

30 grammes; calomel, 4 grammes). Si les malades accusent des douleurs vives, on pourra ajouter à la pommade une petite quantité d'opium; et dans les cas où la mèche exciterait des contractions spasmodiques de l'intestin et ne pourrait être conservée, on mêlerait à la pommade un peu d'extrait de belladone (1 gramme pour 30 d'axonge). La dilatation est utile, non-seulement parce qu'elle agrandit l'orifice, mais encore par la compression qu'elle exerce sur les tissus indurés. La dilatation, d'ailleurs, ne peut être qu'un moyen palliatif dans les rétrécissements fibreux et squirrheux. Dans tous les cas, elle devra être graduelle et faite prudemment; on ne recourra jamais, comme le voulait Astl. Cooper, à une dilatation brusque et forcée, à moins de vouloir s'exposer à des déchirures. Les malades dont nous parlons devront prendre tous les jours un lavement pour entraîner les matières et les empêcher de séjourner au-dessus de l'obstacle; ils useront d'une alimentation douce, plutôt aqueuse que solide, si toutefois l'état de l'estomac ne s'y oppose pas. Lorsque le rétrécissement est de nature inflammatoire, on prescrira des bains; on fera de temps en temps des applications de sangsues à l'anus, ou, mieux encore, sur le sacrum; on promènera sur cette région quelques révulsifs. Si l'induration est tout à fait indolente, on pourra administrer avec précaution quelques douches ascendantes, alcalines, savonneuses. Si l'on soupçonne que le rétrécissement est de nature syphilitique, on prescrira les mercuriaux, les iodures, les sudorifiques, indépendamment des moyens dilatants; mais rarement on réussit pour les raisons exposées plus haut (page 177). Les purgatifs sont généralement nuisibles; si toutefois il y avait indication d'y recourir, on n'emploierait que les laxatifs.

Enfin, lorsque le rétrécissement augmente nonobstant les moyens qu'on lui oppose, et lorsque les malades éprouvent de temps en temps des accidents qui indiquent une occlusion, on devra décider, dans le cas où l'obstacle siège dans le rectum, s'il ne serait pas avantageux pour le malade d'établir un anus contre nature.

DE L'OCCLUSION DES INTESTINS

Lorsque l'intestin est oblitéré sur un point quelconque de son étendue, il survient ordinairement des douleurs vives dans le ventre, qui se tuméfie; les selles se suppriment; les gaz cessent d'être excrétés par l'anus; les malades éprouvent des hoquets, des nausées et des vomissements de matières d'abord alimentaires et aqueuses, puis bilieuses, et enfin stercorales.

C'est à l'ensemble de ces accidents que les auteurs ont donné les noms d'*iléus*, de *volvulus*, de *passion iliaque*, de *colique de miserere*.

Ces troubles peuvent être l'effet de causes organiques très-diverses, et l'on pourrait sans grand inconvénient les confondre dans une description commune. Cependant j'ai cru devoir encore consacrer deux articles spéciaux sous les titres d'*iléus* ou *étranglement interne*, et d'*invagination* ou *volvulus*.

De l'iléus, ou étranglement interne.

Étiologie et anatomie pathologique. — Les ouvertures cadavériques prouvent que les causes organiques de l'iléus sont nombreuses, et qu'elles siègent tantôt au dehors des intestins, tantôt dans leurs parois, tantôt enfin dans leur cavité.

On a vu des anses intestinales être comprimées, étranglées, par une bride

fibreuse accidentellement développée dans le péritoine, ou bien par l'appendice cæcal, par un diverticule de l'intestin ou par une frange épiploïque qui, contractant des adhérences par leur extrémité libre, forment alors dans le ventre une sorte de cordon tendu, circonscrivant un demi-anneau dans lequel l'intestin peut s'engager et s'étrangler. Il n'y a pas toujours dans ce cas une constriction énergique, c'est parfois un simple aplatissement des tuniques, et en voyant les parties après la mort, on ne comprend guère que l'intestin ne se soit pas dégagé. Dans quelques autres circonstances, c'est en se contournant tout autour d'une des brides dont je parle que l'anse intestinale s'étrangle (Manoury, Esquirol); ailleurs c'est l'appendice cæcal ou un diverticule qui s'enlace autour de l'intestin et y adhère, ou qui le serre par une sorte de nœud, comme M. Michel Lévy en a cité un exemple remarquable dans la *Gazette médicale* de 1845. On parle aussi de cas où une anse intestinale, s'étant engagée à travers une éraillure du diaphragme ou dans l'hiatus de Winslow, ou dans une ouverture insolite de l'épiploon ou du mésentère, s'étrangle de la même manière qu'en passant à travers un des anneaux herniaires. L'occlusion des intestins peut aussi être produite par la compression exercée par une tumeur extérieure: c'est ainsi qu'on lit dans l'*Anatomie* de M. Pétrequin, dans la *Gazette médicale* (1) et dans le journal *l'Union* (2), l'histoire d'un individu succombant à un iléus produit par le déplacement de la rate, qui, augmentée de volume, tombait dans la partie inférieure de l'abdomen, et venait comprimer et oblitérer le gros ou le petit intestin. Mais de toutes les causes d'iléus, la plus rare peut-être est celle qui consiste dans un mouvement de rotation de la masse intestinale, ce qui fait éprouver à certaines anses une torsion telle, que leur cavité est nécessairement rétrécie ou même entièrement oblitérée. C'est une forme qui a été surtout étudiée par le professeur Rokitansky (de Vienne), sous le nom d'*étranglement rotatoire*.

Les causes organiques qui siègent dans les parois sont l'imperforation congénitale de l'anus, l'absence du rectum, les dégénérescences squirrheuses ou cancéreuses de l'intestin, la production d'un kyste hydatique entre les tuniques (Laënnec), causes qui finissent par faire disparaître tout à fait la cavité intestinale. Nous pouvons citer encore les rétrécissements par suite de cicatrice. Presque jamais l'oblitération n'est produite par la cicatrice seule, mais ordinairement l'intestin étant considérablement rétréci en un ou plusieurs points, ce sont le plus souvent des corps étrangers qui s'accumulent au-dessus de l'obstacle qu'ils ne peuvent franchir. Cette forme d'iléus est en quelque sorte spéciale à l'intestin grêle.

Les causes de l'iléus qui siègent dans la cavité même de l'intestin sont, outre l'invagination que nous devons étudier en particulier, l'accumulation de fèces endurcies, ou de corps étrangers, comme des calculs biliaires, ou bien des concrétions intestinales, ou des noyaux de fruits et même des vers intestinaux, ainsi que mon regrettable ami, le professeur Requin, en cite un exemple dans sa *Pathologie*; enfin des polypes qui, rarement il est vrai, sont assez volumineux pour pouvoir obstruer un intestin sain; il n'en est pas de même si celui-ci était déjà rétréci par une autre cause. Le polype, poussé par les contractions péristaltiques, peut en outre, en entraînant avec lui les tuniques intestinales, produire aisément une invagination.

Chez les sujets qui succombent à l'iléus, on trouve, indépendamment d'une

(1) *Gazette médicale* de 1843, 1846 et 1847.

(2) Année 1847.

des causes organiques que nous venons d'énumérer, diverses altérations qui en sont la conséquence. L'intestin est très-dilaté au-dessus de l'obstacle et contracté au-dessous. Presque toujours il existe une péritonite générale qui peut avoir été provoquée par la distension extrême de l'intestin, mais elle résulte le plus souvent d'un épanchement stercoral consécutif à la rupture ou à la déchirure de l'organe; celle-ci survient dans les cas d'étranglement, immédiatement au-dessus de l'endroit comprimé, ou bien sur le point même de la constriction. La perforation a très-rarement lieu par l'excès seul de la distension; mais presque toujours elle est consécutive à la gangrène de l'intestin ou bien à une sorte de ramollissement inflammatoire; quelquefois enfin la constriction est si violente que les membranes sont véritablement coupées comme elles le seraient par un instrument tranchant.

Symptômes. Marche. Durée. — Les symptômes d'iléus surviennent peu à peu ou d'une manière brusque. Dans le premier cas ils sont précédés de troubles divers vers les organes digestifs; c'est ce qu'on observe lorsque l'oblitération dépend d'une accumulation de fèces ou de la simple pression d'une bride qui aplatit l'intestin sans exercer une constriction violente, ou bien encore lorsque l'iléus est le dernier terme des progrès d'une lésion organique des parois intestinales. Mais si, comme cela a eu lieu assez souvent, l'occlusion est produite par l'étranglement de l'intestin, opéré par une bride dure ou par un anneau fibreux, le début est assez brusque, comme il l'est dans la plupart des hernies étranglées. Les individus sont pris, au milieu d'une santé parfaite, et le plus souvent sans cause appréciable, quelquefois après un repas copieux, après une course ou après un effort, d'une douleur plus ou moins vive, d'abord circonscrite à l'ombilic, vers les flancs, dans les fosses iliaques, mais s'irradiant bientôt dans le reste du ventre. Si c'est pendant le travail de la digestion stomacale que l'étranglement s'opère, les malades vomissent les aliments qu'ils ont pris comme s'ils n'éprouvaient qu'une violente indigestion, et communément ils ressentent aussitôt après un peu de soulagement. Mais les douleurs abdominales ne tardent pas à se réveiller; elles sont continues et exacerbantes; elles arrachent parfois des plaintes, les malades les comparent à un pincement, à un tortillement. Si quelques-uns donnent les signes de grandes souffrances et d'une vive agitation, il est assez commun pourtant de voir des malades qui souffrent modérément. Mais quel que soit le degré de violence des douleurs abdominales, on voit les vomissements apparaître dès le début; alimentaires d'abord, ils sont bientôt formés de mucosités et de bile. Les selles se suppriment tout aussitôt, à moins que le bout inférieur de l'intestin ne renferme quelques matières qui peuvent être expulsées, puis toute évacuation cesse, les malades alors n'excrètent plus même des gaz par l'anus. Le ventre, d'abord assez souple et peu douloureux à la pression, excepté dans un point plus ou moins circonscrit et qui correspond au siège de l'étranglement, se développe bientôt, et donne à la percussion une résonnance tympanique. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures la distension des parois peut être considérable, car on voit se dessiner les anses intestinales. Celles-ci sont de temps en temps agitées de contractions comme convulsives, les liquides et les gaz qui se meuvent dans leur cavité font entendre un bruit qu'on perçoit à distance; c'est alors que les malades se plaignent d'un redoublement de coliques. Dès le début, la face est plus ou moins grippée, la soif vive, la respiration plus fréquente en raison du développement du ventre. Au début, le pouls est plutôt faible qu'il n'a de l'ampleur; en général, l'apyrexie est complète.

Si l'étranglement persiste, il survient bientôt du hoquet; les vomissements

sont plus fréquents, et au bout d'un temps variable ils sont formés de matières intestinales, jaunâtres, liquides, qu'on reconnaît à leur odeur caractéristique, et qui, en traversant la gorge et la bouche, font éprouver au patient une saveur horrible; les vomissements stercoraux se déclarent d'autant plus vite que l'obstacle siège dans un point plus éloigné du rectum. Ils ont lieu de loin en loin, ils sont suivis souvent d'un grand soulagement et d'une diminution considérable dans la tension du ventre. Mais alors les traits s'altèrent davantage: ils sont très-amaigris; les yeux se cavent et sont cernés d'un cercle livide; la voix se casse et s'éteint; la peau perd son élasticité et se plisse comme chez les cholériques; elle est froide, couverte souvent de sueurs visqueuses; le hoquet est continu; le pouls s'accélère et s'affaiblit; les urines deviennent de plus en plus rares. Les individus s'éteignent en conservant le plus souvent le plein usage de leur raison; beaucoup cessent de souffrir, et disent même éprouver du bien-être quelques heures avant le terme fatal.

L'iléus a toujours une marche aiguë: mais celle-ci est généralement moins rapide ici qu'elle ne l'est dans les étranglements herniaires, où la constriction de l'intestin est beaucoup plus forte: aussi est-il rare que, dans le premier cas, la mort survienne avant six ou sept jours; souvent les malades luttent pendant deux septénaires; on en a vu pourtant qui ont succombé après vingt-quatre et trente-six heures. Il est rare qu'une péritonite ne survienne pas à une période plus ou moins avancée. Cette complication est toujours fatale; elle se déclare par suite de la distension seule que l'intestin a subie, ou bien elle est consécutive à une perforation ou à une rupture des parois.

La mort est la terminaison la plus ordinaire de l'iléus. Cependant il n'est pas rare que les malades se rétablissent. La guérison peut même arriver dans des cas presque désespérés, et lorsque les malades ont eu plusieurs jours de suite des vomissements stercoraux. J'ai eu occasion, en 1834, d'observer un cas de ce genre avec Martin-Solon, et plus récemment (en 1845, 1854 et 1855) j'en ai vu trois autres exemples. Dès que la liberté de l'intestin se rétablit, les malades rendent en abondance des gaz par l'anus. Pris presque aussitôt du besoin d'aller à la garde-robe, ils expulsent une quantité prodigieuse de matières liquides. Lorsque l'obstacle est produit par des fèces accumulées ou par un corps étranger, on peut le trouver dans les déjections; il est commun alors de voir les individus entrer d'emblée en convalescence et se rétablir promptement.

Diagnostic. — Une douleur parfois vive, déchirante dans le ventre; des hoquets, des vomissements de mucus, de bile, et plus tard de matières intestinales; une constipation opiniâtre et l'interruption complète dans le cours des gaz intestinaux, qui ne sont plus excrétés par l'anus; une intumescence du ventre exclusivement produite par la distension des anses intestinales, caractérisent l'iléus. On ne pourrait se méprendre au point de croire à une péritonite, surtout à une péritonite par perforation; car, dans celle-ci, la douleur du ventre est plus générale; elle s'exaspère à la moindre pression; il existe de la fièvre, et à supposer que les malades soient constipés, on n'observe point cette interruption si absolue dans le cours des matières. On reconnaît que l'étranglement est interne par l'absence de toute tumeur rénitente dans les points par où peuvent se former les hernies. Tous les orifices, toutes les régions par lesquelles ces déplacements pourraient se faire, seront examinés avec la plus scrupuleuse attention. Mais il est communément fort difficile de préciser quelle est la cause organique qui produit l'occlusion intestinale. Si les accidents sont survenus brusquement, on soupçonnera que l'étranglement

est déterminé par quelque bride ou par un anneau qui existe accidentellement dans le péritoine. Si le malade est sujet à la constipation ou à des alternatives de constipation et de diarrhée, s'il souffre dans un point du ventre, s'il a habituellement un peu de météorisme, s'il a maigri, on devra croire à quelque lésion organique de l'intestin. L'occlusion intestinale par amas de matières stercorales sera reconnue à l'existence d'une tumeur marronnée, dure, mate, située sur le trajet du gros intestin, surtout vers l'une des fosses iliaques. Quant au diagnostic d'avec l'invagination, nous en parlerons plus tard en traitant de cette affection. Peut-on déterminer la hauteur à laquelle siège l'obstacle? Il est possible d'arriver parfois, du moins approximativement, à une pareille précision. Lorsque dès le début le météorisme est considérable et occupe l'abdomen tout entier, il est probable que l'obstacle siège très-bas dans le gros intestin; car si l'obstruction occupait l'intestin grêle, le météorisme, comme l'observe M. Laugier, serait circonscrit à l'ombilic, et les régions correspondant à la direction que suit le colon seraient relativement déprimées.

Doit-on admettre un iléus *nerveux*, une *passion iliaque vraie*, comme l'appelaient Sydenham, c'est-à-dire une maladie caractérisée par tous les accidents des étranglements internes, sans qu'il existe d'autre obstacle au cours régulier des matières qu'une contraction spasmodique de l'intestin ou une contraction antipéristaltique de cet organe? Plouquet dit avoir vu rejeter par le vomissement des lavements de lait pur et même des suppositoires (1); Van Swieten (2), Barthez (3) et d'autres autorités disent également avoir vu des liquides injectés dans le rectum être rendus par la bouche. Brunner, en irritant le tube digestif des animaux, serait parvenu à produire un mouvement antipéristaltique assez énergique pour provoquer l'expulsion des fèces par la bouche. Mais aucun expérimentateur parmi les modernes n'a pu reproduire un pareil effet. Quant aux histoires de lavements qui auraient été vomis, nous ne saurions nous défendre d'un certain doute à cet égard. Lorsque nous voyons Barthez, par exemple, prétendre qu'un lavement fait avec une décoction de fleurs et de feuilles de mauve a été vomé au bout d'une demi-heure sans avoir subi aucune altération dans sa couleur ni sa saveur; lorsque Plouquet dit à peu près la même chose d'un lavement de lait qui aurait été également vomé, il est impossible de ne pas nier de pareils faits; car comment supposer que les liquides dont nous parlons aient pu traverser toute l'étendue des voies digestives, et cela avec un courant assez rapide, sans s'impregner ni de la couleur ni de l'odeur des matières qui y sont contenues?

Pronostic. — L'iléus est une des maladies les plus fâcheuses; mais la gravité varie beaucoup suivant la cause qui le produit. L'occlusion par amas de matières fécales est celle dont on peut triompher le plus facilement. Celle qui survient par les progrès d'une lésion organique ne peut laisser aucun espoir de salut. La péritonite est un accident qui doit toujours aggraver le pronostic, puisque la mort en est peut-être toujours un effet prochain.

Traitement. — On a conseillé contre l'étranglement interne une foule de moyens, les uns médicaux, d'autres purement mécaniques; enfin, dans les cas extrêmes, on a fait souvent appel à l'intervention chirurgicale. On a surtout conseillé de rétablir le cours naturel des matières fécales dans les cas d'iléus par l'usage des purgatifs drastiques donnés par la bouche et en lavement; il n'est pas permis aujourd'hui de croire qu'on puisse purger en appliquant ces remèdes

(1) *Nova Acta phys. med. natur. curios.*, lib. VI, p. 201.

(2) *Comment. in Boerhaavii Aphorismos*, § 960.

(3) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. III, p. 401.

sur la peau intacte ou dénudée. Les purgatifs sont toujours indiqués lorsque l'occlusion est l'effet de l'accumulation de fèces. Ils sont, par contre, nuisibles s'il y a lésion organique de l'intestin : donnés dans les cas d'étranglement produit par les brides, par les orifices ou par une invagination, ils peuvent sans doute finir par dégager l'intestin en surexcitant les contractions; mais on comprend aussi qu'ils puissent produire l'effet contraire. Je ne dirai rien des vomitifs administrés dans l'espoir que les secousses violentes qu'ils provoquent pourraient dégager l'intestin, car c'est là une idée presque chimérique. Comment espérer, en effet, quelque chose d'utile des vomissements provoqués, lorsque ceux parfois incoercibles que la maladie détermine n'ont d'autre effet que d'augmenter le malaise et d'épuiser les forces?

Les antiphlogistiques ont été recommandés; ils peuvent être utiles, en effet, en diminuant le spasme des parties, en dégorgeant les tissus; ils sont surtout recommandés dans les cas où les douleurs sont vives, et surtout lorsque l'iléus se complique de péritonite. Suivant les indications, on fera une saignée générale, ou bien des sangsues seront mises sur l'abdomen; les malades seront plongés dans des bains tièdes dont la durée sera de plusieurs heures; on les renouvellera plusieurs fois, et dans l'intervalle le ventre sera recouvert de larges cataplasmes émollients.

On a fait grand bruit depuis quelques années des succès que donnerait la belladone administrée à l'intérieur ou bien en onctions sur le ventre; mais ce médicament ne mérite pas plus de confiance que les lavements de tabac prescrits autrefois et recommandés même encore de nos jours, surtout en Italie. Les agents anesthésiques pourraient-ils être utiles? C'est à l'expérimentation clinique à le déterminer, mais *a priori* il me semble qu'on ne peut guère compter sur eux.

J'accorde au contraire une grande importance aux applications froides; elles sont utiles, quelle que soit la cause de l'étranglement. J'ai guéri par ce moyen huit à dix cas d'iléus, dont deux étaient accompagnés de vomissements stercoraux. J'ai pour habitude alors de recouvrir exactement tout le ventre avec une vessie contenant des fragments de glace, qu'on renouvelle dès qu'ils sont en partie fondus. Le malade ne prend que des boissons froides, et on lui administre tous les quatre ou cinq heures des lavements d'eau pure, mais à la température de la glace fondante et assez copieux pour distendre l'intestin autant que possible. Le froid est utile en concentrant les gaz, en produisant une vive impression sur les tissus et en activant la contraction intestinale. Les applications froides sont toujours bien tolérées; on peut les laisser durant plusieurs jours; j'en ai continué l'usage pendant plus d'une semaine; elles diminuent la tension du ventre et calment les douleurs, même dans les cas où elles sont impuissantes pour guérir.

J'ai dit que le froid était capable d'exciter les contractions intestinales; on a produit le même effet en provoquant une douleur vive et subite. M. Hervieux a rapporté, dans l'*Union médicale* de 1851, l'histoire d'un jeune homme qui, atteint d'iléus, ayant des vomissements stercoraux et paraissant être dans un état désespéré, vit tous les accidents cesser presque aussitôt après plusieurs applications du marteau de Mayor sur les points les plus douloureux du ventre.

L'électricité peut, en pareil cas, rendre quelques services. Leroy (d'Étiolles) avait, en effet, proposé d'établir un courant entre la bouche et l'anus, mais c'est un procédé peu sûr et peut-être dangereux. M. Duchenne ayant reconnu combien il est difficile d'agir directement sur le tube digestif, a provoqué la contraction par une action réflexe de la moelle en portant un des excitateurs

dans le rectum et l'autre sur l'abdomen. En procédant ainsi, il a réussi une fois à détruire un étranglement qui avait résisté à tout, et lorsque la gastrotomie semblait être l'unique salut du malade.

A différentes époques on a conseillé contre l'iléus des moyens mécaniques, c'est ainsi qu'on a recommandé autrefois d'introduire dans les voies digestives des balles de plomb ou le mercure coulant, moyens aussi irrationnels que dangereux. Le cathétérisme pratiqué avec des bougies et des sondes, les injections de liquides ou de gaz dans le rectum, les douches ascendantes dirigées avec des appareils plus ou moins énergiques, pourront bien agir dans les cas où l'obstacle réside dans le rectum, mais ils sont impuissants lorsqu'il siège au delà. Je ne dirai rien du massage des parois abdominales, fort usité, dit-on, dans le nord de l'Europe, car s'il peut être utile dans les cas de tumeur stercorale, il est impuissant contre les différentes espèces d'étranglements. Dans tous les cas, c'est un moyen qui exige dans son emploi une grande prudence.

Lorsque, l'étranglement persistant, les intestins se vident incomplètement par le vomissement et qu'ils restent énormément distendus par des liquides et par des gaz, doit-on, pour en prévenir la rupture, faire une ponction à travers les parois abdominales avec un trocart explorateur pour donner issue aux gaz? Cette opération, pratiquée plusieurs fois, a toujours soulagé en diminuant la distension abdominale; parfois aussi, en permettant à l'intestin de revenir sur lui-même, elle a réveillé sa contraction péristaltique, complètement éteinte, ce qui a permis aux matières fécales de franchir l'obstacle qui s'opposait à leur cours. Cependant cette opération est-elle aussi exempte de danger qu'on l'a dit? L'ouverture faite par le trocart se fermera-t-elle toujours, et n'est-il pas à craindre qu'en plongeant l'instrument dans une anse qui contient et beaucoup de gaz et beaucoup de liquides, ceux-ci ne suintent dans le péritoine et ne déterminent une péritonite suraiguë? C'est là une appréhension dont on ne saurait se défendre, même après les quelques faits favorables à l'opération que M. Labric a réunis dans sa thèse (année 1852).

Enfin, dans les cas où, tout ayant échoué, les individus semblent voués à une mort certaine et prochaine, doit-on pratiquer la gastrotomie? Cette opération est à peu près universellement abandonnée depuis le travail célèbre publié par Hévin dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Cependant, s'il peut paraître irrationnel d'ouvrir le ventre pour aller à la recherche d'un obstacle dont on ignore la nature et le siège, serait-il déraisonnable, lorsque tout a échoué et que le malade est sur le point de succomber, d'établir un anus contre nature en choisissant à la partie inférieure du ventre l'anse la plus saillante? Nous n'oserions pas renoncer à cette chance de salut, quelque minime qu'elle soit, disions-nous dans les trois avant-dernières éditions de cet ouvrage. Depuis cette époque, M. le professeur Nélaton a pratiqué plusieurs fois avec succès l'entérotomie dans les conditions les plus fâcheuses et lorsque les malades semblaient voués à une mort prochaine. C'est donc une dernière ressource qu'il n'est pas permis de négliger; mais l'entérotomie n'est praticable qu'autant qu'il n'existe pas de péritonite. (Voyez, comme complément indispensable, l'article suivant.)

De l'invagination intestinale, ou du volvulus.

On doit entendre par les noms de *volvulus* ou d'*invagination intestinale*, une maladie anatomiquement caractérisée par la pénétration ou l'introduction avec renversement d'une quantité plus ou moins considérable d'intestin dans

une autre portion de l'organe située ordinairement au-dessous de la première. Un doigt de gant à demi retourné imite assez exactement la disposition qu'un intestin invaginé présente.

Fréquence. Caractères anatomiques. — Les invaginations peu étendues, c'est-à-dire de 2 à 8 centimètres de long, sont très-communes; on en rencontre souvent, en effet, une ou plusieurs, sur les cadavres d'individus qui ont succombé à des maladies fort différentes. Elles occupent alors presque toujours le milieu ou la fin de l'intestin grêle; et comme on n'a observé pendant la vie aucun symptôme qu'on puisse lui rapporter, il est à présumer qu'elles ont dû se former pendant l'agonie ou dans les derniers instants de la vie.

Il n'en est plus de même des invaginations plus étendues: celles-là sont assez rares, quoique cependant elles soient les plus communes des lésions diverses qui déterminent l'iléus (1). Les invaginations dont nous parlons se forment tantôt aux dépens du gros intestin ou de l'intestin grêle seulement; tantôt elles sont constituées à la fois par l'un ou par l'autre (2). Cependant, d'après Rilliet (3), l'invagination qu'on observe dans la première enfance affecterait presque toujours le gros intestin, ce qu'il attribue à ce que, à cet âge, cette partie du tube digestif serait beaucoup plus mobile et sa structure musculieuse moins développée qu'à une époque plus avancée de la vie. Observons pourtant que cette circonstance ne saurait expliquer ce fait avancé par Rilliet, que le gros intestin serait dans la première enfance atteint d'invagination presque à l'exclusion de l'intestin grêle. Les invaginations s'opèrent presque toujours de haut en bas: c'est ainsi que, dans les cas les plus communs, on voit la terminaison de l'intestin grêle s'insinuer et se renverser dans la cavité du cæcum; celui-ci, entraîné, s'invagine à son tour dans le côlon ascendant, et plus tard jusque dans les côlons transverse et descendant. On a même vu (ainsi que le prouve un cas rapporté par Hévin, et qui fut montré à l'Académie de chirurgie) le cæcum invaginé et retourné faire saillie hors de l'anus. Dans quelques cas rares, pourtant, l'invagination s'est opérée de bas en haut, c'est-à-dire que la partie inférieure de l'intestin s'est introduite et renversée dans la partie supérieure: c'est ainsi qu'on a vu une fois les côlons ascendant et transverse s'invaginer dans le cæcum; dans un autre cas, le cæcum pénétrer dans l'intestin grêle.

L'invagination intestinale présente trois cylindres dont M. le professeur Cruveilhier a parfaitement décrit la disposition (4). Il y a un cylindre central appartenant à la partie la plus élevée du canal intestinal; un cylindre périphérique appartenant à la partie la plus inférieure de l'intestin; enfin un cylindre moyen qui est formé par la partie intermédiaire.

La disposition des surfaces mérite d'être étudiée. Elles affectent, d'après

(1) Le docteur Benj. Philips a fait une statistique établissant qu'on trouverait 1 cas d'iléus sur 100 autopsies. Recherchant les diverses causes organiques qui le produisent, il établit que, sur 169 cas, l'invagination figure pour 63; les tumeurs extérieures à l'intestin pour 16; les maladies des parois intestinales pour 19; les tumeurs intra-intestinales (concrétions, fèces endurcies) pour 11; les constrictions par brides, adhérences, passage de l'intestin à travers une ouverture anormale, pour 60. (*London Medic.-Chirurg. Transactions*, t. III, année 1848, et *Archives*, 4^e série, t. XIX, p. 47.) Sur les 518 observations d'iléus analysées par M. Duchaussoy, on trouve 137 cas d'invagination. Aucune autre des nombreuses causes d'iléus ne donne à beaucoup près une proportion aussi grande. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXIV.)

(2) D'après la statistique de M. Duchaussoy, on trouvera sur 92 invaginations, 76 fois une invagination du petit intestin seulement, 35 fois une invagination du gros intestin seulement, 31 fois les deux intestins étaient compris à la fois dans l'invagination.

(3) *Gazette des hôpitaux*, année 1852.

(4) *Anatomie pathologique générale*, t. I.

M. Cruveilhier, les rapports suivants : 1° au centre sont deux surfaces muqueuses appartenant au cylindre interne; 2° au milieu se trouvent deux surfaces séreuses appartenant, l'une au cylindre interne, l'autre au cylindre moyen; 3° plus superficiellement existent deux surfaces muqueuses appartenant, l'une au cylindre moyen, l'autre au cylindre périphérique; 4° enfin il y a la surface séreuse du cylindre périphérique. Les parois intestinales sont presque toujours épaissies.

La portion d'intestin ainsi invaginé est généralement rougeâtre ou violacée; elle est cylindroïde et ressemble pour la forme et la couleur à un boudin; elle est molle et offre la consistance qu'a l'intestin quand il est rempli de matières demi-solides. En l'incisant longitudinalement, on constate bien les dispositions que je viens d'indiquer, mais le plus souvent il est difficile de remettre les parties en place à cause des adhérences intimes qui se sont promptement établies entre les deux surfaces séreuses qui se sont adossées l'une à l'autre par suite du renversement de l'intestin. Souvent aussi on a trouvé la partie invaginée noirâtre, friable, ramollie, gangrenée et même complètement séparée. Au niveau du point où la séparation s'est faite, l'intestin reste épaissi, induré; la cavité est plus ou moins rétrécie.

Enfin, chez les individus qui succombent par suite d'une invagination, on trouve, comme dans toutes les autres formes de l'iléus, la portion d'intestin située au-dessous, vide et rétractée; celle qui est au-dessus est au contraire dilatée; souvent il existe une ou plusieurs perforations et une péritonite générale avec ou sans épanchement stercoral.

Symptômes. — Nous avons déjà dit que les petites invaginations de l'intestin grêle pouvaient ne produire aucun trouble; il n'en est pas de même de celles qui s'étendent sur une assez grande longueur, surtout lorsqu'elles se forment en partie ou en totalité aux dépens du gros intestin. Dans ces cas on voit, chez les deux tiers des individus, la maladie débiter brusquement et offrir tous les symptômes des occlusions intestinales; ce début brusque a surtout lieu, d'après M. Duchaussoy, chez les enfants. Chez beaucoup de sujets, au contraire, l'invagination se faisant lentement, les malades éprouvent pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et même durant plusieurs mois, divers dérangements du côté des organes digestifs, tels que coliques, alternatives de diarrhée et de constipation, météorisme et vomissement. C'est au milieu de ces accidents que surviennent ensuite, soit brusquement, soit d'une manière progressive, des symptômes d'étranglement intestinal.

L'occlusion cependant n'est pas toujours aussi complète ici que dans les autres espèces d'iléus. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades qui continuent d'aller à la selle et rendent beaucoup de gaz par l'anus, même à une époque assez voisine de la mort. Cependant le météorisme, la distension extrême du ventre, les vomissements de bile et de matières fécales, indiquent qu'il existe un obstacle très-considérable. Si l'invagination est étendue, on pourra parfois aussi, en explorant attentivement le ventre, constater une tumeur mate à la percussion, dure, rénitente, allongée, cylindrique; elle augmente généralement de volume d'un jour à l'autre; elle change aussi de forme et de position lorsque, l'invagination continuant, la partie de l'intestin qui est étranglée se rapproche davantage du rectum. Enfin, dans les cas rares où elle s'étend jusque dans la cavité de ce dernier, elle s'opposera à l'introduction des lavements, et le doigt porté dans l'intestin la fera aisément distinguer.

La portion invaginée se gangrène quelquefois. Si la vie se prolonge suffisamment, l'eschare se détache et s'élimine par l'anus. La science possède beaucoup

d'exemples de cette terminaison de la maladie. Étudié par Gaultier de Claubry en 1833 dans le *Journal hebdomadaire*, cet accident fut, deux ans après, l'objet d'un travail important de la part de Thomson, et inséré par lui dans le *Journal d'Édimbourg*; enfin M. Duchaussoy a fait une étude plus complète encore en réunissant et en analysant avec soin les 65 cas connus où la portion invaginée a été éliminée par les selles. L'élimination dont nous parlons se fait rarement avant la fin du premier septénaire; dans presque tous les cas, elle s'opère entre la deuxième et la quatrième semaine. Elle est précédée pendant quelques jours de selles noirâtres, fétides, d'une odeur cadavéreuse, et souvent sanguinolentes; presque toujours même, d'après la remarque de Gaultier de Claubry, du sang pur est rendu en assez grande abondance aussitôt que la portion d'intestin gangrenée a été éliminée. On a vu de la sorte des malades rendre, en une ou plusieurs fois, depuis quelques millimètres d'intestins jusqu'à une longueur de douze pieds (Forbes). Dans la plupart des cas, ou 24 fois sur 28, la perte de substance s'est faite aux dépens de l'intestin grêle; nonobstant cela, on a vu des malades se rétablir assez promptement. Cependant la plupart succombent; ils meurent les uns de péritonite, les autres épuisés par la diarrhée et par les souffrances. Ceux qui survivent après cette mutilation de l'intestin peuvent rester plus ou moins souffrants; beaucoup éprouvent des tiraillements dans le ventre, et une difficulté plus ou moins grande à redresser le tronc, probablement par suite de quelque adhérence contractée entre l'intestin et la paroi abdominale. Ces accidents se calment pourtant peu à peu, les individus peuvent revenir alors à leur état de santé ordinaire. On comprend cependant que, si la cicatrice s'est faite d'une manière vicieuse, il puisse en résulter un rétrécissement de l'intestin, qui exposera plus tard le malade à tous les accidents que nous avons énumérés plus haut (page 349). Malheureusement le plus grand nombre de ces individus meurent avant que la portion invaginée ait eu le temps d'être éliminée, et même avant que la gangrène ait pu se produire. La mort arrive, comme dans les étranglements internes par épuisement ou par péritonite, soit que celle-ci succède à la rupture de l'intestin, soit qu'elle survienne par continuité et par contiguïté de tissu.

La mortification de la partie invaginée et son élimination sont la seule chance de guérison qui existe pour les malades; car, pour peu que l'invagination soit étendue, surtout si celle-ci s'est faite dans le gros intestin, il nous paraît impossible qu'elle puisse cesser spontanément; les mouvements péristaltiques doivent tendre, au contraire, à l'augmenter sans cesse.

Variétés. — Je viens de décrire l'invagination comme une affection essentiellement aiguë se terminant par la mort dans un espace de temps fort court; il arrive pourtant quelquefois, ainsi que M. Cruveilhier en cite un exemple dans le premier volume de son *Anatomie pathologique générale*, que l'invagination a une marche chronique; les accidents d'étranglement sont alors si peu intenses, qu'on croit n'avoir à traiter qu'une entérite; aussi la maladie passe-t-elle alors presque toujours inaperçue.

L'invagination, d'après les recherches de Rilliet, aurait une symptomatologie et une marche un peu différentes dans la première et dans la deuxième enfance. Dans celle-ci, l'affection ne différerait pas sensiblement de ce qu'on observe chez l'adulte; il n'en serait pas de même pour la première. Ici, en effet, que le début soit lent ou brusque, il y aurait des vomissements incessants, mais très-rarement ils seraient stercoraux; les petits malades auraient des selles muqueuses, striées de sang; il y aurait même véritable entérorrhagie; le ventre conserverait sa forme, et à une période avancée on pourrait percevoir une

tumeur oblongue dans l'un des flancs ou bien à l'hypogastre ; la soif serait peu vive, le pouls fréquent, sans chaleur à la peau ; l'anxiété, l'angoisse, les cris, seraient constants, tandis que le coma, l'éclampsie, accidents fort communs dans les maladies graves de l'enfance, seraient plus rares. Dans les cas malheureux, l'affection se terminerait entre trois et cinq jours.

Diagnostic. — Il est communément facile de diagnostiquer un iléus, mais il n'en est pas de même pour préciser quelle est la cause anatomique qui met obstacle au cours des matières. (Voyez plus haut, p. 355.) Une invagination pourtant pourra être reconnue si, à l'exploration de l'abdomen, on sent une tumeur rénitente, allongée, cylindrique, mate, changeant sensiblement de place d'un jour à l'autre. Dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'on ne peut que soupçonner une invagination ; mais on ne saurait, dans la plupart des cas du moins, arriver à un diagnostic un peu précis. Dance, à qui l'on doit sur la maladie dont je parle un bon travail inséré en 1826 dans le premier volume du *Répertoire d'anatomie et de physiologie* de Breschet, avait noté comme un signe pathognomonique des invaginations du gros intestin, une dépression sur le côté droit de l'abdomen, produite par le déplacement du cæcum et du côlon, qui, se portant vers le flanc gauche, déterminerait au contraire dans ces points une tumeur longitudinale plus ou moins volumineuse. Nous croyons que la dépression dans la fosse iliaque droite et dans le flanc correspondant doit être une circonstance rare : nous l'avons vainement cherchée dans deux cas : son absence d'ailleurs n'a rien qui doive étonner, car on conçoit que l'intestin grêle distendu doive remplir le vide que laissent en se déplaçant le cæcum et le côlon ascendant. La distension gazeuse ordinairement considérable du ventre empêche également de pouvoir bien distinguer la tumeur qui chemine sur le trajet du côlon transverse et descendant ; si l'on découvrait celle-ci, elle devrait, rapprochée d'ailleurs des troubles fonctionnels qu'on observe, donner au diagnostic beaucoup de probabilité. Il serait facile d'ailleurs de la distinguer d'une tumeur stercorale, qui est dure, marronnée, et qu'il est possible souvent de diviser en la malaxant.

L'invagination dans la première enfance pourrait, d'après Rilliet, en imposer pour un ramollissement de l'estomac, pour une dysenterie ou pour une hémorrhagie intestinale. Mais dans le ramollissement stomacal, les vomissements sont incessants, les selles abondantes, séreuses ou bilieuses ; la soif est constante ; il y a une émaciation prompte, et les petits malades exhalent de la bouche une odeur fortement acide. L'invagination simule la dysenterie lorsqu'il existe des selles muqueuses et sanguines ; mais dans cette dernière il n'y a pas les vomissements qui existent dans l'embarras intestinal ; son début, d'ailleurs, est moins brusque et sa marche moins rapide. Beaucoup d'invaginations du gros intestin produisant une hémorrhagie parfois considérable, on pourrait considérer celle-ci comme étant l'affection unique et méconnaître la cause première qui la produit. Mais l'entérorrhagie n'occasionne pas de vomissements opiniâtres, elle est communément abondante, et elle se termine assez promptement ou par la guérison ou par la mort. La péritonite est une des maladies qui peuvent le mieux simuler une invagination. Il peut exister en effet, dans les deux affections, de la fièvre, une sensibilité vive du ventre, des vomissements et la constipation. Seulement, dans l'invagination, on constate des vomissements plus rebelles, à la fin stercoraux, une constipation plus opiniâtre ; la fièvre ne survient guère, en général, que lorsque la partie invaginée s'enflamme ou que le péritoine lui-même est envahi par la phlegmasie.

On ne devra jamais oublier de porter le doigt dans le rectum ; car plusieurs

fois, par cette exploration, on a pu sentir la tumeur formée par la partie invaginée ; on a dit que lorsque le doigt ne sentait rien, on pouvait, à l'aide d'une sonde œsophagienne, arriver au même résultat ; mais il nous semble impossible par ce procédé, à supposer qu'on rencontre l'obstacle, de pouvoir en déterminer la nature.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement grave, quel que soit l'âge des sujets. On a vu, en effet, combien étaient peu nombreuses pour les malades les chances de guérison.

Étiologie. — Le plus souvent la maladie survient sans cause appréciable ; cependant beaucoup d'individus ont été atteints d'invagination à la suite de l'usage intempestif d'un purgatif drastique qui agit en excitant vivement les contractions intestinales. On a vu quelquefois, et nous en possédons nous-même un exemple, un polype pédiculé de la muqueuse, poussé par les contractions péristaltiques, entraîner la portion d'intestin à laquelle il adhérait et s'invaginer avec elle.

Traitement. — Le traitement des invaginations ne diffère en rien de celui que j'ai précédemment étudié (page 356), à propos de l'iléus.

DES DILATATIONS

La dilatation est l'agrandissement insolite des cavités et des canaux naturels du corps de l'homme.

Les dilatations des organes creux reconnaissent presque toujours pour cause un obstacle mécanique, permanent ou momentané, qui, s'opposant au cours des matières solides ou liquides qui y circulent, force celles-ci à s'accumuler dans un point, ainsi que nous l'avons déjà exposé en parlant des rétrécissements et oblitérations. D'autres fois la dilatation résulte de ce que les fluides, sécrétés en plus grande abondance et ne s'écoulant plus assez rapidement au dehors, s'accumulent dans leurs canaux. C'est, par exemple, de cette manière que se produisent un grand nombre de dilatations des bronches, ainsi que nous l'avons déjà dit en traitant de la bronchite capillaire. Cependant ce serait une erreur de croire que les dilatations se forment toujours de la même manière. Nous verrons en effet que quelquefois certaines cavités du corps se dilatent sans obstacle antérieur et d'une manière spontanée ; du moins il est impossible de saisir l'action d'aucune cause : c'est ce que nous observons notamment pour les vésicules pulmonaires et pour le cœur. Quelques auteurs ont supposé que dans ces cas il avait dû exister une atonie, une faiblesse, une paralysie du tissu qui ne permettait pas à celui-ci de réagir aussi efficacement que d'habitude contre la force expansive des fluides ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

La dilatation est plus ou moins considérable : les parois de l'organe dilaté conservent tantôt leur épaisseur normale, tantôt elles sont amincies, atrophiées ; ailleurs elles sont plus épaisses et hypertrophiées dans un ou plusieurs des éléments anatomiques qui entrent dans leur structure : cette hypertrophie affecte surtout la couche musculuse, pour les organes qui en ont une. Dans ce dernier cas, le surcroît d'énergie que les parois hypertrophiées acquièrent, compense la faiblesse relative que la dilatation produit, et permet à l'organe de réagir sur les fluides accumulés en plus grande abondance. Le contraire a lieu lorsque les parois sont amincies, et même lorsqu'elles n'ont subi aucun changement ; car on conçoit que dans ce cas, et eu égard à l'ampliation de l'organe, elles sont relativement beaucoup plus faibles. La dilatation peut être portée au point de détruire tout à fait l'élasticité des parties ; elle peut même,