

dans la dysentérie épidémique, le même mode peut être observé, mais souvent aussi le début est *foudroyant*, et en quelques heures le malade arrive à l'état le plus grave.

La dysentérie est *apyrétique* dans les cas tout à fait légers dont la durée ne dépasse guère deux à trois jours; dans toute autre condition, la lésion intestinale provoque une FIÈVRE rémittente, ou même intermittente à reprise vespérale; d'après les caractères de cette réaction fébrile, on a distingué une *dysentérie inflammatoire, adynamique, putride, etc.*, mais les différences symptomatiques exprimées par ces dénominations ne sont que le reflet des différences anatomiques; et si l'on veut conserver ces divisions traditionnelles, il faut entendre par là les stades de gravité croissante que présente la lésion intestinale, depuis l'inflammation membraneuse à ulcérations superficielles, provoquant une *réaction fébrile franche*, jusqu'à l'ulcération profonde et à la gangrène, déterminant l'*adynamie* simple, ou la *septicémie par résorption des produits putrides*.

La dysentérie confirmée est caractérisée par des DOULEURS abdominales vives, qui sont exaspérées par la pression sur certains points, et qui ont leur maximum d'intensité dans la fosse iliaque gauche; de l'S iliaque elles remontent vers les parties supérieures du côlon, en même temps qu'elles descendent, en redoublant de violence, dans le rectum; plus rarement il y a des douleurs générales ou péri-ombilicales. La turgescence du rectum, qui est toujours le siège des lésions les plus importantes, donne lieu à une *pesanteur* pénible dans toute la région pelvienne, et surtout à la *sensation d'un corps étranger* qui occuperait l'extrémité inférieure de l'intestin; de là les efforts douloureux et stériles de défécation, les épreintes ou *faux besoins* qui tourmentent les malades. En même temps l'irritation de la muqueuse provoque par action réflexe la contraction des sphincters, et comme ces muscles étreignent, en se resserrant, des tissus enflammés, la contraction est douloureuse, il y a *ténesme*.

Les premières ÉVACUATIONS sont fécales ou simplement catarrhales, mais bientôt elles ne consistent qu'en mucosités très-peu abondantes, qui sont rendues au prix des efforts les plus pénibles; c'est après ces expulsions que le ténesme est le plus prononcé. Les caractères des selles varient avec le stade de la lésion, et ils permettent de suivre pas à pas le processus morbide.

Au début, les évacuations sont composées de *mucosités* visqueuses, transparentes, blanchâtres, disposées en flocons ou enroulées en membranes (*dysentérie blanche*); ces mucosités nagent dans une sérosité peu abondante, et lorsqu'elles affectent la disposition granuleuse ou punctiforme, la matière dans son ensemble est comparable à du *frai de grenouille*, ou bien encore à un liquide tenant en suspension des *grains de sagou*. Dès le second ou le troisième jour, du sang en quantité variable

(*dysentérie rouge*), des débris d'épithélium sont mêlés au mucus; en même temps la sérosité diminue ou manque tout à fait, et les matières rendues ont l'aspect de *framboises écrasées*. Dans les cas légers, le processus ne va pas plus loin; mais dans les formes graves, tant sporadiques qu'épidémiques, les selles prennent, à partir du cinquième ou sixième jour, d'autres caractères; la quantité de sang est plus considérable, du pus provenant des surfaces ulcérées apparaît sous forme d'un liquide opaque d'un blanc sale ou grisâtre, et dès ce moment aussi on peut constater la présence de *lambeaux membraneux* plus ou moins étendus, qui sont ordinairement des fragments de l'exsudat superficiel, plus rarement des débris de la muqueuse elle-même, nécrosée par l'exsudat interstitiel. Dans ces matières on retrouve de temps en temps de petits fragments de mucus vitreux, provenant de follicules tardivement atteints. Qu'elles soient transparentes ou opaques, les petites masses sphériques blanchâtres analogues aux grains de sagou dénotent toujours la lésion des glandes de l'intestin; elles coïncident fort souvent avec les fragments membraneux de l'exsudat dit croupal; elles sont bien plus rares quand les selles contiennent les débris de muqueuse qui révèlent l'exsudat dit diphthérique. Tandis que les évacuations muqueuses des premiers jours contiennent encore de temps en temps des matières fécales et présentent par conséquent l'odeur caractéristique, les selles puriformes et membraneuses du *stade d'ulcération* n'ont plus l'odeur stercorale, elles ont une odeur fade et nauséuse légèrement fétide; on y trouve parfois des noyaux de fèces dures, des *scybales* que les efforts répétés de défécation ont fini par ramener du cæcum ou des ampoules des côlons. — Plus tard, du douzième au quinzième jour dans nos climats, les matières subissent une nouvelle modification: elles sont plus abondantes; les débris solides d'exsudat, de muqueuse, nagent dans un liquide séreux très-fluide, et les selles, généralement alors très-fétides, ont l'aspect de la *lavure de chair*. C'est là, dans les pays tempérés, le degré le plus élevé du processus dysentérique; mais dans les pays chauds, cette modification est souvent le prélude des *selles gangréneuses* proprement dites; tout en conservant le caractère séreux, elles deviennent brunes ou noires, et renferment de larges lambeaux, ou des cylindres formés par la muqueuse mortifiée, parfois même une partie de la tunique musculaire est ainsi expulsée (Annesley, Catteloup, Cambay); il est probable qu'un phlegmon sous-muqueux facilite alors le décollement des membranes. — A partir du moment où les selles deviennent sanguinolentes, il peut y avoir de temps en temps des évacuations composées de sang pur, et la quantité en est quelquefois considérable.

La *fréquence* des selles est extrêmement variable: il n'y en a guère plus de dix à douze par jour dans les cas légers apyrétiques; il y en a de vingt à quarante dans les cas de moyenne intensité; enfin, dans les cas les plus

graves de la dysentérie épidémique, le nombre des selles dépasse toute croyance. Zimmermann en a compté plus de deux cents dans l'espace de quelques heures. Quel que soit le nombre des évacuations, chacune d'elles ramène un ensemble de phénomènes toujours identiques au degré près; les coliques augmentent de violence, les épreintes sont plus vives et plus pressantes; vainement le malade a-t-il déjà éprouvé la même déception, il croit qu'il va rendre une quantité considérable de matières dont l'évacuation sera une délivrance, il redouble ses efforts douloureux, et enfin il accouche (le mot n'est pas exagéré) de quelques mucosités, dont l'expulsion est suivie de ténésme. Ces symptômes sont d'autant plus pénibles que les selles sont plus fréquentes; constituant un simple malaise passager dans les cas bénins, ils infligent au patient atteint de dysentérie grave une véritable torture: le malheureux se tord sous les douleurs qui l'assailent, et après l'évacuation il reste épuisé, le corps couvert de sueurs, en proie à un horrible ténésme. Aussi, quand une pareille scène se répète coup sur coup, le malade tombe en quelques jours dans une prostration profonde qui résulte bien plutôt de l'épuisement nerveux, que de l'abondance des pertes subies. Pour peu que l'irritation rectale soit vive, les phénomènes réflexes qu'elle provoque dépassent la sphère des muscles constricteurs de l'intestin; ils s'étendent aux muscles homologues de la vessie; il y a du *ténésme vésical*; souvent aussi la muqueuse vésico-urétrale participe à la phlegmasie, il y a un besoin continuel d'uriner, et les efforts de miction expulsent soit une urine rare et sédimenteuse, soit quelques mucosités blanchâtres. Chez la femme, on observe parfois de la leucorrhée. — L'URINE est diminuée de quantité; la proportion de tous ses éléments est abaissée, et les chlorures présentent la diminution la plus notable (Speck).

Au contact répété des matières expulsées, la peau de la région anale est irritée et rougit, et le passage provoque une sensation de cuisson et de brûlure; chez les enfants et les individus débiles, la muqueuse du rectum, poussée par les efforts de défécation, se relâche souvent et tombe sous forme de bourrelet rougeâtre à l'orifice anal.

La **dysentérie légère** dure de quatre à sept jours; elle n'est accompagnée d'aucun symptôme sérieux; la fièvre est peu marquée ou nulle, mais la soif est assez vive; la langue est blanche, la bouche est empâtée et amère, l'appétit est perdu; il y a parfois des envies de vomir.

La **dysentérie grave** de nos climats dure de dix à vingt jours. Elle est caractérisée non-seulement par la violence des phénomènes douloureux, par la fréquence des évacuations, par les caractères des selles qui révèlent l'exsudation et l'ulcération de l'intestin, mais aussi par l'intensité des phénomènes généraux; la fièvre est vive, la peau est brûlante, aride et sèche, une soif inextinguible tourmente les malades, et dès les premiers jours on voit apparaître des phénomènes de prostration; le pouls faiblit,

tout en gardant sa fréquence; les traits s'altèrent, les yeux sont excavés, les joues sont plaquées de taches d'un rouge livide; la langue se sèche et brunit, les dents et les lèvres sont fuligineuses. Ces symptômes (*dysentérie adynamique*) coïncident assez souvent avec divers troubles nerveux, notamment du délire, des soubresauts de tendons, ou bien un tremblement général (*dysentérie ataxique*); chez les enfants, les convulsions ne sont pas rares. Ces désordres ne dépendent point d'une altération matérielle du cerveau, ce sont des phénomènes réflexes provoqués par l'irritation intestinale; aussi sont-ils plus précoces et plus violents chez les sujets excitables et débilités. — Dans certains cas, on observe des douleurs très-vives dans la continuité des membres et dans les jointures (*forme dite rhumatismale*) (1).

Le vomissement est assez fréquent, soit au début, soit durant la période d'état, et il n'a pas toujours la même signification. Quand il a lieu sans nausées et que les matières rejetées consistent en liquides incolores ou légèrement blanchâtres, le vomissement est un simple phénomène réflexe ayant le même point de départ que les précédents; mais dans d'autres cas, le vomissement est plus fréquent, il est accompagné de mal de cœur, de vomiturations, et il rejette des matières épaisses et franchement bilieuses, dont l'expulsion amène un grand soulagement; le vomissement n'est alors que le symptôme d'un catarrhe gastrique ou gastro-duodénal (*dysentérie bilieuse*).

La dysentérie grave sporadique se termine le plus ordinairement par la guérison; l'amélioration est souvent précédée d'une hémorrhagie intestinale, plus rarement elle coïncide avec des sueurs profuses. Les douleurs diminuent d'intensité, les selles sont moins fréquentes, elles reprennent peu à peu le caractère stercoral, la fièvre tombe, et une convalescence est établie, dont la longueur est en rapport avec la durée de la maladie; dans bon nombre de cas, une diarrhée catarrhale succède aux évacuations dysentériques, et tant qu'elle dure, le malade doit être attentivement surveillé, parce que les rechutes sont fréquentes et toujours graves.

La terminaison mortelle, qui est rare dans la forme sporadique, est très-fréquente dans la dysentérie épidémique; certaines épidémies sont aussi meurtrières que le typhus. Le plus souvent la mort est amenée par

(1) HUETTE, *De l'arthrite dysentérique* (Arch. de méd., 1869). — GAUSTER, *Gelenkrheumatismus nach und bei Ruhr* (Memorabilien, 1869). — KRÄUTER, *Ueber einige Nachkrankheiten der Ruhr. Ein Beitrag zur Aetiologie der acuten und chronischen Gelenkentzündungen und der Blennorrhöen der Conjunctiva*. Cassel, 1871.

SANTOPADRE, *Due casi d'artrite dissenterica* (Il Raccoglitore med., 1873). — RAPMUND, *Einige Fälle von Gelenkentzündung in Folge von Ruhr* (Deutsche Klinik, 1874). — QUINQUAUD, *Des manifest. rhumatoïdes de la dysentérie* (Gaz. hóp., 1874).

les progrès de l'épuisement; la face s'altère de plus en plus, le pouls devient petit et irrégulier, la parésie du cœur amène la cyanose, les selles sont incessantes et très-fétides; l'amaigrissement fait de rapides progrès, et le collapsus final survient. Il n'est pas rare que le ténésme cesse dans les derniers jours, et que les évacuations soient involontaires; ce symptôme est du plus mauvais augure, il indique l'épuisement de l'excitabilité réflexe et la paralysie du sphincter. Dans la dysentérie sporadique la mort n'a guère lieu avant le troisième ou le quatrième septénaire; mais dans les épidémies elle peut être infiniment plus prompte, on l'a vue survenir du troisième au cinquième jour. C'est aussi dans la forme épidémique qu'on observe à la période ultime les parotidites suppurées, les éruptions de miliaire, les érysipèles et les pneumonies gangréneuses par embolies spécifiques. Dans d'autres cas, la mort est la conséquence d'hémorrhagies intestinales, de péritonite avec ou sans perforation, ou bien enfin elle est produite par infection purulente ou putride.

Suites. — Une fois guérie, la dysentérie grave laisse le malade exposé à un certain nombre d'accidents fort sérieux : j'ai déjà indiqué les *occlusions intestinales* et l'*abcès du foie*; — il convient de signaler en outre l'inflammation aiguë ou chronique du tissu cellulaire qui entoure le cæcum, *pérityphlite*, et le rectum, *péripsectite*; — les *paralysies du sphincter*, — et *celles des membres*. Ces dernières peuvent se développer également pendant le cours de la maladie; elles sont partielles, occupent tantôt les membres, tantôt la face; parfois aussi elles seraient croisées, c'est-à-dire qu'elles siègeraient dans le bras d'un côté, et dans le membre inférieur du côté opposé; cette particularité, mentionnée par Conrad Fabricius, est fort problématique; — enfin la dysentérie peut laisser après elle un *état de marasme* qui résulte de la substitution d'une membrane cicatricielle à la muqueuse normale, et peut-être aussi de la destruction ou de l'obturation des lymphatiques; l'absorption et l'assimilation sont compromises, une diarrhée séreuse persiste; le malade maigrit de plus en plus, et il finit par succomber; c'est surtout quand la lésion a intéressé l'intestin grêle que cette consommation est observée. En tout état de cause, elle est plus fréquente dans les pays chauds.

La **dysentérie des pays chauds**, remarquable déjà par la violence des accidents, par sa marche exacerbante, par la fréquence des rechutes, présente en outre quelques particularités notables : c'est d'abord la fréquence de l'*ictère* sans maladie hépatique (Annesley, Cambay), du fait d'un catarrhe duodénal qui obstrue le canal cholédoque, ou d'un catarrhe des voies biliaires elles-mêmes; — c'est ensuite la fréquence de l'*élément paludéen* qui fait de la dysentérie une fièvre pernicieuse dysentérique à type tierce ou double tierce; — c'est en outre la fréquence de la *gangrène* dans les cas graves, accident qui est annoncé par les selles noires et gangréneuses, et par une rémission soudaine et trompeuse

dans les phénomènes douloureux (Fournier et Vaidy, Dutroulau); ils cessent complètement, ou bien il n'y a plus qu'une douleur sourde et fixe dans un point du gros intestin; — c'est enfin la fréquence du passage à l'*état chronique*, mutation qui est rare dans les pays tempérés et septentrionaux.

Dysentérie chronique. — Elle ne survient pas ordinairement après une première attaque aiguë, sauf en temps d'épidémie; dans les pays chauds, ce sont les individus éprouvés plusieurs fois déjà qui sont le plus exposés; en toute condition, les écarts de régime sont l'une des causes les plus puissantes de la chronicité. Du vingt-cinquième au trentième jour, les phénomènes généraux présentent une amélioration notable, mais les évacuations, tout en diminuant de fréquence, persistent; il y en a de six à huit dans les vingt-quatre heures, et elles ont lieu surtout la nuit; les matières sont à peine sanguinolentes, le sang peut même manquer tout à fait; elles sont puriformes, très-fétides, et ont souvent l'aspect d'une purée jaunâtre ou d'un gris ardoisé. En même temps les douleurs abdominales diminuent, les épreintes et le ténésme cessent, et le malade a un appétit dont la voracité est caractéristique; vainement il le satisfait, il continue à maigrir, ses forces finissent par être anéanties au point qu'il peut à peine quitter le lit; les yeux sont sans expression, la voix est cassée et aiguë, la langue est lisse, luisante et fendillée; la peau perd son élasticité, se ride et devient rugueuse; le ventre, qui au début était tendu et météorisé, s'aplatit et se rétracte, et la mort survient par épuisement avec infiltration cachectique, ou par un brusque retour à l'état aigu qui amène la gangrène ou la perforation de l'intestin. — Dans les premières semaines on peut espérer la guérison; mais lorsque est survenue la **CACHEXIE DYSENTÉRIQUE** que je viens de décrire, la mort est certaine, ce n'est qu'une question de temps. La durée est vraiment indéterminée, de quelques mois à deux ou trois ans, parce que la marche de la maladie n'est pas continue; elle procède par des oscillations alternatives qui conduisent plus ou moins promptement à la cachexie spéciale.

Le **diagnostic** de la dysentérie ne présente aucune difficulté, si l'on a soin de prendre en considération non-seulement les excréments muqueux sanguinolents, mais l'ensemble des symptômes; l'erreur à laquelle pourraient donner lieu le cancer, le polype du rectum et les hémorrhôides, sera facilement évitée par l'exploration directe de l'intestin.

TRAITEMENT.

Le traitement **PROPHYLACTIQUE** ressort de l'étude des causes : les malades doivent être isolés dans des localités spacieuses dont l'air est fréquemment renouvelé; les objets à leur usage doivent leur être rigou-

reusement réservés; les linges tachés de déjections seront mis à part, désinfectés et lavés isolément; les matières fécales seront décomposées avec du sulfate de fer, avant d'être jetées dans la fosse d'aisances. Ce sont les mêmes mesures que pour la prophylaxie du choléra, et l'effroyable gravité de la dysentérie épidémique tient justement à ce que ces principes ont été longtemps ignorés; il est juste d'ajouter qu'en ce qui concerne les armées en campagne, nos connaissances sur la transmission de la maladie sont stériles, parce que l'état de guerre rend toutes ces mesures irréalisables. — Il faut en outre éloigner autant que possible toutes les conditions qui prédisposent l'organisme sain à l'action du poison; je rappelle l'influence toute-puissante de l'encombrement, de l'alimentation mauvaise ou insuffisante, de la malpropreté, de l'humidité, etc.

La dysentérie très-légère ne réclame que des boissons adoucissantes, de petits lavements additionnés d'amidon et de quelques gouttes de laudanum, le repos et la diète; cependant, si les premières évacuations n'ont pas été stercorales, il faut avant tout administrer un purgatif afin de débarrasser l'intestin des matières qu'il peut contenir.

La dysentérie grave doit être combattue par la MÉDICATION ÉVACUANTE; la saignée générale n'est jamais indiquée, et les saignées locales (application de sangsues) ne sont utiles que chez les individus robustes, qui sont tourmentés de douleurs très-vives. Lorsqu'il existe des symptômes de catarrhe gastrique, il faut commencer le traitement par un vomitif; on choisira l'ipécacuanha, et on le donnera pur, sans addition de tartre stibié. Après ce vomitif, ou d'emblée, on institue la médication purgative. Si l'on emploie les *sels neutres*, on administre tous les jours de 15 à 25 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, ou de sel de Seignette (tartrate de potasse et de soude); si l'on emploie le *calomel*, dont l'efficacité est réellement merveilleuse, on peut le donner à doses fractionnées, suivant la méthode de Law, c'est-à-dire 5 centigrammes divisés en 10 paquets qu'on administre d'heure en heure, ou bien à doses massives. C'est cette dernière méthode que je préfère; elle comprend deux procédés : le calomel est administré à la dose de 1 gramme et demi à 2 grammes en une fois, et, si besoin est, on donne ce purgatif matin et soir; ou bien on fait diviser 1 à 2 grammes en dix paquets, qui sont pris d'heure en heure. Les deux procédés conduisent au but, mais le second m'a paru plus rapide, et c'est celui que j'adopte ordinairement. En tout cas, c'est la modification des selles qui témoigne de l'effet des purgatifs : elles deviennent diarrhéiques et perdent le caractère muco-sanguinolent; avec le calomel, elles prennent en outre une coloration vert foncé, qui, dans l'épidémie de Gibraltar, a toujours été le signal d'une amélioration définitive. Ce résultat obtenu, on diminue et l'on éloigne les doses de purgatifs, puis on les abandonne tout à fait. Lorsqu'on emploie le calomel, il faut

avoir soin de mettre les malades à l'abri de tout refroidissement, sinon on court risque de voir apparaître la stomatite mercurielle.

Indépendamment de l'indication particulière qu'il remplit au début, l'IPÉCACUANHA exerce sur le processus morbide une action curatrice, qui lui a fait donner le nom de *racine antidysentérique*, et qui, d'après les observations de Delioux, est indépendante des effets émétiques et purgatifs. Le mode d'administration a varié : Pringle le donnait par doses de 25 centigrammes, répétées le même jour jusqu'à production de vomissements ou de selles diarrhéiques; d'autres, Haspel notamment, l'ont administré *fracta dosi*, 5 centigrammes toutes les heures ou toutes les deux heures, de manière à produire simplement l'état nauséux et la diaphorèse; enfin la méthode la plus ancienne, dite brésilienne, paraît être la plus efficace : avec 2 à 8 grammes d'ipéca on fait une infusion dans 200 à 300 grammes d'eau, et ce liquide est pris en une ou deux fois dans la journée; la médication est continuée plusieurs jours de suite. On a parfois uni l'ipécacuanha au calomel et à l'opium, et la formule suivante, de Second, Monard et Delioux, a été recommandée : poudre d'ipéca, 40 centigrammes; calomel, 20; extrait d'opium, 5; sirop de nerprun, q. s. Pour six pilules.

Le professeur Luton (de Reims) a eu recours, dans le traitement de la dysentérie, au seigle ergoté à la dose de 3 grammes par jour en six prises, et il a obtenu ainsi des guérisons rapides. Cette médication mérite d'être vulgarisée.

L'OPIMUM ne doit être donné qu'avec grande réserve; on en a étrangement abusé. La constipation qu'il détermine va contre le but, et quand l'état adynamique survient, il peut hâter l'asphyxie. En fait, l'opium doit être réservé pour les cas où les douleurs sont très-vives, et la poudre de Dover est la préparation qui mérite la préférence; on pourrait aussi, pour remplir cette indication symptomatique, recourir à la belladone, et particulièrement aux onctions belladonnées sur le ventre (Leclerc).

Lorsque la maladie traîne en longueur, il faut agir directement sur la muqueuse malade au moyen des IRRITANTS SUBSTITUTIFS; les *lavements au sulfate de cuivre* ou de *zinc* (1 gramme chez l'adulte, 5 centigrammes chez l'enfant), au *nitrate d'argent* (20 à 75 centigrammes chez l'adulte, 5 à 10 chez l'enfant, pour 125 grammes d'eau, Trousseau), remplissent cette indication.

On peut prescrire comme boisson l'eau albumineuse, la *décoction blanche* de Sydenham, et dans aucun cas on ne maintiendra la diète absolue, en raison des tendances adynamiques de la maladie. Si, malgré ces précautions, l'adynamie survient, il faut supprimer toute médication évacuante, donner les toniques ou même les stimulants, et se borner à agir sur l'intestin au moyen des topiques ci-dessus indiqués.

Les lavements astringents et cathérétiques forment la base du traitement

dans la DYSENTÉRIE CHRONIQUE; il faut en outre, si les selles ne sont pas stercorales, administrer de temps en temps un purgatif léger, afin de débarrasser l'intestin. En même temps on prescrira une alimentation animale (viande crue), une médication tonique, afin de prévenir l'état de cachexie; les malades seront vêtus de flanelle, on fera des frictions sèches pour exciter les fonctions de la peau, et dans beaucoup de cas on obtiendra de très-bons résultats d'un changement de résidence et de l'habitation à la campagne. — Pour les individus qui contractent la dysentérie chronique dans les pays chauds, le changement de climat est le meilleur, je dirais volontiers le seul moyen de traitement.

CHAPITRE V.

OCCLUSION INTESTINALE.

Il faut entendre par **occlusion intestinale** (1) toute modification du calibre de l'intestin suffisante pour arrêter le cours des matières. L'expression est à la fois anatomique et clinique, et le siège de l'obstacle est le seul caractère distinctif entre l'occlusion d'ordre médical et l'occlusion d'ordre chirurgical : dans la première, la portion d'intestin qui est modifiée occupe l'intérieur de la cavité abdominale; dans la seconde, elle forme tumeur à l'extérieur, dans l'une des régions où l'anatomie signale les anneaux et les éraillures de la paroi.

(1) Synonymes : Colique de miséréré; — passion iliaque; — iléus.

HÉVIN et BARBETTE, *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. IX. — GALLEZKI, *Abhandlung von dem Miserere oder der Darmgicht*. Mitau und Riga, 1767. — MAYER, *De strangulationibus intestinorum*. Strasb., 1776. — HARTMANN, *Dissert. ileum cognoscendum et curandum exponens*. Francofurti, 1780. — RAHN, *De passionis iliace pathologia*. Halle, 1791. — VOGEL, *Sichere und leichte Methode, den Ileus von eingeklemmten Darmbrüchen zu heilen*. Nürnberg, 1797. — MONRO, *Remarks on prociencia ani, intussusception, inflammation and volvulus of the intestines* (*Edinb. Med. and Phys. Essays*, vol. II, n. 27).

MONFALCON, *Dict. des sc. méd.*, t. XXIII. — RAIGE-DELORE, *Dict. de méd.*, t. XXI. — RAYER, *Arch. gén. de méd.*, t. V. — LOUIS, *Eodem loco*, t. XIV. — SECKENDORF, *Colicteanea quedam de strangulationibus intestinorum internis*. Lipsiæ, 1825. — MALAGO, *Memoria sul' ileo* (*Giornale di chirurg. pratica*, 1827). — ABERCROMBIE, *On Diseases of the abd. viscera*. Edinburgh, 1828. — EBERS, *Ueber den Ileus und seine Behandlung, namentlich durch das lebendige Quecksilber* (*Hufeland's Journal*, 1829). — CLARUS, *De omenti laceratione et mesenterii chordapso*. Lipsiæ, 1830. — BONNET, *De l'étranglement de l'intestin*. Paris, 1830. — FALK, *De ileo e diverticulis*. Berolini, 1835. — FORKE, *Unter-*

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Les causes pathogéniques de l'occlusion intestinale sont fort nombreuses; elles siègent *en dehors de l'intestin*, — *dans ses parois*, — *dans sa cavité*.

Causes extrinsèques. — Quelques variées que soient ces causes, elles produisent l'occlusion par le même mécanisme; elles compriment l'intestin sur un point, de manière à rapprocher ou à accoler les parois opposées de ce segment; quand bien même la compression est d'abord incom-

suchungen und Beobachtungen über den Ileus, die Invagination und die croupartige Entzündung der Gedärme. Leipzig, 1843. — LABRIC, *Thèse de Paris*, 1852. — COSSY, *Mém. de la Soc. médic. d'observ.*, t. III. — MASSON, *Thèse de Paris*, 1857. — BESNIER, *Diagnostique et traitement de l'occlusion de l'intestin*, thèse de Paris, 1857. — *Des étranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860. — GRUBER, *Ueber Incarceratio int.* (*Med. Zeit. Russlands*, 1860).

WACHSMUTH, *Virchow's Archiv*, XXIII, 1862. — ROTH, *Ueber Enterostenosis* (*Würzb. med. Zeits.*, 1862). — MARTIN, *Sur le traitement de l'iléus* (*Gaz. hôp.*, 1862). — GRUBER, *Virchow's Archiv*, Bd. XXVI, 1863. — *Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1863. — BIERBAUM, *Beitrag zur Ileus-Lehre* (*Deutsche Klinik*, 1864). — VOGEL, *Ueber den Ileus* (*Arch. des Vereins f. wissenschaft. Heilk.*, 1864). — MOSLER, *Ueber den Ileus* (*Arch. der Heilkunde*, 1864). — FINNY, *Dublin quarterly Journ.*, 1864. — REMBOLD, *Ein Fall von Achsendrehung des Duodenum* (*Oester. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1865). — HENROT, *Des pseudo-étranglements*, thèse de Paris, 1865. — ANGER, *De l'étranglement intestinal*, thèse de Paris, 1865. — FLEMING, *Med. Times and Gaz.*, 1866. — COLQUHOUN, *London Hosp. Reports*, 1866. — ISNARD, *Des injections forcées dans l'occlusion intestinale* (*Gaz. méd. Paris*, 1866). — GUYOT, *Pseudo-étranglement intestinal* (*Union méd.*, 1866). — HITZ, *Ein Beitrag zur Erklärung des Ileus* (*Bayr. ärztl. Intellig. Blatt*, 1866). — SCHÜPPEL, *Arch. d. Heilk.*, 1866. — BARLOW, *Med. Times and Gaz.*, 1866. — STEINTHAL, *Deutsche Klinik*, 1866. — CLEMENS, *Eodem loco*, 1866. — SIMPSON, *Brit. med. Journ.*, 1867. — ANDREWS, *Constrictions of Ileum by appendix vermiformis* (*Americ. Journ.*, 1867). — MERCIER, *Gaz. méd. Paris*, 1867. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochenschr.*, 1867. — KRISHABER, *Union méd.*, 1867. — CHVOSTEK, *Oester. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1867. — PEACOCK, *Stricture of sigmoid flexure of colon* (*Transact. of the Path. Society*, 1867). — RÉFRÉGÉ, *Thèse de Paris*, 1868. — REVERTÉGAT, *Des affections intra-abdominales qui simulent l'étranglement herniaire*, thèse de Montpellier, 1868. — BEVERIDGE, *On the Pathology of Ileus* (*Brit. med. Journ.*, 1868). — FOURNIER et OLLIVIER, *Gaz. méd. Paris*, 1868. — PETSCH, *Ueber Ileus*. Berlin, 1868. — DOWN, *Fatal Obstruct. by a ball of cacao nut fibre* (*Transact. of the path. Soc.*, 1868). — HAYDEN, *Brit. Med. Journ.*, 1868. — BIRKETT, *Guy's Hosp. Reports*, 1868. — KUETTNER, *Ueber innere Incarcerationen* (*Arch. f. path. Anat.*, 1868). — SCHUELZ, *Zur Lehre von der Impermeabilität des Darms* (*Prajer Vierteljahr.*, 1868). — DAHLERUP, *Tilfælde af Ileus* (*Biblioth. for Læger*, 1868).

FAGGE, *On intestinal obstruction* (*Guy's Hosp. Reports*, 1869). — CHAILLOUX, *Des occlusions internes de l'intestin*, thèse de Montpellier, 1869. — RICHELLOT, *Note sur deux*