

laisse, après évacuation au dehors, soit une fistule stercorale, soit un anus contre nature.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Le mode de début varie avec la cause de l'occlusion, c'est un point qui trouvera sa place dans le diagnostic pathogénique; mais, quelle que soit la cause, quel que soit le siège, l'OCCLUSION, une fois constituée, est caractérisée par un certain nombre de symptômes toujours les mêmes, qui sont la *douleur*, la *constipation*, le *météorisme*, les *vomissements*, à quoi il convient d'ajouter un phénomène qui, pour être négatif, n'en a pas moins une extrême importance, savoir l'*apyrexie*.

La DOULEUR n'a jamais la vivacité de celle qui appartient à la péritonite; elle est, comme elle, exaspérée par la pression, mais seulement lorsque celle-ci porte sur certains points qui correspondent assez bien en général au siège de la lésion. Cette douleur, tantôt aiguë, tantôt sourde, n'est pas généralisée dès le début, elle est d'abord circonscrite vers l'ombilic, les flancs ou les fosses iliaques, et s'irradie ensuite dans tout l'abdomen. Il est assez rare que les souffrances soient continues; elles sont en tout cas exacerbantes, et ces reprises coïncident le plus souvent avec des mouvements intestinaux. Quelque intense que soit la douleur, elle diminue et cesse quand vient la période de collapsus.

La CONSTIPATION n'est pas toujours absolue pendant les premiers jours: l'occlusion peut être d'abord incomplète, et quelques matières semi-liquides franchissent l'obstacle; ou bien le bout inférieur de l'intestin renferme des fèces qui sont évacuées en une ou plusieurs fois, avec une émission de gaz provenant également du segment inférieur: cette dernière éventualité est assez fréquente, et les selles sont d'autant plus répétées, que l'obstacle siège plus haut. Ces évacuations, *fort trompeuses au point de vue du diagnostic*, sont peu abondantes, et le plus ordinairement elles n'ont lieu qu'après des lavements; elles ne procurent du reste aucun soulagement, et ne modifient en rien la sensation de plénitude et de tension abdominales. — Le bout inférieur de l'intestin une fois vidé, la constipation est absolue, le malade ne rend même pas de gaz par l'anus.

Le MÉTÉORISME ne commence guère que vingt-quatre à quarante-huit heures après la constipation complète. Le ventre, qui était souple et mou, quoique douloureux, se développe peu à peu, le son de percussion devient partout tympanique, et la paroi abdominale distendue par l'intestin rempli de gaz est résistante et dure au point de n'être plus dépressible; à partir de ce moment, la palpation est impuissante, il n'est plus possible d'apprécier l'état des viscères. En revanche, les anses intestinales du bout supérieur apparaissent souvent à travers les téguments; dessinées par les gaz mêmes

qui les distendent, elles ont l'aspect de gros cylindres flexueux, de serpents enroulés qu'agitent de temps en temps des contractions convulsives; ces mouvements provoquent le retour des douleurs, et ils sont accompagnés de grognements intestinaux résultant du conflit des liquides et des gaz. Il est bon de noter que ces phénomènes ne sont rien moins que constants; bien souvent on n'observe qu'un développement uniforme du ventre, et les borborygmes seuls révèlent la présence des anses intestinales, que la distension de la paroi soustrait à la vue. — Dès que le météorisme est établi, il devient lui-même la cause de deux autres symptômes constants, savoir la *dyspnée* et le *hoquet*, phénomènes qui résultent de l'insuffisance et du trouble des contractions du diaphragme.

Les VOMISSEMENTS sont le symptôme initial lorsque l'occlusion est produite peu de temps après le repas, pendant la digestion stomacale; les malades rendent alors tout ce qu'ils ont ingéré, comme s'ils avaient une indigestion, et cette évacuation est suivie d'un soulagement de plusieurs heures de durée. Dans toute autre condition, les vomissements sont un peu plus tardifs, ils surviennent après les douleurs, et suivent de près le début de la constipation complète: d'abord *alimentaires*, ils ont pour effet de vider le bout supérieur; après cela, ils rejettent, avec une fréquence et une abondance variable, des matières *séro-muqueuses verdâtres*, qui sont le produit de l'irritation de l'intestin et de l'appareil biliaire; un peu plus tard, les vomissements deviennent *fécaloïdes*; ils sont formés, non pas de matières stercorales condensées et moulées comme celles des évacuations normales, mais d'un liquide ou d'une purée jaunâtre tenant en suspension des grumeaux solides de même couleur. Cette matière est absolument semblable à celle qu'on trouve si souvent dans les dernières parties de l'intestin grêle et dans le colon ascendant; elle a une odeur fécale caractéristique, et quand elle arrive dans la gorge et dans la bouche, le patient accuse une horrible saveur. Les vomissements fécaloïdes sont plus ou moins répétés, ils peuvent alterner avec les vomissements bilieux; quand ils sont abondants, le malade éprouve une amélioration notable en ce qui concerne les symptômes purement abdominaux, mais en même temps l'altération des traits s'accuse davantage, l'ÉTAT GÉNÉRAL devient décidément mauvais: la respiration toujours fréquente, est affaiblie, de sorte que la voix est cassée ou éteinte; la soif est insatiable, et chaque fois que le patient veut la satisfaire, un nouveau vomissement ramène le contenu de l'intestin, le hoquet est alors quasi continu; l'amaigrissement fait de rapides progrès, et l'émaciation de la face, des membres et du thorax, fait un lamentable contraste avec le volume souvent monstrueux du ventre; la *température*, qui s'était maintenue à peu près au minimum physiologique, baisse de 1 degré, de 1 1/2 et même de 2 à 3 degrés au-dessous; la peau refroidie est couverte de sueurs visqueuses qui dénotent l'anéantissement de l'innervation vaso-motrice; les traits sont tirés; les

yeux, excavés, sont entourés d'un cercle livide; bientôt enfin les pommettes sont plaquées en violet; les lèvres, le nez, les extrémités, sont cyanosés, parce qu'au collapsus né de l'inanition sont venus se joindre les phénomènes d'anhémosie et l'*asphyxie lente*. Dans cette période de prostration, le pouls, de plus en plus faible, peut prendre de la fréquence par suite de la parésie du nerf vague, mais ce n'est pas de la fièvre; la température subit, au contraire, une nouvelle dépression; l'APYREXIE, sauf complication, est complète (voy. fig. 39).

La **marche** de la maladie est ordinairement continue, les accidents s'aggravent sans interruption, soit jusqu'à la mort, soit jusqu'au moment où une débâcle définitive est obtenue. Parfois cependant il n'en est pas ainsi : après des symptômes graves, le cours des matières semble se rétablir, il y a des évacuations abondantes, tout est au mieux pendant quelques jours; puis l'occlusion se prononce de nouveau, et ces alternatives peuvent se reproduire deux ou trois fois, pour aboutir enfin, soit à une guérison réelle, soit à la mort. Dans ces conditions, la **durée** totale de la maladie peut comprendre trois ou quatre semaines, ainsi que je l'ai vu chez un homme dont l'occlusion était produite par une bride péritonéale; mais le plus souvent la durée est de six à dix jours; par exception, la maladie peut tuer en deux ou trois jours. La mort, dans ce cas, n'est pas le fait du collapsus, elle résulte d'une péritonite très-précoce.

La **terminaison** par la GUÉRISON peut encore être espérée après des vomissements fécaloïdes : elle est annoncée par des émissions de gaz bientôt suivies d'évacuations qui expulsent une quantité vraiment surprenante de matières liquides et demi-solides; le soulagement est instantané, et si l'occlusion n'a pas été causée par quelque lésion grave de l'intestin, la convalescence est très-rapide. Mais les récidives sont faciles, l'alimentation et les fonctions intestinales exigent dès lors une surveillance attentive. — Dans d'autres cas, la guérison est obtenue au prix d'une *infirmité* temporaire ou définitive, c'est-à-dire par une fistule stercorale ou un anus contre nature, spontanément formés d'après le mécanisme qui a été indiqué plus haut. — La MORT est la terminaison de beaucoup la plus fréquente; elle est causée par le *collapsus* et l'*asphyxie*, ou bien par une *péritonite* (avec ou sans perforation) dont l'invasion est annoncée par le redoublement des douleurs, et une *fièvre* plus ou moins intense.

Le **pronostic** est des plus redoutables : l'occlusion par tumeur stercorale est celle qui offre le plus de chances de guérison, l'invagination vient ensuite; en toute condition, le développement de la péritonite aggrave considérablement la situation; elle tue par elle-même, et elle est une contre-indication à l'opération qui pourrait sauver le malade.

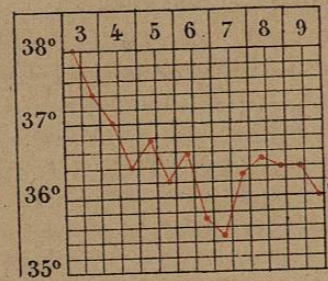
DIAGNOSTIC.

L'exploration attentive des ANNEAUX HERNIAIRES, y compris les plus insolites (hernie obturatrice), l'exploration du RECTUM, sont de rigueur chez tout malade qui présente les symptômes de l'arrêt du cours des matières; si ces examens donnent des résultats négatifs, c'est alors seulement qu'on doit admettre une occlusion intra-abdominale. L'omission de ces précautions produit de fatales erreurs.

La CONSTIPATION prolongée, qui est souvent le premier degré de la maladie, diffère de l'occlusion confirmée par l'absence de douleurs aiguës et de vomissements; en outre, l'émission des gaz est toujours possible. — La PÉRITONITE est distinguée par la *fièvre*, par la vivacité et la généralisation des douleurs, par la précocité des vomissements purement bilieux; il est extrêmement rare, d'ailleurs, que la constipation soit absolue (voy. comparativement les fig. 39 et 40).

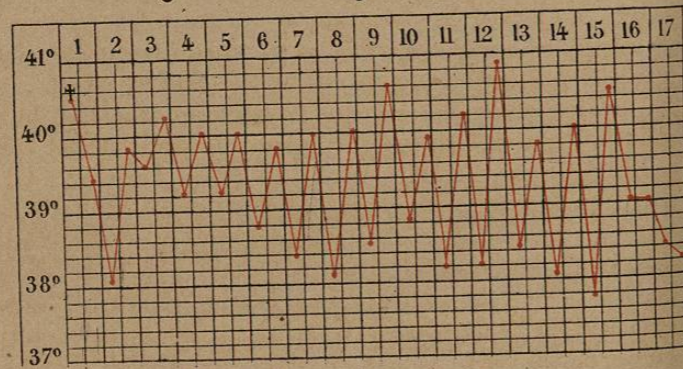
On nie généralement aujourd'hui la réalité de la maladie que les anciens ont décrite sous le nom d'*iléus nerveux*, *passion iliaque vraie* (Sydenham); ils entendaient par là un état morbide caractérisé par la plupart des accidents de l'occlusion intestinale, y compris les vomissements stercoraux, mais sans obstacle mécanique au cours des matières; un spasme ou la contraction antipéristaltique de l'intestin était pour eux la cause de ces phénomènes. Je ne discuterai pas les observations peu précises de nos devanciers, je me bornerai à dire ce que j'ai vu. En 1867, je reçus dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, une jeune femme atteinte d'hystérie convulsive; au bout d'une quinzaine de jours, cette malade fut prise de constipation complète, et sans météorisme notable elle se mit à vomir des matières stercorales, non pas les matières fécaloïdes de l'occlusion ordinaire, mais de véritables excréments condensés, solides, cylindriques, de couleur brune, d'odeur normale: il suffisait d'un coup d'œil pour être certain qu'ils provenaient du gros intestin. Connaissant l'esprit de supercherie des hystériques, sachant d'autre part que la physiologie n'admet pas le renversement de la valvule de Bauhin, j'établis autour de la malade une surveillance occulte; mais il fallut se rendre à l'évidence, d'autant mieux que le troisième ou le quatrième jour, un de ces vomissements eut lieu devant nous, le matin à la visite: les matières étaient semblables à celles des jours précédents, c'étaient des excréments purs, et pour tout dire en un mot, c'était une défécation par la bouche. Je m'attendais à voir survenir l'état grave de l'occlusion intestinale, il n'en fut rien; ces vomissements survenaient une fois, deux fois au plus en vingt-quatre heures, et, sauf le dégoût passager qui les suivait, l'état de la malade était satisfaisant; elle mangeait comme d'habitude, les digestions étaient

Fig. 39. Etranglement interne.
Homme de 32 ans.



Observations: † Mort

Fig. 40. Péritonite aigüe. — Femme de 18 ans.



Observations: † Premier frisson. —! Dernier soupir.

bonnes, et pendant la durée de cette singulière attaque elle n'eut pas un seul accès convulsif. Le huitième jour mit fin à cette défécation buccale; les matières reprirent leur cours naturel. Dix jours plus tard, cette femme est prise de fièvre typhoïde grave, elle succombe dans le troisième septénaire, et à l'autopsie nous trouvons les lésions ordinaires du typhus abdominal, mais rien, absolument rien qui puisse expliquer le renversement du cours des matières. La valvule iléo-cæcale avait ses dimensions et sa disposition ordinaires.

De ce fait, qui a été observé avec la plus scrupuleuse attention tant par moi que par le docteur Dieulafoy, alors mon interne, découlent les conséquences suivantes : l'iléus nerveux, l'occlusion par spasme intestinal est une réalité. — En l'état pathologique, la valvule de Bauhin peut être forcée, et l'on peut observer des vomissements stercoraux, une véritable défécation buccale. — La contraction antipéristaltique de l'intestin est démontrée, et il est établi en outre qu'elle est assez puissante pour provoquer le rejet des matières par les voies supérieures. Ce fait peut ainsi mettre fin aux controverses sans nombre auxquelles a donné lieu le mécanisme des vomissements fécaloïdes dans l'occlusion mécanique.

Je n'ai pas observé d'autre cas semblable au précédent; mais un peu plus tard j'ai vu dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, une femme très-nerveuse qui a présenté pendant plusieurs jours l'ensemble des accidents de l'occlusion commune, avec les vomissements fécaloïdes ordinaires; plusieurs traitements avaient échoué, et déjà l'opportunité de l'intervention chirurgicale était discutée, lorsqu'une médication antispasmodique (belladone, castoréum, camphre) rétablit le cours des matières.

Je ne crois pas que l'occlusion spasmodique ait été observée chez l'homme; le sexe féminin, le tempérament nerveux, l'hystérie, sont des éléments diagnostiques de premier ordre pour distinguer cette variété extrêmement rare; on peut y ajouter la marche plus lente des accidents; le développement plus tardif des symptômes graves, notamment des vomissements fécaloïdes, et l'absence de toutes les conditions pathogéniques qui peuvent amener l'occlusion commune.

Le diagnostic de l'occlusion en elle-même n'est pas suffisant, il faut rechercher ensuite le siège et la nature de l'obstacle.

Le SIÈGE est d'une détermination assez facile. Quand l'obstacle est sur la partie moyenne de l'intestin grêle, le *ballonnement* du ventre n'est pas général, il occupe surtout la région ombilicale, hypogastrique et épigastrique, et la saillie des portions moyennes contraste avec la dépression qu'on observe dans les fosses iliaques, et sur le trajet du côlon ascendant et descendant (Laugier). Si c'est la fin de l'iléon qui est intéressée, le météorisme est plus général, la saillie du ventre plus forte et plus globuleuse, mais les dépressions coliques persistent. Il n'y a pas de signe diffé-

rentiel entre l'occlusion de la dernière partie de l'iléon et celle du commencement du côlon; mais lorsque l'obstacle siège sur le côlon descendant ou sur l'S iliaque, le météorisme est complet, et le ballonnement médian est comme encadré par de gros cylindres tympaniques que forment les côlons distendus. Ce caractère est de grande valeur; malheureusement il manque lorsque le météorisme, arrivant au maximum, produit un ballonnement tout à fait uniforme. Le cas est fréquent; mais alors, en raison même du développement excessif du ventre, on peut admettre que l'obstacle siège assez bas sur le gros intestin : l'*exploration du rectum et du vagin*, qui ne doit jamais être omise, fournit souvent, dans ces conditions, des renseignements précis. — Lorsque le ballonnement ne rend pas la palpation impossible, et qu'on trouve *une tumeur* dans l'une des fosses iliaques ou sur le trajet des côlons, le siège de l'occlusion sur le gros intestin est par cela même certain. — La quantité de liquide qu'on peut introduire par les *injections anales*, le développement précoce ou tardif des *vomissements*, doivent aussi être pris en considération; enfin, la *quantité de l'urine* peut avoir une certaine importance en ce sens qu'elle est d'autant moindre que l'obstacle siège plus haut, par suite de la diminution de l'absorption. Ce signe, auquel les médecins anglais attachent une valeur positive, m'a trompé une fois; l'obstacle siègeait sur les derniers centimètres de l'iléon, et la sécrétion urinaire avait été cependant considérablement diminuée. En l'absence de tumeur, il n'y a pas de signe certain pour reconnaître le rapport de l'occlusion avec la paroi abdominale; mais le siège du maximum de la douleur fournit à cet égard une présomption qui ne doit pas être négligée en cas d'intervention chirurgicale.

La NATURE de l'obstacle (diagnostic pathogénique de l'occlusion) ne peut pas toujours être reconnue; cependant certaines circonstances peuvent guider l'appréciation. Les *antécédents* des malades ont une importance réelle; une péritonite antérieure rend probable l'occlusion par bride, l'étranglement proprement dit; une fièvre typhoïde, une dysentérie ou une entérite grave, la syphilis, doivent faire songer à un rétrécissement par cicatrice. Si l'on a vu le malade avant les accidents d'occlusion et qu'on ait constaté chez lui la présence d'une tumeur, la compression est l'origine vraisemblable du mal; après le développement du météorisme, l'exploration rectale ou vaginale peut révéler l'existence d'une compression du rectum. Deux fois déjà j'ai vu le cancer du corps de l'utérus produire ainsi une occlusion qui a nécessité l'intervention chirurgicale. — Le *début* tout à fait brusque n'appartient qu'à l'étranglement, à la torsion (volvulus), et rarement à l'invagination; souvent alors c'est après un repas trop copieux ou à la suite d'un mouvement, d'une secousse violente, qu'apparaissent les accidents; dans les rétrécissements, les obstructions et les compressions, le début est graduel; les symptômes de l'occlusion confirmée sont

précédés d'une période souvent fort longue, que caractérisent des constipations prolongées suivies de diarrhée abondante (débâcle). — La *marche* est plus rapide, la péritonite secondaire plus précoce dans l'étranglement et le volvulus que dans toute autre circonstance; la douleur initiale est également plus vive, plus déchirante. Dans ces mêmes conditions, le malade est frappé dans un état de santé florissant; il est souvent cachectique et émacié (tuberculose, cancer) dans le rétrécissement et la compression.

Enfin l'*invagination* est spécialement caractérisée par une tumeur abdominale cylindrique en forme de boudin, siégeant d'ordinaire sur le trajet du gros intestin; quand cette tumeur occupe la fosse iliaque gauche, elle coïncide parfois avec une dépression notable de la région iliaque et du flanc droit (Dance); cet ensemble de signes appartient à l'invagination complexe de l'iléon et du côlon ascendant dans le côlon descendant. L'invagination est en outre distinguée par la lenteur de la marche, par les rémissions assez fréquentes, par les selles sanguinolentes ou sanguantes avec ténésme; le toucher rectal fait assez souvent constater une tumeur molle formée en dedans de l'intestin par les parties invaginées: cette tumeur apparaît quelquefois à l'anus, et l'on voit que sa surface est formée par la muqueuse intestinale. Le ballonnement du ventre est peu considérable; les vomissements sont surtout bilieux, rarement fécaloïdes, et dans quelques cas on retrouve dans les selles des lambeaux d'intestin résultant de l'élimination après nécrose des parties invaginées.

TRAITEMENT.

Les occlusions à DÉBUT LENT qui sont précédées de phases alternatives de constipation opiniâtre et de diarrhée, doivent être combattues par les *purgatifs* et les *irrigations intestinales*: les purgatifs seront choisis parmi ceux qui provoquent une transsudation séreuse abondante, afin de favoriser la dissociation des fèces condensées; on donnera donc les sels neutres, l'huile de croton ou le calomel. Avant de pratiquer l'injection anale, on doit explorer le rectum; souvent un boudin fécal obturateur est à portée du doigt, et dans cette condition il faut procéder au curage direct de l'intestin, sans insister sur des purgatifs dont l'impuissance est certaine. Si le rectum est libre, on a recours à l'irrigation, qui ne doit pas être donnée avec les instruments ordinaires; il faut introduire dans l'intestin, en pénétrant aussi haut que possible, une grosse sonde de gutta-percha, et lancer l'eau au moyen d'un irrigateur de fort calibre à haute pression; j'ai plusieurs fois employé avec succès les appareils à eau gazeuse (eau de Seltz). Ces irrigations doivent être répétées trois fois, quatre fois le jour, pendant plusieurs jours de suite, surtout si elles ramènent des fragments

de matières durcies. Cette méthode de traitement n'est pas seulement applicable à l'occlusion par obstruction, elle l'est aussi aux compressions et aux rétrécissements; l'indication n'est plus de dissocier et d'expulser une masse encombrante, il s'agit d'augmenter la contractilité intestinale afin qu'elle puisse vaincre l'obstacle: les purgatifs employés concurremment avec la belladone, et les lavements salins (ou purgatifs) répondent à cette indication. Il est extrêmement important, dans ce cas, de restreindre autant que possible la distension gazeuse du bout supérieur; car pour peu qu'elle soit considérable, elle paralyse les fibres musculaires et agit dans le même sens que l'obstacle. Le meilleur moyen de remplir le but est l'*application permanente de la glace* sur le ventre: la formation des gaz est diminuée, ceux qui se développent sont condensés, et le froid est en outre un excitant de la contractilité de l'intestin; de plus, il prévient la fluxion et la turgescence des tissus au niveau de l'occlusion, avantage précieux qui empêche ou tout au moins retarde la péritonite et la gangrène secondaires. L'*ingestion de fragments de glace* est un complément utile, et je recommande vivement cette méthode à laquelle j'ai dû de très-bons résultats.

Elle est la seule rationnelle dans les occlusions que leur DÉBUT BRUSQUE permet de rapporter à l'étranglement ou à la torsion; si l'on voit le malade tout à fait au début, on peut tenter un purgatif et un lavement excitant, dans l'espérance que l'intestin, non encore fixé par des adhérences, sera ramené, par les contractions suscitées, dans une position normale; mais s'il s'est écoulé trente-six ou quarante-huit heures depuis le début de l'iléus, cette pratique est inutile, et elle peut être dangereuse en exagérant la situation vicieuse de l'anse incarcérée. Le froid, en revanche, par l'action complexe qu'il exerce, est éminemment propre à prévenir l'inflammation et la nécrose du tissu étranglé; on peut y adjoindre les lavements purgatifs, qui n'ont pas les inconvénients des évacuants pris par la bouche; ils agissent, en effet, sur le bout inférieur, les mouvements qu'ils y provoquent peuvent dégager par traction l'intestin emprisonné, et en tout cas ils ne peuvent nuire parce qu'ils ne peuvent exagérer l'étranglement.

On a conseillé de recourir à l'*électricité* pour exciter la contractilité intestinale; le moyen est puissant, et il peut être utile, à la condition qu'on ne l'applique pas indistinctement à tous les cas. Dans les compressions, les rétrécissements, les obstructions, on peut en faire usage selon le procédé de Leroy (d'Étiolles), c'est-à-dire en plaçant un pôle dans le rectum, l'autre dans la bouche; encore faut-il que la distension du bout supérieur ne soit pas trop considérable, sinon on pourra bien, au lieu de surmonter l'obstacle, déchirer l'intestin. Mais dans les étranglements et les torsions, l'électrisation, selon moi, doit être limitée autant que possible au bout inférieur; je place un pôle dans le rectum, l'autre sur la région hypogastrique, et si je ne réussis pas, je suis sûr au moins de ne pas nuire.

Il n'est pas rare, surtout lorsqu'on a négligé les applications de glace, que le MÉTÉORISME rende l'asphyxie imminente; de plus, dès qu'il est un peu considérable, il augmente la constriction de l'intestin au niveau de l'occlusion : il y a là une indication précise que l'on peut remplir sans danger en pratiquant sur les anses intestinales dilatées des *ponctions capillaires* qui donnent issue à une certaine quantité de gaz. Ce n'est là qu'un palliatif, mais quelquefois cette élimination est le signal d'une débâcle salutaire.

L'INVAGINATION étant le plus souvent descendante, il convient de s'abstenir des purgatifs et de tous les moyens qui excitent la contractilité; ils n'auraient d'autre effet que d'accroître l'intussusception. Les irrigations à l'eau tiède, les applications de glace pour prévenir l'inflammation, sont la base de la médication; si le cylindre est accessible par l'exploration rectale, on en tentera la réduction directe.

Dans les cas rares où l'on peut admettre un ÉLÉMENT SPASMODIQUE, le *chloroforme*, le *camphre*, sont réellement utiles, et le classique lavement de *tabac* répond alors à une indication rationnelle.

Quelle que soit la médication, il est bon de soutenir les forces du malade avec du vin, du bouillon glacé, et, après la guérison, le régime doit être pendant un certain temps exclusivement composé d'œufs, de bouillies nutritives et de viande dépouillée d'aponévrose; la mixture de viande crue et d'œufs brouillés que j'ai recommandée précédemment est extrêmement utile.

Si, malgré un traitement conforme à des indications bien posées, les accidents persistent, si l'état général grave apparaît, l'intervention chirurgicale est la ressource suprême, et l'on ne doit pas oublier que les chances de succès sont en raison directe de la précocité de l'opération.

CHAPITRE VI.

TUBERCULOSE INTESTINALE ET MÉSENTÉRIQUE.

La *tuberculose intestinale* (1) est extrêmement fréquente en tant qu'*expression secondaire* d'une tuberculose généralisée ou pulmonaire;

(1) LOUIS, ROKITANSKY, FÖRSTER, LEBERT, *loc. cit.*

MONNERET et FLEURY, *Compend. de méd.*, art. INTESTIN. — BEDNAR, *Krankheiten der Neugeborenen*. Wien, 1850. — RILLIET et BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1854. — RINTEL, *Ein Fall von Darmtuberculose mit Perforation des Duodenum und Cæcum in Cavum peritonæi* (Berlin. klin. Wochenschr., 1867).

LEVÈRE, *De l'existence de l'entérite tub. indépendante de la tuberculisation pulmonaire* (Montpellier méd., 1873).

elle est très-rare comme *maladie primitive*, et n'est observée avec ce caractère que chez les enfants.

Le siège le plus ordinaire de la LÉSION est l'iléum; parfois elle occupe en même temps le gros intestin, mais elle s'étend rarement vers le jéjunum et le duodénum. Les granulations peuvent prendre naissance dans la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux; mais l'origine la plus commune est dans les glandes solitaires et dans celles de Peyer. Suivant que l'évolution est plus ou moins avancée, on trouve des granulations isolées et grises, des noyaux confluents et caséux, des masses en fonte purulente ou des ulcérations; celles-ci résultent de l'élimination des liquides à travers la muqueuse rompue. Elles sont rondes, en cratères et de petite étendue, c'est l'*ulcère tuberculeux primitif*; il s'agrandit par le ramollissement des tubercules qui infiltrerent les bords, ou bien par la fusion de plusieurs solutions de continuité voisines, et produit ainsi l'*ulcère tuberculeux secondaire* (Rokitansky). Ces ulcérations ont une figure irrégulière, des bords tuméfiés; le fond est formé par le tissu sous-muqueux induré et épaissi; elles ont assez souvent dans leur ensemble une disposition circulaire concentrique au cylindre intestinal. Lorsque l'infiltration tuberculeuse occupe les couches sous-jacentes à la muqueuse, elle peut les détruire graduellement et amener la *perforation*; mais celle-ci donne rarement lieu à l'épanchement péritonéal, parce qu'à mesure que la lésion gagne vers la séreuse, une *péritonite* limitée à marche lente se développe par contiguïté. Cette inflammation, que caractérisent la rougeur, la tuméfaction et l'exsudation fibrineuse ou fibrino-tuberculeuse, correspond exactement aux ulcérations de l'intestin, et les adhérences qui la circonscrivent limitent l'épanchement, si la perforation est produite. Dans quelques cas, l'adhérence a lieu entre deux anses intestinales, et, quand la destruction des parois accolées est complète, une communication anormale est établie. Les ulcérations tuberculeuses sont assez souvent la source d'*hémorrhagies* plus ou moins abondantes, et, en raison des conditions dans lesquelles elles se développent, elles guérissent très-rarement.

Sous le nom de *tuberculose mésentérique* (1) (*carreau*), on comprend

(1) Traité des maladies des enfants. En outre :

BAUMÈS, *Traité de l'amaigrissement des enfants*. Paris, 1806. — GUERSANT et BLACHE, art. CARREAU, in *Dict.* en 30 vol. — MONNERET et FLEURY, *Compend. de méd.*, art. CARREAU. — BARTHEZ et RILLIET, *loc. cit.* — BEDNAR, *loc. cit.* — STIEBEL, *Ueber das Verhältniss der Gekrosdrüsen im kindlichen Alter*. Frankfurt, 1854. — BOUCHUT, *Maladies des enfants*. 3^e édit. Paris, 1855. — BRAUN, *Beitrag zur differentiellen Diagnostik der Unterleibsgeschwülste* (Allg. Wiener med. Zeit., 1862). — OPPOLZER, *Ueber Unterleibsgeschwülste mit besonderer Rücksicht auf deren Diagnostik* (Wiener med. Wochenschr., 1862). — VON MOLITOR, *Der Durchfall der Kinder und seine Behandlung*. Breslau, 1862. — BAMBERGER, *loc. cit.* — CHOLMELEY, *Tubercular enlargement and degeneration of the*