

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-DELORME, *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*

plète, elle finit cependant par amener une occlusion totale, parce que l'accumulation des matières dans le bout supérieur en augmente le calibre par distension, et refoule par cette action de dedans en dehors la partie resserrée sur l'obstacle qui la comprime. Cet effet est d'autant plus rapide que les matières intestinales sont plus condensées; aussi l'observe-t-on surtout dans les compressions des côlons et du rectum. Les principales de ces causes extrinsèques sont :

1. LES TUMEURS DE VOISINAGE. — L'hypertrophie ou le déplacement de la rate (Blanchard, Bainbrigge), du foie (Ulmer), du pancréas; les tumeurs kystiques ou cancéreuses du péritoine, du mésentère; les tu-

cas d'étranglement interne (*Union méd.*, 1869). — BENOÎT, *Considér. sur l'occlusion intestinale et sur son traitement*, thèse de Strasbourg, 1869. — STEIN, *Die Punction des Abdomen bei Pneumatosis gastro-intestinalis* (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1869). — HAY, *The long tube in intestinal obstruction* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1869). — CORAZZA, *Bollet. d. sc. mediche di Bologna*, 1869. — LAUB, *Hospitalstidende*, 1869.

STEIN, *Zur Casuistik innerer Darmverchiessungen* (*Memorabilien*, 1870). — PINKHAM, *A case of stricture of the large intestine the result of ulceration* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1870). — WARDELL, *Obstruction of the bowels caused by a band of lymph* (*The Lancet*, 1870). — TILLAUX, *Du traitement des étranglements internes* (*Bullet. thérap.*, 1870). — HANCOOKE, *Obstruction of the bowels; fecal vomiting* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — MACARIO, *Caso di ileo guarito coll'uso d'una corrente indotta* (*Ann. univ. di med.*, 1870). — LARGUIER DES BANCELS, *Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes*, thèse de Paris, 1870. — PRUD'HOMME, *De l'occlusion intestinale incomplète* (*Gaz. hôp.*, 1870).

GUSSMANN, *Ein Beitrag zur Casuistik seltener Darmverchiessungen* (*Würtemb. med. Corr. Blatt*, 1871). — HEIBERG, *Ueber innere Incarcerationen* (*Virchow's Archiv*, LIV, 1871). — TAYLOR, *Intestinal obstruction from a Knot on the lower part of the ileum* (*Brit. med. Journ.*, 1871). — PANAS, *Cas d'occlusion intestinale produite par le renversement d'une anse de l'iléon sur elle-même* (*Gaz. hôp.*, 1871). — ARON, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1871. — THOMPSON, *Clin. Lecture* (*Med. Times and Gaz.*, 1871).

PATERNA, *Ueber Ileus*. Berlin, 1872. — PEACOCK, *Fatal constipation from excessive dilatation of the colon* (*Trans. of the path. Soc.*, 1872). — PUTNAM, *Intestinal obstruction* (*New-York med. Record*, 1872). — HANDFIELD JONES, *Med. Times and Gaz.*, 1872. — CLARK, *A case of large biliary concretion in the ileum* (*Med. chir. Trans.*, 1872). — MEYNOTT, *Impaction of a large gall-stone in the ileum* (*The Lancet*, 1872). — ELLIOT, *Med. Press and Circular*, 1872. — CRUVEILHIER, *Étranglement par un diverticulum de l'intestin* (*Gaz. hôp.*, 1872). — CRISP, *Fatal strangulation from the twisting of a portion of the colon* (*Trans. of the path. Soc.*, 1872). — BRISTOWE, *Complete stricture of the upper part of the descending colon caused by a growth of colloid cancer* (*Eodem loco*, 1872). — MASCAREL, *Du traitement de l'iléus* (*Bullet. de thérap.*, 1872). — HILTON FAGGE, *The Lancet*, 1872. — BATTESON, *Eodem loco*, 1872. — ULMER, *Ueber den Volvulus* (*Würtemb. med. Corresp. Bl.*, 1872). — BRYANT, *Clinical lect. on intestinal obstruction* (*Med. Times and Gaz.*, 1872). — JACOBS, *Presse méd. belge*, 1872. — MARTYN, *Brit. med. Journ.*, 1872. — BELL and CROOM, *A case of obstruction of the bowels*

meurs des ovaires et de l'utérus (Jaccoud), celles des ganglions mésentériques et pelviens (Abercrombie) ont souvent produit par compression une occlusion mortelle. — Dans quelques cas rares, une portion d'intestin distendue par des matières fécales, au point de faire tumeur, vient s'appliquer sur un autre segment du canal (Bamberger) et en efface la lumière (1).

2. LES ORIFICES ET LES BRIDES DU PÉRITOINE. — Le mécanisme de l'occlusion est semblable à celui de la hernie : l'intestin en vacuité s'introduit dans un orifice normal ou anormal, ou bien il passe entre une bride fixée en forme de pont, et la paroi abdominale; puis l'arrivée des matières dans l'anse ainsi enfermée et la turgescence inflammatoire de la paroi augmente

attended by unusual symptoms (*Edinb. med. Journ.*, 1872). — HULKE, *Med. Times and Gaz.*, 1872. — LYON, *Cases of intestinal obstruction with remarks on operative interferences* (*Glasgow med. Journ.*, 1872). — TEMPESTI, *Tre fatti di occlusione intestinale* (*Lo Sperimentale*, 1872). — PIERI, *Di uno strangolamento intestinale interno*. *Gastrotonia. Guarigione* (*Eodem loco*, 1872). — JETTER, *Beobachtung eines grossen Polyps des Darmkanals* (*Würt. med. Corresp. Bl.*, 1872). — BOGDAN, *Ileus geheilt durch Electricität* (*Wien. med. Presse*, 1872).

MACRAE, *The Lancet*, 1873. — MOFFETT, *A case of stricture of the rectum producing obstruction* (*Philad. med. Times*, 1873). — THOROWGOOD, *Fatal case of intestinal obstruction* (*Med. Press and Circular*, 1873). — KOUMANS van DAM, *Hardnekkige obstipatio alvi met gunstigen afloop behandeld door inwendig gebruik van mercurius vivus* (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1873). — VAN ITERSOM, *Eodem loco*, 1873. — WILSON, *The Lancet*, 1873. — METZ, *Heilung einer hartnäckigen Darmverschliessung durch Hydrargyrum depuratum* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1873). — KIRSCHSTEIN, *Zur Wirkung des Hydrargyrum depuratum* (*Eodem loco*, 1873). — BRADLEY, *A case of twisting or convolution of the small bowels* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1873). — PLATT, *A case of intestinal obstruction with hernia through the peritoneum* (*The Lancet*, 1873). — TIBALDI, *Sulla diagnosi differenziale fra l'ostruzione e le altre forme di occlusione dell'intestino* (*Ann. univ. di med.*, 1873). — SCHNITLER, *Tilfælde af ileus* (*Norsk. Magaz. f. Lægevidsk.*, 1873).

DENUTH, *Ueber die Therapie des Ileus*. Berlin, 1874. — GLYNN, *The Lancet*, 1874. — WAGSTAFFE, *Intestinal obstruction, its causes and treatment* (*Brit. med. Journ.*, 1874). — NEUFFER, PANTLER, *Würtemb. med. Corresp. Bl.*, 1874. — DUNLAP, *Philad. med. and surg. Rep.*, 1874. — HILL, SAMUEL, *Brit. med. Journ.*, 1874. — BOUTHERY, *Arch. de méd.*, 1874. — TRASTOUR, *Du traitement de l'occlusion intestinale par l'insufflation* (*Bullet. thérap.*, 1874). — BÖTTGER, *Drei Fälle von Darmverschliessung durch Einblasen von Luft geheilt* (*Memorabilien f. prakt. Aerzte*, 1874). — HUE, *Gaz. hebdom.*, 1874. — TUEFFERD, *Obstructions intestinales levées à deux reprises par des ponctions aspiratrices de l'intestin* (*Union méd.*, 1874). — KUNZE, *Günstige Wirkung des spontanen, durch alleinigen Wasserdruck bewirkten Eindringens grösserer Mengen kalten Wassers in den Darm bei Impermeabilität des Darms* (*Deutsch. Zeits. f. prakt. Med.*, 1874). — GLAX, *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1874.

(1) BAINBRIGGE, *Provincial Med. and Surg. Journ.*, 1847. — SAVOPOULO, *Thèse de Paris*, 1854. — BALL, *Bullet. Soc. anat.*, 1857. — BAMBERGER, BESNIER, *loc. cit.*

la compression, et non-seulement le cours des fèces est interrompu, mais le tissu intestinal, refoulé contre l'obstacle qui le bride ou contre le pourtour de l'anneau, peut être nécrosé et sectionné tout comme dans la hernie. Les faits de cet ordre ont été avec raison réunis sous le chef commun d'*incarcération* ou *étranglement interne*. — L'*étranglement par orifice* est le plus rare; il a lieu soit dans l'ouverture de Winslow, soit dans un orifice anormal de l'épiploon, du mésentère, soit dans une duplicature du péritoine; la hernie rétro-péritonéale de Treitz est une des variétés de ce groupe. Ces orifices étant le plus ordinairement congénitaux, cette occlusion peut être observée à tout âge. — L'*étranglement par brides* est très-fréquent. Ces brides sont, dans la majorité des cas, des produits d'anciennes péritonites; elle sont étendues en forme de ponts, de cordes ou de plaques, d'une anse intestinale à une autre, ou bien de l'intestin à la paroi abdominale, au mésentère, à l'épiploon, ou à quelque organe voisin, notamment à l'utérus et à la vessie; parfois la bride est sans rapport avec l'intestin, elle va de l'épiploon ou du mésentère à la paroi, ou bien de l'un des organes du bassin à un autre. Ces cordons peuvent exister durant des années sans donner lieu à aucun accident; puis, par suite de mouvements insolites, d'une distension excessive, d'une constipation prolongée, la compression devient plus forte, l'étranglement a lieu. — L'*incarcération* est produite dans des cas beaucoup plus rares par l'*appendice vermiforme* dont l'extrémité est anormalement fixée à la paroi abdominale ou à l'un des viscères; par un *diverticule intestinal*; par des *adhérences* qui unissent l'épiploon à un point quelconque du péritoine. Toute inflammation de cette séreuse peut avoir pour conséquence une occlusion intestinale par brides, et quel que soit le siège de l'obstacle, c'est presque toujours l'intestin grêle qui est étranglé, en raison de la mobilité plus grande qu'il doit à la longueur de son mésentère. — Les rapports de l'intestin étranglé avec la bride et avec les anses intestinales voisines sont infiniment variables; on trouverait à peine deux cas parfaitement semblables, une description synthétique n'est pas possible.

3. LES TORSIONS DE L'INTESTIN. — Elles ont souvent lieu sur les brides, mais elles peuvent aussi être produites en l'absence de ces dernières, par un mécanisme qui n'est point élucidé; c'est à cette variété d'étranglement interne que doit être réservé le nom de *volvulus* (*étranglement rotatoire* de Rokitansky). L'occlusion par torsion est plus fréquente sur le gros intestin, et elle siège de préférence au cæcum ou à l'S iliaque; la longueur insolite des replis séreux de ces deux organes favorise le mouvement de rotation; il a lieu tantôt par torsion proprement dite, l'intestin tournant autour de son axe central, tantôt par simple flexion; cette variété est relativement fréquente au niveau de la jonction du cæcum avec le colon ascendant. La torsion peut également porter sur l'intestin grêle; mais ici c'est le repli mésentérique de l'anse tordue qui sert d'axe; c'est autour

de ce repli qu'elle tourne; dans certains cas, la constriction est telle que l'intestin semble réellement noué. Dans quelques faits, la torsion paraît avoir succédé à l'ingestion abondante d'aliments indigestes; ailleurs elle a été provoquée par des mouvements brusques et violents du corps; mais en somme les causes et le mécanisme de cette lésion ne sont pas connus. Les dix cas réunis par mon collègue Besnier, dans son excellent travail, concernent des hommes; l'âge a varié de vingt-quatre à soixante et un ans.

Causes pariétales. — Les lésions qui produisent le rétrécissement et l'occlusion de l'intestin siègent dans les parois mêmes du canal. Ces lésions dissimilables peuvent être ramenées à trois groupes :

1. LES TUMEURS. — Les plus fréquentes sont les *productions cancéreuses*, puis les *excroissances polypiformes* de la muqueuse; bien plus rarement l'occlusion résulte d'une *simple hypertrophie* des tuniques; enfin Laennec a rapporté un cas dans lequel la sténose avait été produite par un *kyste hydatique* développé dans l'épaisseur des parois. Ces altérations siègent dans le gros intestin.

2. LES CICATRICES. — En raison de leur rétraction, les cicatrices intestinales amènent une déformation, un froncement des tuniques, et par suite un rétrécissement d'autant plus marqué que le tissu cicatriciel est plus étendu : les *ulcérations de la dysentérie* et de la *tuberculose* sont celles qui exposent le plus à cette occlusion; celles de la *fièvre typhoïde* et du *catarrhe* la provoquent plus rarement; enfin, les *cicatrices syphilitiques* du rectum méritent une mention particulière en raison des indications thérapeutiques qu'elles fournissent, et de la curabilité tout exceptionnelle de l'occlusion qu'elles produisent. A l'exception des ulcérations tuberculeuses, toutes ces causes siègent dans le gros intestin.

3. LES INVAGINATIONS. — L'invagination ou intussusception (1) est constituée par la pénétration d'un segment intestinal dans un autre, à la manière d'un doigt de gant dont l'extrémité libre est rentrée et repoussée vers

(1) BECKER, *Diss. de intussusceptione*. Strasb., 1769. — HOWSHIP, *Obs. on Intussusception* (Edinb. Med. Journal, vol. VIII, n. 1). — BLIZARD, *A case of intussusception* (Med.-chir. Transact., 1809). — WENDT, *Tres historiae intussusceptionis intestinorum* (Nova Acta reg. Soc. med. Havniensis, vol. II). — DANCE, *Mém. sur les invaginations des intestins* (Répert. d'anat. et de phys. path., 1826). — BASEDOW, *Ueber Ileus ex invaginatione* (Græfe und Walther's Journal, Bd XVII). — BUET, *Arch. gén. de méd.*, 1827. — BOILEAU DE CASTELNEAU, *Obs., etc., séparation spontanée de la partie invaginée* (Mém. des hôp. du Midi, 1829). — RICHTER, *Abhandl. aus dem Gebiete der Med. und Chir.* Berlin, 1832. — GAULTIER DE CLAUERY, *Journ. univ. et hebdom.*, 1833. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1834. — STAUB, *Encyclop. Wörterb. der med. Wissenschaft.*, Bd. XVIII, Berlin, 1838. — FORKE, *loc. cit.* — PFEIFFER, *De laparotomia in volvulo necessaria*. Marburgi, 1843. — PFEIFFER, *Zeits. f. rat. Med.*, 1851. — RILLIET, *Mém. sur l'invagi-*

la base du cylindre digital. L'invagination une fois effectuée présente trois parois intestinales accolées, une extérieure, une moyenne, une intérieure. L'extérieure, formant gaine, oppose sa muqueuse à la muqueuse de la couche moyenne; celle-ci est en rapport par sa séreuse avec la séreuse de la couche intérieure. Le mésentère est entre la couche moyenne et l'intérieure; or, comme il est fixé en arrière, pour peu que l'invagination soit profonde, il est distendu au delà des limites de son élasticité, et il exerce sur le cylindre invaginé une traction qui porte exclusivement sur le bord mésentérique; par suite, la tumeur prend en bloc une disposition courbée à concavité antérieure, et l'orifice par lequel la lumière du cylindre intérieur se continue avec celle de l'intestin est fortement dévié vers la gaine invaginant; il perd par là sa forme circulaire, et il est réduit à une fente plus ou moins resserrée. Cette modification de l'orifice est la véritable cause de l'occlusion que l'invagination par elle-même ne pourrait produire. Du moment qu'il y a obstacle, l'arrivée des matières sur l'orifice

nation chez les enfants. Paris, 1852. — MASSON, BESNIER, *loc. cit.* — BETZ, *Memorabilien*, II, 1857. — ROKITANSKY, LEBERT, FÖRSTER, BAMBERGER, *loc. cit.*

KOCH, *Die Opiumbehandlung des Volvulus* (Würtemb. *Corresp. Blatt.*, 1862). — LEWIS SMITH, *Intussusception in Children* (*Americ. Journ. of Med. Sc.*, 1862). — HARE, *Six inches of Ileum passed per anum three months before death* (*Med. Times and Gaz.*, 1862). — BUTAUD, *Gaz. hôp.*, 1863. — ROLLETT, *Ueber Darmschiebung* (*Wiener med. Wochenschr.*, 1865). — LECHLER, *Invaginatio des Colon ascendens in das Colon transversum. Perforirendes Darmgeschwür* (Würtemb. *med. Correspon. Blatt*, 1866). — CARRIER, *Gaz. méd. Lyon*, 1866. — BRYDON, *Case of intussusception terminating in sloughing and discharge of the intussuscepted portion of intestine and Recovery* (*Edinb. Med. Journal*, 1866). — BERNUTZ, *Union méd.*, 1867. — BLACH, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1867. — GREENHOW, *Trans. of the Path. Soc.*, 1868. — HERR, *Bad. ärztl. Mittheilungen*, 1868. — HODGES, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1868. — DICKSON, *Brit. Med. Journ.*, 1868. — CONCATO, *Invaginamento del colon transversum; colite chronica; morte per febbre consecutiva* (*Rivista clinica*, 1868).

SPAETH, *Chronische Invagination* (Würtemb. *med. Corr. Blatt*, 1869). — BIRCH-HIRSCHFELD, *Fall von geheilten Invaginationen des Darmes* (*Arch. d. Heilk.*, 1869). — KOPPE, *Invagination des Dickdarms, zwölfstägiger Ileus, Heilung mittelst des Darmrohres* (*Petersb. med. Zeits.*, 1869). — HOLMES, *Intussusception removed from the rectum* (*Trans. path. Soc.*, 1869). — WILLEBRAND, *Fall af darminvagination* (*Notisblad for läkare och farmac.*, 1869).

GROOS, *Invagination eines Theils des Ileum, des Cæcum, des colon ascendens und transversum in das Colon descendens bei einem 1/2 Jahr alten Knaben* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1870). — WOODMAN, *Med. Times and Gaz.*, 1870. — FABER, *Ein Fall von Invagination des Darmes; Heilung durch Kaltwasserinjectionen* (Würtemb. *med. Corr. Blatt*, 1870). — STEINHART, *Eodem loco*, 1870. — ARIGO, *Intussusceptione dell'ileo causata da un polipo* (*Gazz. med. ital. Lomb.*, 1870).

PEPPER, *Extensive invagination of the ileum, cæcum and ascending and transverse colon in an infant six months old* (*Philad. med. Times*, 1871). — FULLER, *Polypoid*

semi-clos du cylindre invaginé a pour effet d'augmenter l'intussusception par pression directe, à moins qu'une inflammation secondaire n'ait déjà fixé par leurs séreuses la couche intérieure à la moyenne.

Il est de règle, en effet, que les parois intestinales superposées s'enflamment, et la distension des vaisseaux du mésentère a sans doute une grande part dans le développement rapide de cette phlegmasie; les tuniques sont infiltrées de sérosité sanguinolente, souvent aussi des ruptures vasculaires versent du sang pur dans l'intestin; et tandis que les muqueuses contiguës présentent les lésions d'un catarrhe intense avec exsudat superficiel, les séreuses sont unies et fixées l'une à l'autre par l'exsudat fibrineux libre propre aux inflammations adhésives. Le processus a dès lors une *évolution variable*. Les phénomènes phlegmasiques tombent, la turgescence des tissus diminue, et, malgré la persistance de l'invagination, le cours des matières devient assez libre pour que le malade survive; c'est une guérison, mais une guérison incomplète, parce qu'il reste une sténose intestinale qui, d'un moment à l'autre, peut ramener les accidents de l'occlusion. — La compression des vaisseaux du mésentère produit la nécrose du cylindre invaginé; il est éliminé avec son repli, soit en totalité, soit en grande partie, et l'adhérence phlegmasique des séreuses de la couche moyenne et de l'intérieure rétablit la continuité du canal, et prévient l'épanchement des matières dans le péritoine. Si l'élimination du cylindre est totale, la guérison est complète; dans le cas contraire, il

growth in the bowel giving rise to intussusception (*Transact. of path. Soc.*, 1871). — DUBOIS, *Occlusion intestinale; élimination d'une portion d'intestin grêle longue de 40 centimètres. Guérison* (Rapport de Barth., *Bullet. Acad. méd.*, 1871). — HALLEGUEN, *Eodem loco*, 1871. — NINAUS, *Ueber einen Fall von Invagination mit den Ausgange in Heilung nach dem Abgange eines 50 Zoll langen Dünndarmstückes* (*Sitzungsber. des Vereins der Aerzte in Steyermark*, 1871). — KÜTTNER, *Drei Fälle von Intussusception und deren präsumptive Heilung* (*Virchow's Archiv*, 1871).

CRISP, *Intussusception in an infant* (*Trans. of the path. Soc.*, 1872). — DURHAM, *Intussusception of the rectum with adenomatous growth* (*Eodem loco*, 1872). — SCHEUTHAUER, *Fibrom des Ileums* (*Petersb. med. Zeitsch.*, 1872). — HEATON, *A case of ileocolic intussusception* (*Brit. med. Journ.*, 1873). — PERNET, *Intussusception intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde; expulsion de la partie étranglée; guérison* (*Gaz. hôp.*, 1873). — HUTCHINSON, *A successful case of abdominal section for intussusception* (*Brit. med. Journ.*, 1873). — SCHÜTZ, *Die Relaxation des Sphincter ani als Zeichen der Intussusception* (*Prager Viertelj.*, 1873). — PEACOCK, *Trans. of the path. Soc.*, 1873. — LEICHTENSTERN, *Ueber Darm-Invagination* (*Prager Viertelj.*, 1873). — KUNZE, *Intussusception des Ileum* (*Deutsch. Zeits. f. prakt. Med.*, 1874). — BOUCHAUD, *Invagination du gros intestin, chute du cæcum, gangrène, guérison* (*Gaz. hôp.*, 1874). — SCHUBERG, *Eine Darminvagination* (*Aerztl. Mittheil. aus Baden*, 1874). — CULLINGWORTH, *The Lancet*, 1874. — HUTCHINSON, *Med. chir. Transact.*, 1874. — AXEL KEY, *Fall af volvulus af cæcum* (*Svenska läk. sällsk. förh.*, 1873). — KACZOROWSKI, *Fall von Ileus mit galvanischem Strome wirksam behandelt* (*Przegląd lekarski*, 1874).

reste comme tantôt un rétrécissement. — Enfin la lésion peut tuer, comme toute autre occlusion, par rupture de l'intestin ou par péritonite générale. — On peut concevoir qu'une invagination s'efface avant le début de l'inflammation qui la fixe, mais cette présomption ne peut être démontrée.

Les intussusceptions occupent avec une égale fréquence l'intestin grêle et les côlons (Rokitansky); cependant l'examen des faits réunis par Besnier montre une prédominance notable dans le gros intestin. En tout cas, les invaginations de ce dernier sont remarquables par leur grande étendue : on a vu la portion terminale de l'iléon rentrée dans le cæcum, et celui-ci invaginé avec le côlon dans le rectum, à ce point que la valvule de Bauhin était tout près de l'anus. Il n'est pas très-rare qu'un second, puis un troisième segment intestinal pénètre dans une intussusception déjà constituée; on a alors l'invagination double ou à cinq parois; triple ou à sept parois. — Dans la grande majorité des cas, le *sens de la pénétration* est celui du cours des matières; c'est un bout supérieur de l'intestin qui s'introduit dans un bout inférieur (*invagination progressive* ou *descendante*); parfois cependant c'est un bout inférieur qui pénètre dans un bout supérieur (*invagination rétrograde* ou *ascendante*). Dans la première variété, l'*anneau* ou *collet* au niveau duquel ont lieu les phénomènes de l'inflammation adhésive et de l'étranglement occupe la partie supérieure de la tumeur; dans la seconde, il en occupe la partie inférieure.

L'invagination survient à tout âge; elle n'est point rare chez les enfants, même dans les premiers mois de la vie (Rilliet). Les CAUSES les plus positives sont la *diarrhée avec pneumatose*, la *dysentérie* et les *polypes intestinaux*, qui provoquent mécaniquement l'intussusception par leur poids; on a signalé aussi les contusions du ventre et les secousses violentes du corps, mais la réalité de ces influences n'est pas aussi bien établie. — Quant au mode de production, au mécanisme immédiat de l'invagination, il n'est pas parfaitement élucidé : comme la lésion (les cas de polypes réservés) succède à des états morbides qui provoquent des mouvements intestinaux fréquents et énergiques, il n'est pas douteux que l'hyperkinésie intestinale ne joue un rôle important; d'un autre côté, si toutes les portions de l'intestin se contractent également, il n'y a pas de raison pour que l'une pénètre dans l'autre; il devient ainsi fort vraisemblable que l'invagination résulte de la contraction exagérée d'une partie de l'intestin coïncidant avec le relâchement de la partie voisine. On comprend ainsi l'influence étiologique de la pneumatose.

L'irrégularité des contractions intestinales est fréquente dans l'agonie, surtout dans les maladies cérébrales des enfants; aussi n'est-il pas rare de rencontrer à l'autopsie des invaginations qui n'ont donné lieu à aucun symptôme. Ces lésions agoniques diffèrent de l'invagination morbide par l'absence de tout processus inflammatoire.

Causes cavitaires. — Les occlusions de cette origine sont assez fréquentes, et bon nombre de prétendus étranglements guéris par les moyens pharmaceutiques ne sont en réalité que des obstructions cavitaires. Les causes qui les produisent sont peu nombreuses; la plus commune est l'*accumulation des matières fécales* condensées et durcies en manière de tumeur; viennent ensuite les *concrétions intestinales*, ou *entérolithes*, qui coïncident souvent avec la tumeur stercorale, et qui sont formées, dans la majorité des cas, de phosphate ammoniaco-magnésien et de sels calciques. Les résidus *indigestibles* de certains aliments, les pepins de melon, les noyaux de fruits, les gousses des légumineuses, peuvent aussi donner lieu à l'obturation cavitaire; enfin, dans des cas bien plus rares, elle est produite par des pelotons d'ascarides (Jaccoud), par des calculs biliaires, par des amas de médicaments minéraux, la magnésie ou la craie par exemple. L'action de ces causes est grandement favorisée par l'inertie des muscles intestinaux; or cet état de paralysie ou de parésie est très-fréquent chez les individus habituellement constipés, et ils sont par suite plus sujets aux accidents de l'occlusion confirmée.

Dans cet exposé, les causes ont été classées d'après leur siège; on peut aussi les grouper selon le mécanisme par lequel elles arrêtent le cours des matières, et l'on arrive alors à l'énumération que voici : l'OCCLUSION INTESTINALE a lieu par *compression*, — par *rétrécissement*, — par *étranglement*, — par *volvulus*, — par *invagination*, — par *obstruction*.

Indépendamment de l'occlusion et des lésions qui l'ont produite, l'intestin présente à l'autopsie certaines altérations qui sont les mêmes dans tous les cas. Le segment supérieur est dilaté et distendu au maximum par des matières et des gaz; le bout inférieur est rétréci et en collapsus; en outre, la compression des vaisseaux au niveau de l'obstacle provoque une transsudation séreuse plus ou moins abondante, la muqueuse est turgescente, hyperémiée; bref, elle présente les traces d'un catarrhe intense qui remonte plus ou moins haut dans le bout supérieur. Souvent aussi l'obstacle au cours du sang veineux est assez grand pour provoquer la rupture de quelques vaisseaux, et de petites hémorragies ont lieu dans la séreuse; celle-ci est toujours enflammée, mais cette péritonite est tantôt limitée au voisinage de l'occlusion, tantôt elle est générale, quoiqu'il n'y ait pas de perforation. Lorsque l'obstacle persiste, la distension du bout supérieur par les matières accroît la compression des vaisseaux, la stase devient complète, et les tuniques intestinales, privées d'apport nutritif, se nécrosent; de là une perforation, un épanchement du contenu de l'intestin dans le péritoine, et une péritonite de mauvaise nature promptement mortelle. Dans quelques cas, l'anse intestinale adhère, avant sa perforation, à la paroi abdominale; les matières sont alors épanchées dans la loge circonscrite par les adhérences; un abcès est formé qui