durée de la maladie est en général courte : si le dénoûment est favorable, il peut se décider très-rapidement ; s'il doit être funeste, il est rare qu'il soit reculé au delà de dix à douze jours ; il peut être plus prompt chez les enfants, chez les vieillards, chez les sujets débilités. La mort peut survenir, suivant Van Swieten, du quatrième au vingtième jour.

Je l'ai vue n'arriver qu'après six semaines de lutte.

C'était chez une femme de cinquante ans. Je ne la vis que huit à dix jours après le début des accidents auxquels on avait déjà opposé les purgatifs et les lavements les plus variés. Après avoir tenté de nouveau cette médication, j'essayai successivement les douches ascendantes, l'électricité, les courants continus d'abord, qui semblèrent atténuer les douleurs, puis la faradisation. Le météorisme était énorme ; les douleurs étaient intolérables ; les vomissements étaient incessants ; ils furent suspendus pendant quarante-huit heures par un emplâtre belladonné ; mais leur apaisement était accompagné de telles angoisses que la malade demanda qu'on lui enlevât ce topique et qu'on la laissât vomir.

Des injections sous-cutanées de morphine calmèrent momentanément les douleurs, mais il fallut bientôt les répéter quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Nélaton avait été appelé et avait jugé toute intervention chirurgicale inopportune.

La malade prenait chaque jour une petite quantité de jus de viande et de boissons alcooliques.

Après avoir essayé pendant six semaines d'un grand nombre de médecins et de médications, elle eut quelques évacuations, mais en même temps elle tomba dans un affaissement dont elle ne se releva pas.

*Diagnostic.* — L'expression symptomatique de l'occlusion intestinale est si nettement définie que, dans le plus grand nombre des cas, il est facile d'en établir le diagnostic.

On ne la confondra pas avec la colique sèche des pays chauds, comme je l'ai vu faire récemment chez un malade qui avait longtemps navigué dans les mers intertropicales. La colique sèche est d'ailleurs une affection dont la détermination nosologique reste douteuse, et les accidents qu'on a décrits sous ce nom paraissent devoir rentrer en grande partie dans le cadre de l'intoxication saturnine ; dans d'autres cas peut-être, ils constituent une sorte de névralgie abdominale. Dans la colique de



plomb, le liséré saturnin, la rétraction du ventre opposée au météorisme de l'étranglement, la rareté relative des vomissements, la teinte spéciale de la peau, souvent les commémoratifs et les phénomènes concomitants éclaireront le diagnostic. La constipation qui peut accompagner les névralgies abdominales n'offre jamais la résistance invincible de celle qui accompagne l'occlusion intestinale. Ce dernier caractère distinguera encore l'étranglement de la péritonite ; en outre, dans celle-ci il y a de la fièvre, une sensibilité à la pression qu'on n'observe dans les cas d'occlusion que lorsqu'ils sont compliqués de péritonite, et alors c'est dans la marche et l'évolution de la maladie qu'on cherchera les signes qui permettront de faire la part de chacune de ces affections.

Un examen attentif fera reconnaître les étranglements dans les anneaux extérieurs de petites hernies qui peuvent être inaperçues par les malades, surtout dans l'anneau crural, chez les sujets chargés d'embonpoint. Les hernies obturatrices, sacro-sciatiques, diaphragmatiques, peuvent être considérées comme des variétés de l'étranglement interne.

On comprend difficilement que l'occlusion intestinale puisse être confondue avec le choléra, cependant l'erreur a été commise ; dans cette dernière affection, si, ce qui est extrêmement rare, les vomissements existent seuls, si les sécrétions morbides de l'intestin restent accumulées dans sa cavité sans s'échapper au dehors, il suffit d'un lavement pour en provoquer la sortie, et il faut, je le répète, une étrange inattention pour confondre ces deux affections.

Le pronostic est toujours grave, parce qu'on ne peut souvent déterminer la cause de l'étranglement et qu'il est impossible d'en prévoir le dénouement. Je ne connais pas de maladie plus émouvante pour le médecin ; il semble que la guérison et la mort soient séparées par une toile d'araignée ; d'un moment à l'autre l'obstacle peut disparaître, et pour arriver à ce résultat le médecin emploie des moyens qu'il ne peut ni mesurer d'une manière précise, ni le plus souvent diriger dans le sens où il est opportun de les faire agir ; il se demande avec anxiété s'ils n'aggraveront pas le mal qu'ils sont destinés à combattre, et cependant c'est le cas ou jamais d'appliquer l'adage : *melius anceps quam nullum*, parce que l'inaction est presque sûrement fatale.

Pour asseoir les indications du pronostic et du traitement, il importe de déterminer autant que faire se peut la cause de l'étranglement, son mode, son siège, les désordres qui l'accompagnent. En étudiant les causes de l'occlusion intestinale, on voit qu'on peut les ranger en deux groupes : *mécaniques* ou *organiques*. Les premières sont évidemment beau-

coup moins graves que les secondes ; une fois délivré, l'intestin, dans un grand nombre de cas, revient à ses conditions normales ; nous avons bien quelque réserve à faire sur la possibilité d'une récidive, mais c'est là une simple éventualité.

Dans l'occlusion de cause organique, la lésion qui en a été le point de départ persiste, et, le plus souvent, ne peut pas être modifiée. Presque fatalement les accidents se répéteront, et après plusieurs attaques heureusement terminées, il en viendra une plus réfractaire qui emportera le malade.

Ce que nous venons dire des occlusions *par lésions organiques* doit être entendu des lésions permanentes et ne s'applique pas à celles qui sont dues à des lésions passagères comme à des infiltrations sanguines ou à des tumeurs hémorroïdales. Ces dernières, par leur siège comme par leur nature, sont les plus accessibles aux moyens chirurgicaux et sont par conséquent les moins dangereuses.

Les commémoratifs : des troubles antérieurs des organes digestifs, la répétition fréquente des accidents d'occlusion, dans leurs intervalles la sensation d'une tumeur dans un point de l'abdomen, ou d'un cylindre étroit, dur et résistant, comme je l'ai observé une fois sur le trajet du colon descendant chez un malade qui avait longtemps souffert d'une diarrhée chronique ; les renseignements fournis par le toucher rectal, quand la partie lésée est accessible au doigt, permettront quelquefois le diagnostic de ces lésions, qui peuvent devenir la cause d'étranglements. Parmi les occlusions *par cause mécanique*, les invaginations sont regardées généralement comme moins graves que les étranglements par constriction, leur marche est ordinairement moins rapide et moins violente, et si elles résistent aux moyens qu'on leur oppose, le malade a encore la chance hasardeuse d'une guérison spontanée par gangrène et par élimination de l'anse invaginée. Mais dans ce dernier cas, après la guérison, l'intestin ne retrouve pas ses conditions normales. Les adhérences réparatrices qui en ont rétabli la continuité n'ont pas toujours la solidité de ses parois naturelles. On a vu sous les efforts d'une indigestion, ou après l'ingestion de corps durs qui ne pouvaient pas être digérés, cette cicatrice se rompre et cette rupture être suivie d'une péritonite mortelle (1).

On peut soupçonner l'existence d'une invagination quand on sent dans le ventre une tumeur cylindrique allongée, douloureuse à la pres-

(1) Lobstein, *loc. cit.*



sion, au-dessus de laquelle le météorisme est porté à un degré de tension extrême, tandis qu'au-dessous l'intestin est quelquefois plus souple et moins distendu. J'ai plusieurs fois constaté ces phénomènes sur le trajet du colon ascendant ou du colon transverse, et j'ai pensé qu'ils pouvaient recevoir cette interprétation.

La marche plus lente, moins violente des accidents est encore une présomption en faveur de l'invagination.

Il y a une certaine espèce d'obstruction qui tient à l'accumulation des matières dans une portion d'intestin dont la contractilité est affaiblie : elle peut donner lieu à des symptômes semblables à ceux de l'étranglement, sans que celui-ci existe à proprement parler, et sans que ces matières aient un volume et une consistance qui en fassent de véritables corps étrangers. Ce phénomène est identique avec celui de l'engouement qu'on observe si souvent dans les hernies volumineuses non réduites ou longtemps restées au dehors. Dans ce cas, c'est la parésie des fibres intestinales qui cause l'obstacle, et, bien que cette obstruction soit moins dangereuse et cède plus facilement que celle qui est due à une constriction ou à une invagination de l'intestin, elle peut cependant, si on ne lui oppose pas un traitement opportun, amener une congestion inflammatoire qui s'étend au péritoine; elle peut se terminer par la gangrène et par la mort.

Au point de vue du pronostic et du traitement, il est utile de déterminer le siège de l'étranglement. S'il est placé dans l'intestin grêle, le météorisme est d'abord limité à la région ombilicale; mais il faut bien le dire : en général, il ne tarde pas à se généraliser, en vertu du consensus physiologique et morbide qui unit entre elles toutes les parties du tube digestif; ou les anses intestinales distendues acquièrent un tel volume et occupent une telle place qu'il est quelquefois difficile de reconnaître celles qui ne le sont pas. Cette distinction est cependant possible : la direction des anses dilatées, leur situation, leurs rapports mutuels, leur degré relatif de tension, la tonalité du son qu'elles donnent à la percussion, pourront faire reconnaître si elles appartiennent à l'intestin grêle ou au gros intestin. Ainsi que l'avaient déjà remarqué Arétée et Celse, l'occlusion est moins grave et moins aiguë quand elle siège dans celui-ci; elle est en même temps plus accessible à l'action désobstruante des injections rectales, comme le fait observer Van Swieten.

Un autre point très-important à élucider est l'état de l'intestin étranglé : est-on encore dans la période qu'on pourrait appeler traumatique? ou la vitalité de l'organe blessé a-t-elle subi des modifications qui pour-

raient rendre dangereuse l'intervention de moyens énergiques? Un travail inflammatoire s'est-il développé au niveau de l'occlusion; ou bien encore y est-il limité ou s'est-il généralisé et s'est-il étendu à tout le péritoine? C'est, de toutes les questions que le clinicien peut se poser en présence d'un étranglement, la plus importante à résoudre.

La fièvre, la sensibilité extrême à la pression, l'exacerbation des vomissements et des douleurs doivent faire craindre une complication inflammatoire. Il faut savoir cependant que la fièvre peut accompagner le début des accidents, comme je l'ai récemment observé chez deux malades, soit que l'organisme plus facile à émouvoir réagisse immédiatement contre ce violent traumatisme, soit que quelque complication d'embarras gastrique, et c'était le cas de mes deux malades, ait précédé l'étranglement. Chez eux, le développement simultané de la fièvre et du phénomène d'occlusion, l'absence de sensibilité vive à la pression, l'état antérieur des voies digestives et les conditions diététiques qui avaient précédé l'étranglement, m'éclairèrent sur la signification de cette fièvre, qui persista d'ailleurs, un jour ou deux après que le cours des matières fût rétabli, avec tous les symptômes d'un embarras gastrique.

Nous avons parlé des signes de la complication péritonitique; on ne confondra pas avec les symptômes d'une solution favorable ceux qui annoncent la gangrène. La dépression profonde des forces, l'altération des traits, le refroidissement, chez quelques malades; le délire, la nature et l'odeur des matières quelquefois excrétées, préviendront cette douloureuse erreur, que j'ai vu commettre chez un malade auquel j'étais attaché par les liens les plus chers.

Ces différentes circonstances, que nous venons de passer en revue comme pouvant éclairer le pronostic, nous fourniront également les indications thérapeutiques. Avant d'aborder le traitement, le médecin doit se demander si l'étranglement est produit par une lésion organique ou par une condition mécanique; quel est son siège et son mode, et surtout s'il est ou non compliqué d'inflammation? Cette dernière considération est peut-être de toutes, comme nous l'avons dit, la plus importante.

Dans les étranglements d'origine mécanique, les indications sont : 1° de chercher à dégager l'intestin et de le ramener à sa situation normale; 2° de calmer les douleurs qui augmentent le spasme des parois abdominales et rendent la réduction plus difficile; 3° de chercher à modérer les vomissements, dont les secousses augmentent les douleurs et peuvent aggraver les lésions des organes abdominaux; 4° de diminuer