(132. C. δ) ; application de la glace sur le ventre; lavemens d'eau à 0°; électrisation du tube digestif par un courant galvanique établi de la bouche à l'anus, etc., etc. : tout, en vérité, est permis. Vains et stériles efforts, du moins, hélas! pour la plupart du temps! disons même, presque toujours. Mais enfin, quelquefois, par une rare exception, ils ont rencontré le succès.

1142. *De l'occlusion congéniale, en particulier.* — Quand on a signalé l'imperforation de l'anus, l'imperfection ou la complète absence du rectum, tout n'est pas encore dit sur l'occlusion congéniale de l'intestin. Le duodenum, le jejunum, l'iléon, le cœcum ou le colon peuvent être aussi le siége d'un pareil vice de conformation, — soit que la continuité du canal se trouve interceptée par une membrane transversale, — soit qu'une anse intestinale ait la structure d'un cordon plein, tout-à-fait imperforé, ou bien, du moins, un état de rétrécissement excessif, — soit, encore, qu'une partie de l'intestin aboutisse à un cul-de-sac entièrement à part et sans rapport avec les autres parties, anomalie si étrange et si remarquable dont Schæfer a consigné, dans les archives de la science, une observation très minutieusement recueillie (1138). L'enfant qui naît avec une de ces occlusions congéniales de l'intérieur du tube intestinal peut présenter de prime abord toutes les apparences de la viabilité et même de la plus brillante vigueur, téter avec avidité et avec force, rendre son méconium, etc.; mais il ne manque point de vomir le lait qu'il a bu, il le rend plus ou moins altéré, suivant le plus ou moins de temps qui s'écoule entre l'ingestion et les vomissemens; une fois le méconium expulsé, il n'y a plus d'évacuations alvines; la mort ne tarde pas de survenir, tout au plus se fait-elle attendre une vingtaine de jours. Le diagnostic, en pareille circonstance, se fonde avec une certaine probabilité, sur la réunion des trois signes que voici : 1° constante répétition des vomissemens; 2° constipation rebelle aux purgatifs; 3° intégrité de l'anus et du rectum. Le pronostic est mortel. On ne saurait faire que de la médecine palliative et symptomatique.

1143. *De l'occlusion par invagination.* — (*Intestinorum intussusceptio*, chez les vieux auteurs. — *Volvulus*, de Sauvages et de beaucoup d'autres pathologistes : peut-être à tort, et, ce qu'il y a de sûr, par détournement et restriction du sens primitif que la latinité médicale de l'ère moderne, en créant ce terme, y avait naturellement attaché, sens tout-à-fait équivalent à la signification générale que le mot *ileus*, d'origine grecque, possédait et possède encore; *volvulus* est, en effet, un dérivé du verbe *volvere*, en parfaite conformité avec la supposition étymologique, émise par Arétée, Περὶ αἰτ. καὶ σημ. ὀξ. παθ. B. ς', et depuis universellement reçue, qui fait dériver Εἰλεὸς, ou Εἰλεός, de Εἰλέω, je roule ou j'entortille, — comme si les symptômes de l'iléus étaient tou-

jours dus à l'enroulement ou entortillement de l'intestin. — Entérélésie invaginée, d'Alibert, *Nosol. nat.*, famille II, *Entéroses*, genre IV, esp. 1re). — A. L'invagination consiste en ce qu'une portion d'intestin, renversée sur elle-même comme un doigt de gant qu'on retourne, s'engage et s'enfonce dans la portion voisine, soit par en haut, soit par en bas : ce qui constitue nécessairement un certain degré de raccourcissement et de rétrécissement du tube intestinal, et ce qui peut quelquefois, on le conçoit der este, amener une véritable occlusion.

B. Tant qu'une invagination est encore toute récente, n'intéresse qu'une très courte portion d'intestin, et laisse la voie ouverte, il n'en résulte point de maladie : voilà pourquoi, sur le cadavre, il n'est pas rare de rencontrer, dans l'intestin grêle, des invaginations de fort peu d'étendue, et, sans doute, de fraîche date, qui sont faciles à dégager et à effacer par les tractions les plus légères et qui n'ont occasionné, du vivant de la personne, aucun symptôme particulier. Mais il n'en est pas de même lorsque l'invagination persiste longtemps et que, surtout, la portion d'intestin qui se trouve invaginée est d'une longueur tant soit peu considérable. Alors, en effet, le mal ne reste pas borné à un simple rétrécissement de la voie intestinale, mais les surfaces soit séreuses soit muqueuses que l'invagination met et maintient en contact contre nature finissent par s'enflammer; les matières chymeuses, bilieuses ou stercorales qui s'arrêtent et s'amassent contre le rebord saillant et dans le cul-de-sac de l'invagination, deviennent là une cause infaillible d'irritation et de compression. D'où, tôt ou tard, une entérite phlegmoneuse, à laquelle la portion invaginante et la portion invaginée prennent part toutes deux. D'où, une boursouflure intérieure qui ne laisse aux matières qu'un trop étroit passage. D'où, un engouement plus ou moins prompt à se produire et à parfaire définitivement l'occlusion. D'où, en outre, quelquefois du moins, le manifeste développement d'une tumeur douloureuse et circonscrite, tumeur plus ou moins aisément appréciable à la palpation selon son plus ou moins de volume, sa situation plus ou moins profonde, et le plus ou moins d'embonpoint et de météorisme, tumeur susceptible de changer de place de temps en temps. Chez quelques sujets, l'occlusion ne s'établit qu'après avoir été précédée, durant un laps de plusieurs semaines, voire même de plusieurs mois, par les symptômes de l'entérite, la rareté et la difficulté des exonérations stercorales, et l'apparition de la tumeur dont je viens de parler. Chez d'autres, l'ensemble de symptômes cruels et terribles qui révèlent une occlusion confirmée se montrent tout-à-coup et inopinément. Quoi qu'il en soit, en règle générale, la mort est le dénouement de la maladie qui nous occupe ici. Les malades ne résistent pas longtemps aux coups de l'iléus, sans compter que, bien des fois, la gangrène peut se mettre

aussi de la partie, perforer l'intestin, et, partant, déterminer pour triple surcroît de mal une péritonite suraiguë (575. D. γ.) Pourtant il se peut faire, dans certains cas merveilleusement heureux, mais bien rares, que la gangrène soit précisément une source de salut : c'est lorsqu'elle opère la séparation de l'anse invaginée, tandis que l'anse supérieure et l'anse inférieure, réunies solidement l'une à l'autre par les adhérences que l'inflammation a produites (291), rétablissent la continuité du canal, devenu plus court sans doute, mais rouvert désormais au cours naturel des matières chymeuses et stercorales ; l'anse d'intestin que la gangrène a isolée ne tarde pas à être rejetée par l'anus, avec une abondante débâcle d'exonération alvine ; et de ce moment date, pour le malade, une nouvelle ère, une ère de résurrection.

C. Le jejunum et l'iléon sont les intestins qui forment, la plupart du temps, les invaginations. On a vu le duodenum invaginé dans le jejunum, mais c'est un cas très rare. Ce qui est moins rare, c'est l'invagination du cœcum dans le colon, ou celle d'une portion du colon dans une autre portion de ce même intestin. Il se peut fort bien, et maints observateurs l'attestent, qu'un individu ait à la fois plusieurs invaginations, formées en divers endroits du tube intestinal. Le plus ordinairement, l'invagination d'une anse d'intestin a lieu dans ce qu'on est convenu de nommer l'anse inférieure : cependant elle peut aussi avoir lieu en sens inverse, suivant du moins les témoignages les plus graves ; et même, par exemple, Fabrice de Hilden a vu l'invagination du cœcum dans l'iléon, le cœcum étant là, comme de raison, tout resserré sur lui-même et tout rapetissé (*Observ. chir.* Cent. I, obs. LXI). Bien plus, à ce qu'assurent certains observateurs, il s'est quelquefois trouvé que, chez un seul et même sujet qui présentait plusieurs invaginations, l'une allait de bas en haut, et l'autre de haut en bas. D'après le cas remarquable dont M. Grisolle a recueilli l'observation (1138), M. Cruveilhier s'est cru en droit de conclure (*loc. cit.*) « que la valvule iléo-cœcale est » une barrière que l'intestin grêle invaginé ne saurait franchir, en sorte » que, dans le cas d'invagination de la fin de l'intestin grêle, cette fin » d'intestin grêle s'enfonce dans le cœcum et le colon ascendant, mais » sans pouvoir pénétrer à travers la valvule iléo-cœcale ; » et ensuite, » que si une invagination occupait la fin de l'intestin grêle, et si la cause » qui produit l'invagination continuait à agir, cette invagination ne pou- » vant franchir la valvule iléo-cœcale, la masse invaginée pourrait s'in- » vaginer encore dans le gros intestin renversé, en sorte qu'il y aurait » deux invaginations complètes l'une dans l'autre. » Il y a du vrai, beaucoup de vrai, dans les réflexions que je viens de rapporter textuellement ; mais le savant auteur, qui donne par là une excellente théorie du cas en question, a eu le tort de trop généraliser cette théorie, de la

poser comme une loi absolue et sans exception. La vérité est que souvent, mais non pas toujours, la valvule iléo-cœcale se montre comme une barrière infranchissable à l'invagination de l'intestin grêle. Les faits sont là pour restreindre dans de justes limites l'explication donnée par M. Cruveilhier. Car, Dance, et d'autres encore, ont observé des cas où l'iléon invaginé avait franchi la valvule, et avait rempli de ses anses retournées sur elles-mêmes tout l'intérieur du cœcum. M. le professeur Puchelt (*loc. cit.*) rapporte même, d'après un observateur allemand du dernier siècle, un cas, peut-être unique, où une anse de l'iléon, invaginée à travers la valvule, se trouvait directement enfoncée et étranglée dans le colon ascendant. Pour terminer maintenant cette courte esquisse de l'histoire anatomique des invaginations, signalons l'existence, bien et dûment constatée par d'habiles anatomo-pathologistes, de ces cas si graves et si complexes dans lesquels deux invaginations se trouvent ensemble l'une dans l'autre ; en d'autres termes, étant donnée une première invagination, il se peut faire que l'anse invaginée se renverse encore à rebours et rentre en partie en elle-même, ou qu'au contraire l'anse invaginante se trouve invaginée à son tour dans une autre partie de l'intestin ; chacune de ces manières, après tout, aboutit à composer ce qu'on pourrait précisément appeler un cas d'*invagination redoublée*.

D. Ce qui peut d'abord être considéré comme une condition favorable à la formation des invaginations, ce sont les variations de diamètre auxquelles les diverses parties du tube intestinal se trouvent sujettes, de telle sorte qu'une anse large est toute disposée à recevoir et à engaîner en quelque sorte une anse étroite : voilà pourquoi on a quelque droit, comme certains auteurs l'ont professé, de signaler particulièrement la pneumatose intestinale comme cause prédisposante des invaginations. Puis, en ce qui concerne la cause prochaine qui les produit, il est évident qu'elle gît en contractions extraordinairement violentes de l'intestin : ainsi est-il facile, sur les grenouilles soumises aux vivisections, de voir naître des invaginations, lorsqu'on pique, ou qu'on irrite d'une manière quelconque les intestins de ces animaux. Donc, tout ce qui excite d'une façon excessive et désordonnée le mouvement péristaltique, peut en venir à produire l'invagination : accusons, à ce titre, les entérites, les diarrhées et les vomissemens de tout genre, qui tant de fois, en effet, ont précédé, à ce qu'il semble du moins, la formation des invaginations ; accusons même plus particulièrement le choléra, les purgations drastiques, les empoisonnemens par poisons irritans, comme les acides forts et concentrés, les arsenicaux, etc. ; accusons aussi les coliques nerveuses, les corps étrangers, et surtout, par exemple, les ascarides lombricoïdes (car maint observateur a constaté la présence de ces helminthes à l'intérieur des anses intestinales qui faisaient partie

d'une invagination). Enfin on a des exemples d'invagination survenue à l'occasion d'un coup violent sur le ventre, ou d'un effort fait pour soulever une masse trop lourde. Meckel père (*Pathol. Anat.*,—IIe partie, 1re sect., p. 325) dit avoir vu une invagination évidemment imputable à un stéatôme qui, développé en saillie à la surface interne de l'intestin, avait, par son poids, entraîné dans une portion inférieure la portion où il était adhérent. Dance (*loc. cit.*) rapporte, d'après l'observation de M. Devilliers, un cas où le même résultat était le fait d'un polype. Incontestablement, au surplus, une fois qu'une portion d'intestin s'est engaînée dans une autre si peu que ce soit, ce premier désordre peut, à lui seul, exciter l'intestin à produire de plus belle d'énergiques contractions, de telle sorte que l'invagination aille s'allongeant de plus en plus : il est même infiniment probable que la plupart du temps les invaginations se forment ainsi peu à peu, et non pas d'emblée et d'un seul jet. Toujours est-il, heureusement, que les invaginations graves, durables, vraiment morbides et capables de constituer une occlusion, sont un accident rare. En somme, les enfans semblent y être plus sujets que les adultes. Il paraîtrait que, dans un cas observé autrefois en Allemagne et cité par M. le professeur Puchelt, cette maladie s'est montrée congéniale.

E. Il est bien difficile, j'allais dire impossible, de reconnaître, sur la personne d'un malade en proie aux tourmens de l'occlusion intestinale, que cette occlusion est due à l'invagination. A peine si, dans certains cas seulement, et par exception, il est permis de soupçonner et de deviner la chose, à l'aide d'une appréciation exacte et minutieuse de tous les antécédens, de toutes les conditions étiologiques, de tous les symptômes. Dance, par exemple, attribue avec raison un haut degré de valeur séméiologique à la présence d'une tumeur dans le flanc gauche, chez un malade dont le flanc droit présente, au contraire, une dépression, un vide dû à ce que le cœcum et le colon ne sont plus là : mais encore un coup, cette circonstance n'existe que dans un très petit nombre de cas; c'est donc un signe tout-à-fait exceptionnel.

F. Lorsqu'après les épouvantables symptômes de l'occlusion intestinale le malade évacue par l'anus une anse d'intestin et recouvre la pleine et entière liberté des exonérations alvines (B), ce n'est pas à dire pour cela que son salut soit dès lors sûr et infaillible. Mais toujours est-il que le pronostic doit changer de face : auparavant, il n'avait guère que la mort en perspective; dans le nouvel état des choses, au contraire, il est en droit d'annoncer la guérison comme une chance fort probable.

G. Lorsque l'invagination ne se laisse pas même soupçonner, plutôt que toute autre condition d'occlusion intestinale, il est clair que le traitement ne peut que rouler dans les aveugles tâtonnemens auxquels, en

l'absence d'un diagnostic précis, nous avons vu l'art malheureusement condamné (1141). Mais eût-on de fortes raisons de croire à l'existence d'une invagination, que faire alors de préférence? Nos devanciers recommandaient d'avaler une grande quantité de grains de plomb, ou du mercure métallique en masse. Mais ce moyen, utile peut-être dans le début des invaginations qui se font de bas en haut, ou invaginations ascendantes, est précisément fait pour pousser et allonger les invaginations descendantes, qui sont le cas le plus ordinaire (C). Et puis, d'ailleurs, dans l'un comme dans l'autre cas, il ne manque pas de nuire une fois que l'inflammation se sera développée. Quelques auteurs conseillent de pousser de l'air par la voie de l'anus, à l'aide d'un soufflet, dans l'espérance qu'à force de distendre ainsi l'intestin on réussira à réduire et à effacer l'invagination. Mais a-t-on jamais mis cela en pratique? Et avec quel succès? M. Leroy d'Etiolles (1138) propose d'établir, de la bouche à l'anus, un courant galvanique (par le moyen d'une pile à auge, composée de dix, quinze ou vingt couples de deux *pouces* de diamètre) : je ne vois pas d'inconvénient à essayer d'une semblable ressource. Supposons maintenant un cas où, par hasard, — disons mieux, par un concours de circonstances exceptionnelles, — le diagnostic touche de fort près ou même atteigne à la certitude : pourquoi alors la chirurgie ne pourrait-elle intervenir? Pourquoi, sûr de l'existence et du siége d'une invagination, le génie du chirurgien n'imaginerait-il pas quelque opération de gastrotomie, si ce n'est pour dégager l'anse invaginée, du moins pour ouvrir un anus contre nature? Les fastes de l'art nous offrent deux ou trois cas dans lesquels le succès le plus complet aurait, dit-on, couronné une telle conduite. Mais hélas! quelle infaillible chance de nombreux revers ne voyons-nous pas là? Après tout, néanmoins, mieux vaut ici cette hardiesse aventureuse qu'une inerte expectation, qui n'a plus en perspective que la mort ou un miracle. Quoi qu'il en soit, en définitive, dans tous les cas, la médecine palliative et symptomatique ne laisse pas que d'avoir son rôle et son importance. Ne fût-ce que pour adoucir les horribles angoisses du pauvre moribond, ne manquons pas de prescrire à propos les émolliens, les narcotiques, et, s'il le faut même, les émissions sanguines.

1144. *De l'occlusion par étranglement interne.* — (Entérélésie étranglée d'Alibert, famille II, genre IV, esp. 2, — variété α, Entérél. étrangl. interne). — A. Pareillement à ce qui a lieu dans une hernie étranglée, les intestins peuvent, quelquefois aussi, éprouver, dans la profondeur même de la cavité abdominale, des constrictions qui les pincent et les étreignent pour ainsi dire en cachette, et, pour peu qu'elles persistent, amènent l'entérite phlegmoneuse et un état d'occlu-

sion confirmée. Voilà ce qu'on appelle fort naturellement et à très bon droit un étranglement interne.

B. Inutile de redire ici les symptômes que produisent l'entérite phlegmoneuse (468) et l'occlusion (1141). Inutile d'insister sur la possibilité et la fréquence de la gangrène, et des perforations par où les matières stercorales s'épanchent dans le péritoine. Inutile d'insister sur la léthalité à peu près constante, j'allais dire infaillible, de ces étranglemens internes, avec ou sans complication de gangrène et de péritonite deutéropathique. Mais ce qui est important à noter, c'est que chez beaucoup de sujets, plus ou moins longtemps avant le drame terrible et meurtrier de l'iléus, on observe certains malaises, certaines douleurs, certains accès de hoquet, de vomituritions et de vomissemens, qui nous représentent ce que nous voyons si communément arriver aux personnes atteintes de hernie, et donnent droit de soupçonner, avec un degré plus ou moins fort de présomption, les constrictions passagères de l'intestin. C'est d'ordinaire par suite d'imprudences et de fautes dans le régime du boire et du manger, ou bien immédiatement après un effort quelconque, que se développent les accidens dont il s'agit. La douleur, lors de ses différens retours, occupe la même région, voire le même point de l'abdomen. Puis enfin, un nouvel accès, au lieu de s'apaiser et de guérir comme tous les précédens par le repos et les remèdes, aboutit à l'iléus et à la mort.

C. Les causes anatomiques de l'étranglement interne sont fort variées. Sans compter les cas qui appartiennent véritablement à l'histoire des hernies et qui consistent en ce que les manœuvres du taxis ou même l'opération sanglante n'auront abouti qu'à repousser dans l'intérieur du ventre une hernie étranglée sans la dégager, sans la débrider complétement, cas auxquels, assurément, mon collaborateur accordera une attention toute particulière, — les étranglemens internes proprement dits peuvent être, sous le rapport ici en question, ramenés à six variétés principales que voici :

α. Première variété : *Étranglement interne par une bride anomale.* C'est le cas le plus fréquent de tous. Mais qu'est-ce donc que ces brides anomales qui forment, pour ainsi dire, une sorte d'arcade intrà-abdominale dans laquelle les intestins peuvent s'engager et s'étrangler tout comme dans l'arcade crurale, l'anneau inguinal, etc.? Ce sont, le plus ordinairement, des cordons ou filamens cellulo-fibreux, adhérences ligamenteuses dues sans doute à l'exsudation plastique de quelque travail d'inflammation péritonéale (304. F. G.). D'autres fois, c'est l'appendice vermiforme, dont le sommet est devenu adhérent à un point de l'intestin ou du mésentère, ou bien un appendice anomal de l'intestin, avec les

mêmes conditions d'adhérence, comme dans le cas publié par M. Rayer (1138); ou bien la trompe de Fallope, dont le pavillon a contracté adhérence quelque part, comme, par exemple, dans un cas observé par M. Rostan (1138). D'autres sous-variétés pourraient encore être signalées ici; mais je ne crois pas nécessaire de les énumérer, et je m'arrête.

β. Seconde variété : *Etranglement interne par introduction de l'intestin dans une cavité accessoire de la grande cavité du péritoine.* Soit, par exemple, à travers l'hiatus de Winslow et dans l'arrière-cavité normale; soit dans un de ces culs-de-sac anomaux, quelquefois de très étroite ouverture, qui peuvent dépendre de l'épiploon, du mésentère, ou du péritoine pariétal. C'est à la même variété qu'on peut encore rapporter le fait qu'observa Fages (1138), et où le siége de l'étranglement était au col de la tunique vaginale d'un testicule demeuré en dedans de l'abdomen.

γ. Troisième variété : *Etranglement interne au travers du mésentère ou de l'épiploon.* Consécutivement à la rupture de ces replis péritonéaux.

δ. Quatrième variété : *Étranglement interne par l'effet d'adhérences contre nature de l'épiploon ou de l'intestin.* Ainsi a-t-on vu les adhérences de l'épiploon avec le mésentère, avec le péritoine pariétal, avec le corps de l'utérus, etc., devenir une cause d'étranglement. Ainsi a-t-on vu une anse intestinale, par suite d'adhérence en deux points opposés, former une sorte d'arcade dans laquelle se trouvait étranglée une autre portion d'intestin.

ε. Cinquième variété : *Étranglement interne par entortillement de l'intestin.* Soit qu'une anse intestinale se torde sur elle-même, soit qu'elle s'enroule autour du mésentère ou autour d'une autre anse. M. Andral (1138) a publié une intéressante observation de cette variété-là. « Le jéjunum, à son origine, roulé et contourné plusieurs fois sur » lui-même, était embrassé par le mésentère, qui le tirait fortement à » l'instar d'une corde, et à son tour il comprimait aussi le mésentère. »

ζ. Sixième variété : *Étranglement interne, dit par nœud intestinal.* Ainsi du moins M. Michel Lévy appelle-t-il une nouvelle forme d'étranglement, qu'il a tout récemment observée. Mais laissons-le parler lui-même; car la description anatomique qu'il donne a, je dois le dire, une certaine obscurité, inhérente sans doute à la nature même des choses. Et, bien que je croie l'avoir comprise en la lisant et relisant avec attention, je craindrais, si je l'abrégeais, de n'en plus faire qu'une énigme. « Je » reconnus, en portant la main du côté gauche du mésentère, un anneau » formé par l'intestin lui-même et à travers lequel venaient s'étrangler » plusieurs anses intestinales; l'anneau était placé an-devant de la qua- » trième vertèbre lombaire et sur son côté droit. L'étranglement est » évidemment produit par un diverticulum intestinal, lequel forme un

» *nœud* embrassant une double anse d'intestin en manière de 8 de chiffre. » Il est moins aisé de comprendre la manière dont le nœud s'est formé, » et les rapports du diverticulum avec le mésentère, parce qu'il ne reste » de celui-ci qu'une portion très étroite. Plusieurs confrères qui ont » vu la pièce ont pensé que le nœud n'avait pu se faire sans une per- » foration du mésentère. Nous n'avons pas admis cette circonstance, et » M. Parise [1], après avoir étudié, dessiné et décrit la pièce dans dif- » férentes positions, a confirmé notre opinion.

» La portion de l'intestin comprise dans l'étranglement, depuis son » entrée dans l'anneau constricteur jusqu'à sa sortie, a deux mètres au » moins de longueur; elle comprend toute l'extrémité inférieure de » l'iléon, à l'exception des douze derniers centimètres qui tiennent à la » valvule iléo-cœcale; elle se compose de deux anses à peu près de même » longueur. Appelons *supérieure* la première anse, celle qui se continue » avec le bout supérieur de l'iléon, et *inférieure* celle qui se prolonge » vers le cœcum. Ces deux anses se continuent l'une avec l'autre et sont » réunies par un *nœud*, qui est formé de la manière suivante :

» Au point de réunion des deux anses, vers le milieu de la portion » étranglée, à un mètre environ de la valvule iléo-cœcale, on voit » naître, du bord libre de l'intestin, un diverticulum ou prolongement » long de dix centimètres, formé par toutes les tuniques de l'intestin, » dont il a le calibre lorsqu'il est insufflé, et se terminant en une extré- » mité arrondie; mais il n'a plus cette forme lorsqu'on l'examine en » place. Dilaté à son origine, il se rétrécit à sa partie moyenne en ma- » nière d'un cordon aplati, et se dilate en une ampoule terminale, ar- » rondie, distendue par des gaz, au point d'égaler le volume d'un gros » œuf de poule. Le diverticulum remonte vers le bout supérieur, se » courbe à gauche, embrasse le pédicule de l'anse supérieure, se con- » tourne à droite, reparaît à gauche en s'engageant dans l'angle de » bifurcation qui lui a donné naissance, et se termine par une ampoule » qui presse sur le côté gauche de cette bifurcation.

» D'où l'on voit déjà que l'anse supérieure avec le diverticulum re- » présente un nœud simple dont un des chefs supérieurs formerait une » rosette ou un nœud coulant, et dont le chef inférieur serait terminé » par un autre nœud solide, ou mieux par un tampon destiné à main- » tenir la solidité du nœud coulant. En effet, si, après avoir un peu relâ- » ché le nœud, on tire sur le bout supérieur de l'intestin, on peut » amener toute l'anse intestinale supérieure, défaire le nœud et détruire » l'étranglement. Si, au contraire, on tire sur l'anse tout entière, ou » sur son bout le plus voisin du diverticulum, on l'étreint davantage.

[1] Chef des travaux anatomiques du Val-de-Grâce.

» L'extrémité renflée du diverticulum a donc joué un rôle essentiel dans » l'étranglement; celui-ci eût disparu à l'instant si elle se fût vidée des » matières liquides et gazeuses qui la distendaient.

» Quant à l'anse inférieure, voici sa disposition : l'intestin, après » avoir formé le nœud et fourni le diverticulum, continue à descendre, » décrit une anse d'un mètre de long, revient vers le nœud, qu'il tra- » verse, et va se terminer au cœcum après un trajet de douze centi- » mètres. On ne comprend la formation de cette anse, et son entrée dans » le nœud, qu'en admettant qu'elle avait éprouvé sur son pédicule un » mouvement de rotation de bas en haut et de droite à gauche, en vertu » duquel elle a exécuté un tour complet sur elle-même, entraînant avec » elle le diverticulum avant que celui-ci eût embrassé l'anse supérieure.

» En résumé, l'anse intestinale inférieure, après s'être enroulée sur » elle-même, a saisi, au moyen de son diverticulum, l'anse d'intestin » située immédiatement au-dessus, en décrivant un nœud simple; de » sorte que la constriction porte sur trois points, interceptant deux anses » avec leur double pédicule mésentérique. » Michel Lévy, *loc. cit.* (1138).

D. Rien de plus difficile, quoi qu'en disent certains auteurs, rien de plus aléatoire que le diagnostic de l'étranglement interne. Tout au plus quelquefois, mais rarement, pourrait-on,—en ayant soigneusement égard à tous les antécédens du malade et au mode d'invasion des troubles intestinaux, en bien constatant le rapide développement d'une douleur atroce et d'une tumeur distincte dans un point déterminé de l'abdomen, — avoir la presque certitude qu'il y a là de deux choses l'une, ou un étranglement interne, ou une invagination; et que, par conséquent, l'opération, si l'on s'y décide, doit être dirigée de ce côté.

E. Les purgatifs peuvent-ils quelquefois, par cela même qu'ils excitent les mouvemens péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, réussir à dégager une anse étranglée? On l'a dit. Mais rien n'est moins démontré, surtout pour les cas où l'étranglement est décidément confirmé et amène les symptômes de l'iléus. Disons-en autant du galvanisme, proposé par M. Leroy d'Étiolles. En vérité, je n'ose ni recommander ni interdire, sous forme de thèse générale, la bien cruelle et bien triste ressource de la gastrotomie. C'est au génie du médecin et du chirurgien, dans certaines circonstances particulières, d'arrêter et d'exécuter la détermination qui seule peut offrir encore une faible chance, mais une chance réelle de salut.