

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 BARRETTE, *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. IX. — GALLEZKI, *Abhandlung von dem Misereere 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-DELOBME, *Dict. de méd.*, t. XXI. — RAYER, *Arch. gén. de méd.*, t. V. — LOUIS, *Eodem loco*, t. XIV. — SECKENDORF, *Collectanea quædam de strangulationibus intestinorum internis*. Lipsiæ, 1825. — MALAGA, *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. — LARRIC, *Thèse de Paris*, 1852. — COSSY, *Mém. de la Soc. médic. d'observ.*, t. III. — MASSON, *Thèse de Paris*, 1857. — BESNIER, *Diagnostic 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* (*Wüzb. 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. — ISKARD, *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. — CRYOSTEK, *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. — DOWNS, *Fatal Obstruct. by a ball of cacao nut fibre* (*Transact. of the path. Soc.*, 1868). — HAYDEN, *Brit. Med. Journ.*, 1868. — BIRRETT, *Guy's Hosp. Reports*, 1868. — KUETNER, *Ueber innere Incarcerationen* (*Arch. f. path. Anat.*, 1868). — SCHUELZ, *Zur Lehre von der Impermeabilität des Darms* (*Prajer Vierteljahr.*, 1868). — DAHLERUT, *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. therap.*, 1870). — HANCOCKE, *Obstruction of the bowels; fecal vomiting* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — MACARIO, *Caso di ileo guarito col'uso d'una corrente indotta* (*Ann. univ. di med.*, 1870). — LANGUIER DES BANCEL, *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 méa. 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 therap.*, 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'ansc 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*. *Gastrologia. 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, *Hardneklige obstipatio alri 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 Darmverchiessung 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).

DEMUTH, *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. therap.*, 1874). — BÖTTGER, *Drei Fälle von Darmverchiessung 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 dissemblables 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 historie 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 CLAUDRY, *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 invaginante; 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.* — BEIZ, *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. — ROLLEY, *Ueber Darmschlebung* (*Wiener med. Wochenschr.*, 1865). — LECHLER, *Invaginatio des Colon ascendens in das Colon transversum. Perforirendes Darmschwür* (Würtemb. *med. Correspond. Blatt*, 1866). — CARRIER, *Gaz. méd. Lyon*, 1866. — BRYDON, *Case of intussusception terminating in strangling 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. — HERB, *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 geheiltten Invaginationen des Darmes* (*Arch. d. Heilk.*, 1869). — KOPPE, *Invagination des Dickdarms, zwölfjähriger Heus, 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 farmoc.*, 1869).

GROOS, *Invagination eines Theils des Ileum, des Caecum, 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 Darms; 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, caecum 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 névrose 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 Bath., 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. — LECHTENSTERN, *Ueber Darm-Invagination* (*Prager Viertelj.*, 1873). — KUNZE, *Intussusception des Ileum* (*Deutsch. Zeits. f. prakt. Med.*, 1874). — BOUCHAUD, *Invagination du gros intestin, chute du caecum, gangrène, guérison* (*Gaz. hôp.*, 1874). — SCHUBERT, *Eine Darminvagination* (*Aerztl. Mittheil. aus Baden*, 1874). — CULLINGWORTH, *The Lancet*, 1874. — HUTCHINSON, *Med. chir. Transact.*, 1874. — AXEL KEY, *Fall af volvulus af caecum* (*Svenska läk. sällsk. förh.*, 1873). — KACZOROWSKI, *Fall von Ileus mit galvanischem Strome wirksam behandelt* (*Przeglad lekarshi*, 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 ammoniac-magnésien et de sels calcaïques. 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 anas 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 hémorrhagies 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



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

#### SYMPTOMES ET MARCHÉ.

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 côlon 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 **marc**he 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. Étranglement interne.  
Homme de 32 ans.

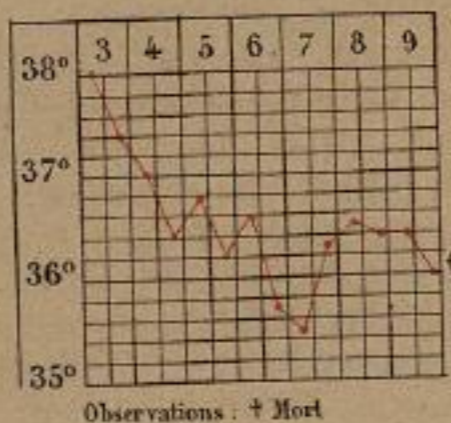
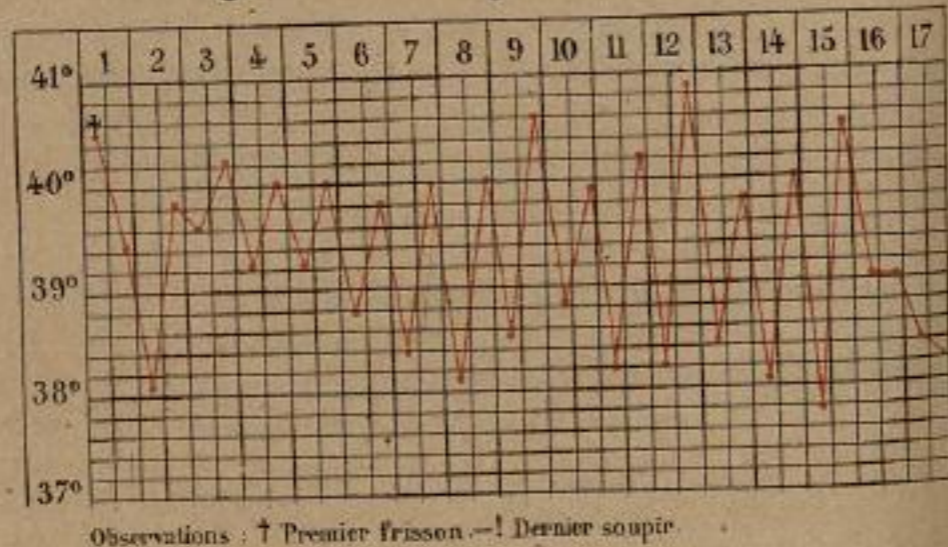


Fig. 40. Péritonite aiguë. — Femme de 18 ans.





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 colon 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 colon; mais lorsque l'obstacle siège sur le colon 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 colons 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 colons, 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 sanglantes avec ténesme; 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 incarceration. 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, FÜRSTER, 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).

LEVERE, *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 infiltrer 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 méésentérique* (1) (*carreau*), on comprend

(1) Traité des maladies des enfants. En outre :  
BAUMÉS, *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 Verhalten der Gekrosdrüsen im kindlichen Alter*. Frankfurt, 1854. — BOUCHUY, *Maladies des enfants*. 3<sup>e</sup> 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 MOLLITOR, *Der Durchfall der Kinder und seine Behandlung*. Breslau, 1862. — BANBERGER, *loc. cit.* — CHOLMELEY, *Tubercular enlargement and degeneration of the*