

## **De l'invagination intestinale par polype ... / par Jean-Joseph-Albert Féraud.**

### **Contributors**

Féraud, Jean Joseph Albert, 1885-  
Université de Bordeaux.

### **Publication/Creation**

Bordeaux : Imprimerie commerciale et industrielle, 1910.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/vsvzn9q6>

### **License and attribution**

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome  
collection**

Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1909-1910

N° 29

# De l'Invagination Intestinale

PAR POLYPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JANVIER 1910

PAR

**Jean-Joseph-Albert FÉRAUD**

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Saint-Lon (Landes) le 12 Novembre 1885

Examineurs de la Thèse	}	MM. DENUCÉ, professeur .....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur.....	} <i>Juges</i>
		PRINCETEAU, agrégé.....	
		BÉGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX


IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

36 - rue du Hautoir - 36

1910



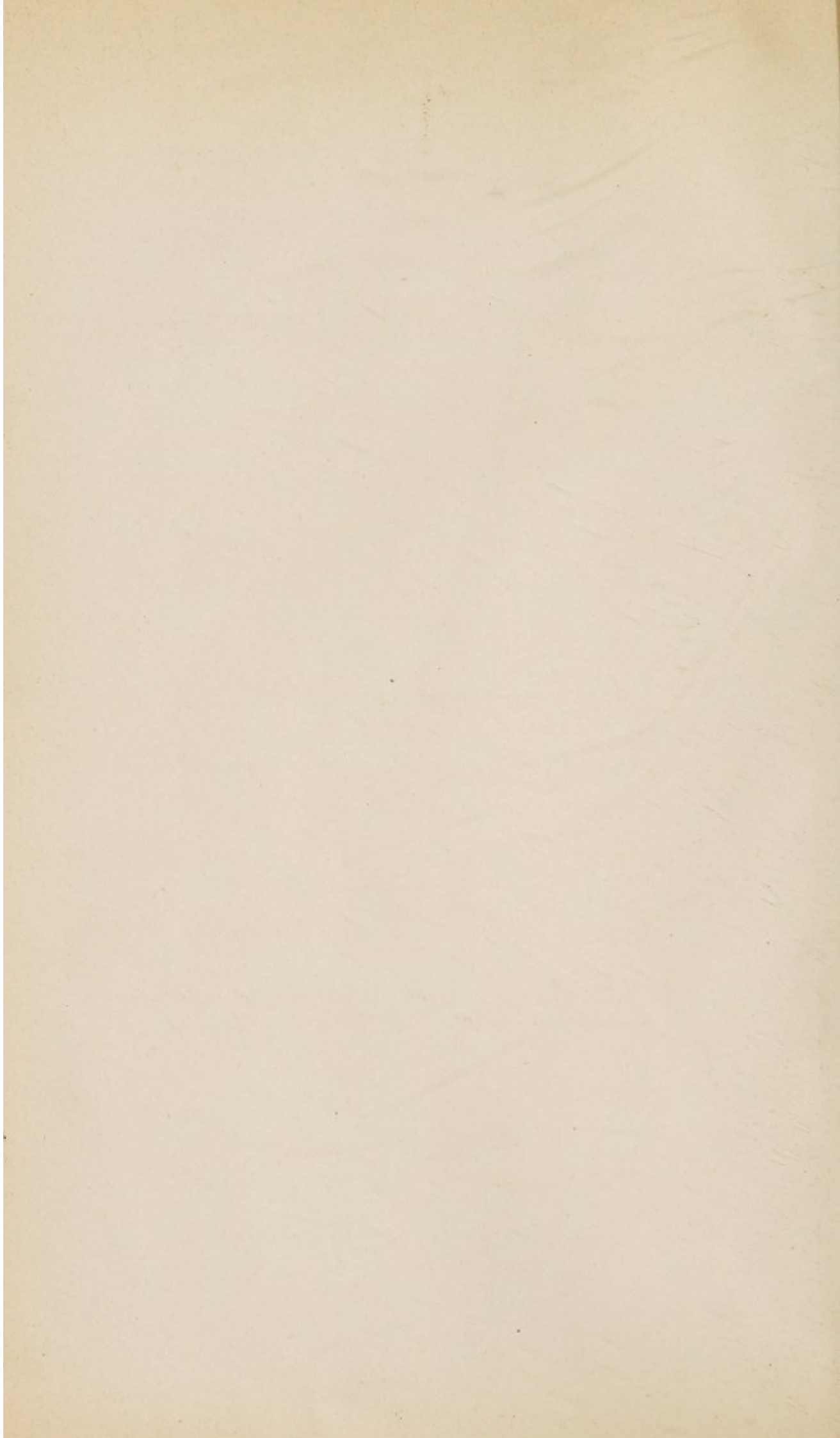




Digitized by the Internet Archive  
in 2019 with funding from  
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b3061465x>





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

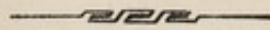
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1909-1910

N° 29

# De l'Invagination Intestinale

PAR POLYPE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JANVIER 1910

PAR

Jean-Joseph-Albert FÉRAUD

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Saint-Lon (Landes) le 12 Novembre 1885

Examineurs de la Thèse	}	MM. DENUCÉ, professeur .....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Juges</i>
		PRINCETEAU, agrégé.....	
		BÉGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.



BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 — rue du Hautoir — 56

1910



# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

## PROFESSEURS :

MM. DUPUY.....  
 MASSE.....  
 PICOT.....  
 LANELONGUE.....  
 VERGELY.....

} Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	PITRES	Matière médicale.....	BEILLE.
Clinique externe.....	DEMONS.	Médecine expérimentale	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologi-	
Pathologie et thérapeu-		que.....	BADAL.
tique générales.....	CASSAËT.	Clinique chirurgicale in-	DENUCÉ
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	fantile et Orthopédie.	CHAVANNAZ.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique gynécologique.	
Anatomie.....	GENTES (en congé).	Clinique médicale des	MOUSSOUS.
	PRINCETEAU (cl. du cours).	maladies des enfants.	DENIGES.
Anatomie générale et		Chimie biologique.....	
histologie.....	VIAULT.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Physiologie.....	JOLYET.	que.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	LAYET.	Pathologie exotique....	
Médecine légale.....	LANDE.	Clinique des maladies	
Physique biologique et		cutanées et syphiliti-	DUBREUILH.
électricité médicale.	BERGONIÉ.	ques.....	
Chimie.....	BLAREZ.	Clinique des maladies	POUSSON.
Histoire naturelle.....	GULLAUD.	des voies urinaires....	

## PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MM. MOURE.  
 Clinique des maladies mentales..... REGIS.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.  
 CABANNES.

MM. VERGER.  
 ABADIE.  
 CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... { MM. BEGOUIN.  
 VENOT.  
 GUYOT.

Accouchements..... { MM. ANDÉRODIAS.  
 PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. PRINCETEAU  
 CAVALIE.

Physiologie..... MM. GAUTRELET.  
 Histoire naturelle... MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH.

Pharmacie..... { MM. BARTHE.  
 LABAT.

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie.....	MM. MONGOUR.
Médecine opératoire.....	BEGOUIN.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Anatomie et Physiologie élémentaires (Étudiants en Chirurgie dentaire et élèves sages-femmes).....	SELLIER,

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon infinie reconnaissance.

---

A MON ONCLE, LE DOCTEUR A. DICHAS

A MA CHÈRE TANTE

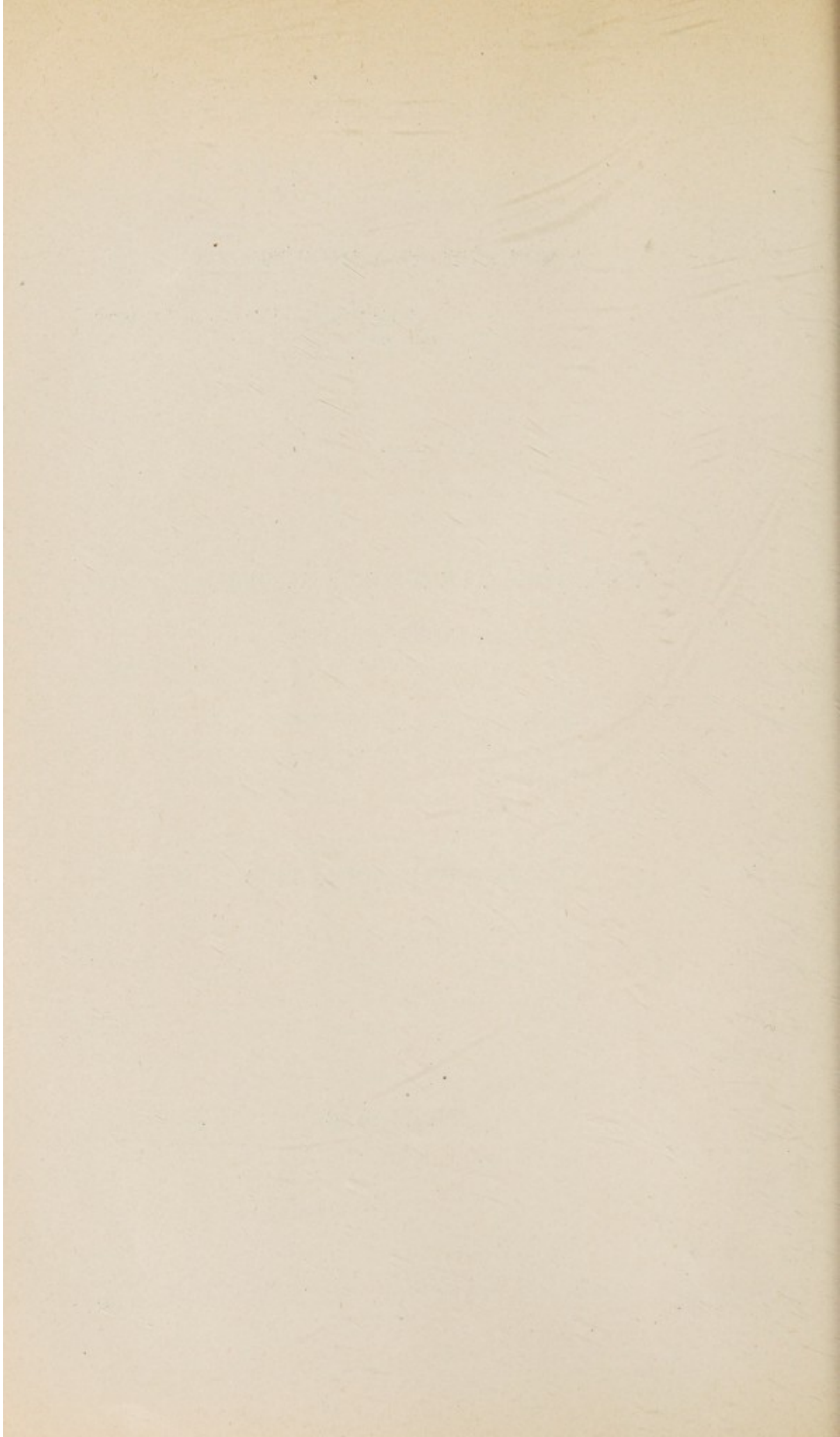
---

A MA TANTE FÉLICIE FÉRAUD

---

A MES COUSINS





A MON PREMIER MAITRE, M. L'ABBÉ DUBROCA

---

A MES MAITRES MM. DARRIGRAND

---

A MES MAITRES DU COLLÈGE DE DAX

---

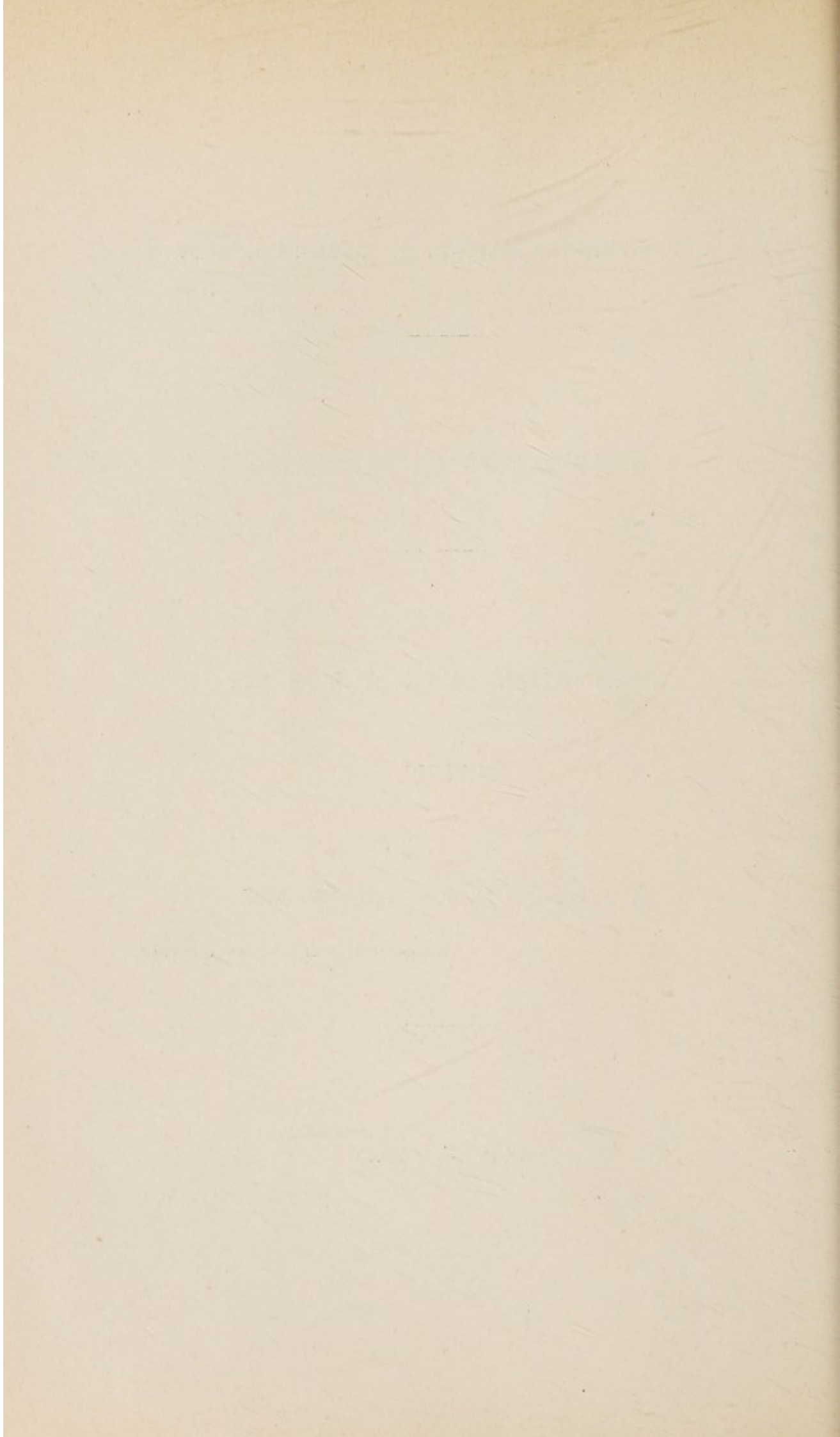
A M. LE DOCTEUR J. LAFOURCADE

Hommage de profonde reconnaissance.

---

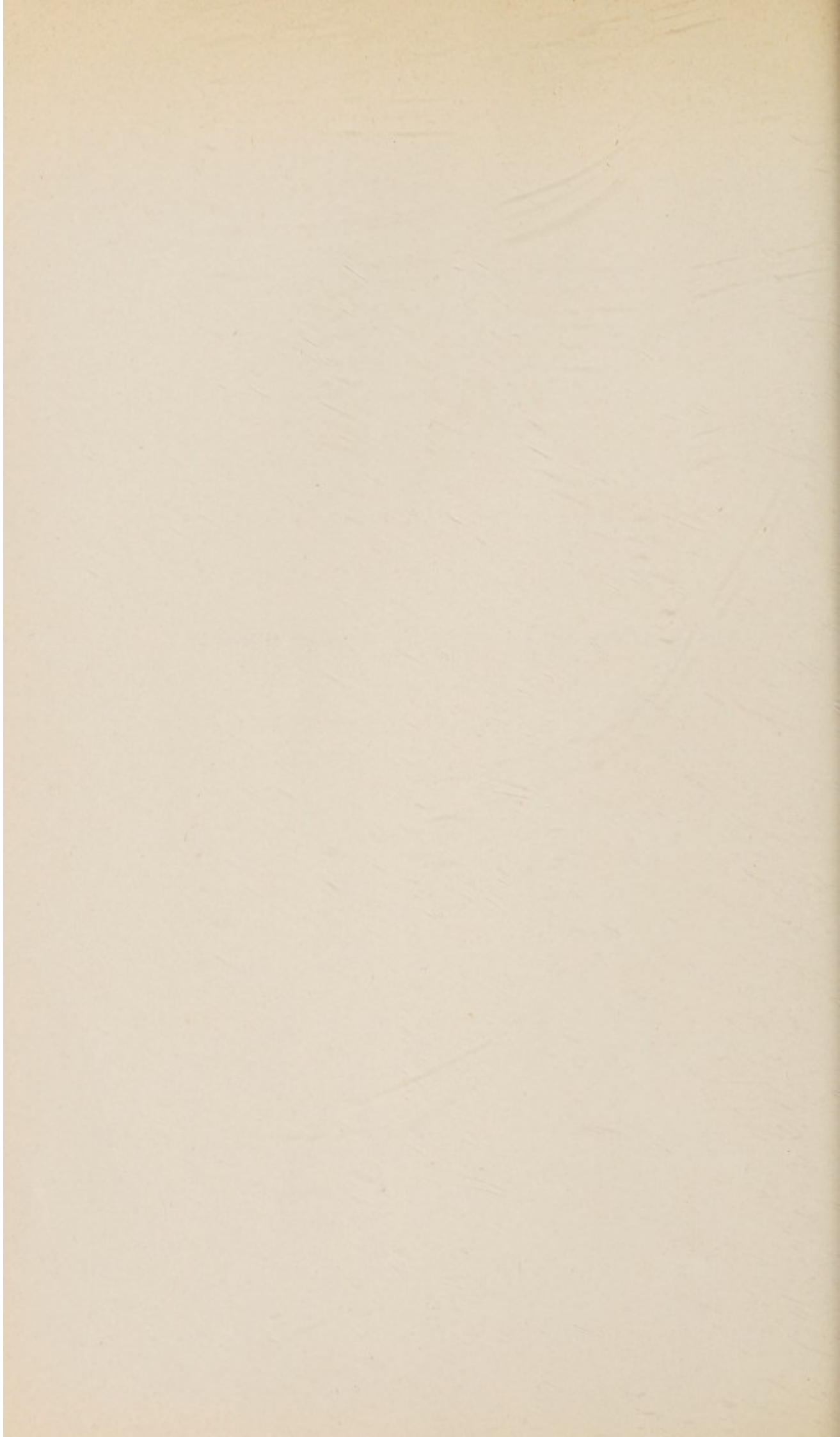
MEIS ET AMICIS





A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX





A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

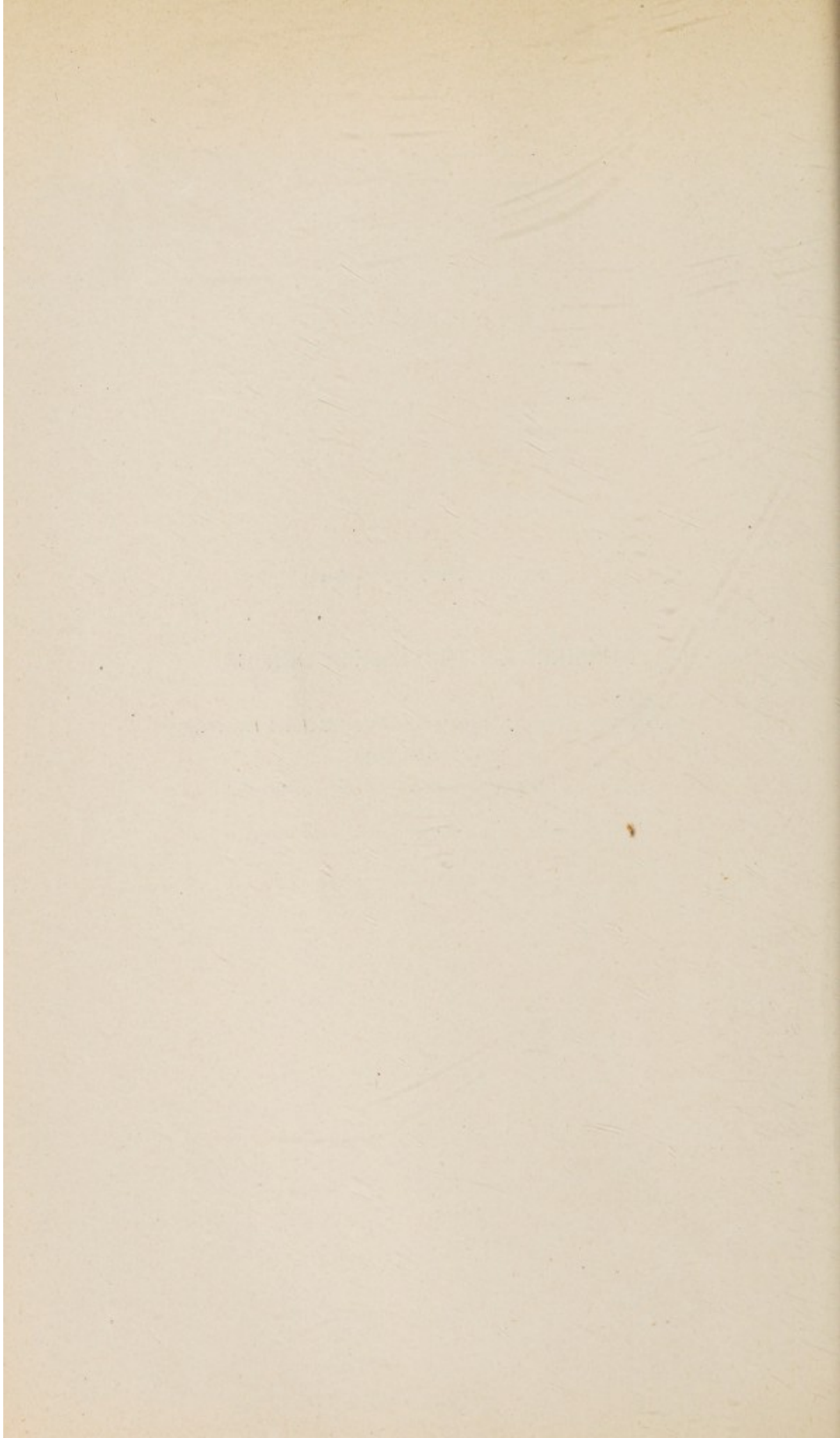
MONSIEUR LE PROFESSEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE  
ET ORTHOPÉDIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE





## AVANT-PROPOS

---

Avant de présenter ce modeste travail de fin d'études, il nous est un devoir très doux, d'adresser le respectueux hommage de notre profonde reconnaissance, à ceux qui, par leur dévouement et leur savoir, ont contribué à développer notre éducation et notre instruction médicales.

Nous réserverons une large part de notre gratitude aux maîtres éminents des Hôpitaux, qui guidèrent nos premiers pas. Et tout d'abord à M. le professeur Cassaët, dans le service duquel nous fîmes nos débuts; il a été pour nous un maître bon et bienveillant et nous a prodigué ses conseils affectueux que nous n'oublierons pas.

Nous avons fait notre deuxième année d'études, comme externe des Hôpitaux, dans le service de M. le professeur Princeteau; et il nous fut donné d'apprécier en même temps que sa merveilleuse dextérité opératoire, son affabilité exquise et son extrême bonté.

Que notre maître, M. le professeur Sabrazès, auprès duquel s'est écoulée notre deuxième année d'externat, nous permette de lui dire combien nous avons été heureux d'avoir pu profiter de son enseignement si pratique, et qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance, pour les marques particulières d'intérêt qu'il nous a données.

Nous avons terminé notre carrière d'externe, dans le service de M. le docteur Bouvet, auprès duquel nous avons trouvé l'accueil le plus bienveillant et le plus paternel.



Nous n'aurions garde d'oublier MM. les professeurs agrégés Lagrange et Vénot qui nous ont encouragé et soutenu dans les pas difficiles.

Enfin M. le professeur Denucé, après avoir bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse inaugurale, nous a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence; qu'il veuille bien accepter, avec nos sincères remerciements, l'hommage de notre profonde gratitude.

---

## INTRODUCTION

---

Assez fréquemment observée en certains pays, l'invagination intestinale est plutôt rare chez nous. Telle est, du moins l'opinion courante, inexacte peut-être; mais qui semble cependant justifiée par l'étude comparée et la statistique.

Notre littérature chirurgicale est, en effet, en ce qui concerne cet intéressant chapitre de la pathologie intestinale, d'une pauvreté qui contraste étrangement avec la richesse de ses voisines. Nombre de chirurgiens français, rompus par de grands services journaliers à la pratique abdominale, font l'aveu de n'avoir qu'exceptionnellement rencontré cette grave variété d'occlusion.

C'est pour cela, sans doute, qu'il règne encore dans l'étude pathogénique de l'intussusception de nombreuses obscurités, et que, dans le domaine thérapeutique, la discussion est restée pendante, entre les différentes méthodes opératoires.

Ayant eu l'occasion, par l'effet des si curieux hasards de la clinique, d'observer personnellement un cas *d'invagination intestinale par polype*, il nous a paru intéressant, à l'instigation de notre maître M. le professeur Denucé, de consacrer ce travail, à l'étude exclusive de cette variété d'invagination.

Nous nous sommes donc livré à de minutieuses recherches à travers la littérature chirurgicale, et nous avons péniblement réussi à grouper 39 observations de *tumeurs polypeuses* ayant provoqué des accidents d'invagination. Nous



employons ce terme générique de tumeurs polypeuses, parce que nous ne saurions réunir sous une dénomination mieux appropriée, des tumeurs de nature parfois si disparate, mais qui toutes ont évolué avec l'allure clinique de polypes. Parmi les observations que nous rapportons à la fin de notre thèse, plusieurs remontent à une époque éloignée, à l'époque pré-histologique, si on peut l'appeler ainsi; d'autres, et ce sont les plus nombreuses, donnent sur les tumeurs qui nous occupent, des descriptions tellement sommaires, des détails si peu précis, que nous ne saurions baser notre étude sur les données histologiques. Seuls, les quelques cas, publiés dans ces dernières années, présentent à ce point de vue un réel intérêt.

Pour ces raisons, observations rudimentaires, manque ou imprécision des examens microscopiques, nous nous sommes attachés à faire surtout un travail clinique sans prétentions histologiques.

Nous avons volontairement éliminé les cas si complexes d'invagination intestinale par tumeur maligne. Nous ne nous occuperons donc que des tumeurs bénignes, ayant évolué cliniquement comme des polypes et impossibles à différencier avant l'examen direct.

Ainsi se trouvera justifié, dans le titre que nous avons donné à notre thèse, l'emploi du terme « polype » que nous entendons interpréter dans son sens le plus général.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Anatomie Pathologique

Si, dépouillant nos observations, nous recherchons quels sont les caractères généraux des polypes, nous constatons que ceux-ci sont le plus souvent uniques, de forme ovoïde, constitués par une substance dure, charnue, et rattachés à la muqueuse intestinale par un pédicule plus ou moins long.

Dans deux cas, nous trouvons des tumeurs disséminées dans tout le tube intestinal. Certains polypes fibreux, myomes, lipomes, etc., ont leur pédicule extrêmement réduit ou même manquant complètement.

Le volume est très variable; parfois ne dépassant pas celui d'un pois, d'une noisette, parfois atteignant celui d'un œuf de poule, voire même d'un poing d'adulte.

Quant à la structure histologique, nous avons dit qu'elle ne nous retiendrait pas. Nous avons seulement classé nos observations, suivant que les tumeurs sont, ou paraissent être des polypes glandulaires ou adénomes, des polypes fibreux, ou des polypes de nature complexe.

Les tumeurs polypeuses, ont presque toujours leur siège,



à la tête de l'invagination; on les trouve rarement sur la paroi latérale; quelquefois on les voit obturer complètement l'orifice de l'apex, comme un bouchon de carafe dans son goulot. Dans les cas que nous relatons, 33 fois ils occupent l'intestin grêle et 6 fois seulement le gros intestin. C'est dans l'iléon et principalement dans son tiers inférieur, qu'on les rencontre le plus fréquemment. En ce qui concerne le gros intestin, il s'agit toujours de polypes uniques, en général assez gros, indifféremment insérés sur les diverses parties du côlon. Nous trouvons l'anse sigmoïde occupée une fois, le côlon descendant deux fois, l'angle droit du côlon également deux fois. Pas une seule fois le cœcum n'est intéressé.

Le siège de l'invagination est naturellement imposé par celui du polype. Sur nos 33 observations concernant l'intestin grêle, nous n'en trouvons que 18 où soit indiquée la portion de l'intestin invaginée.

Nous relevons cette lésion:

- 2 fois dans le duodénum;
- 1 fois à l'angle duodéno-jéjunal;
- 3 fois dans le duodénum;
- 7 fois dans l'iléon (dont 3 fois à sa partie inférieure);
- 5 fois à l'orifice iléo-cœcal.

Il est curieux de remarquer la proportion étonnante des invaginations localisées à la partie inférieure de l'iléon, et et à l'angle de la valvule de Bauhin.

Evidemment, l'inégalité des segments en présence est une condition favorable au télescopage intestinal, mais reste à expliquer la bizarre prédilection des tumeurs polypeuses, pour cette portion du tube digestif.

Dans les cas que nous rapportons, les invaginations sont toujours progressives, descendantes; nous trouvons rarement indiqué, si elles sont simples, ou au contraire complexes. Nous croyons cependant, en raison du mécanisme spécial



qui préside à leur formation, que la forme simple est celle qu'on rencontre le plus fréquemment. Rappelons brièvement sa topographie :

Trois cylindres : externe, moyen et interne.

Le cylindre externe, gaine ou fourreau, est formé tout entier, par la paroi de l'anse invaginante; il est limité par un rebord obtus, collet, collier ou anneau externe, qui entoure la base du boudin invaginé.

Les cylindres moyen et interne sont uniquement formés par l'intestin invaginé; ils constituent le boudin, dont l'extrémité libre s'appelle la tête. C'est sur la tête, nous l'avons vu, que l'on rencontre le plus fréquemment, le lieu d'implantation des polypes.

L'étendue de l'invagination est extrêmement variable; parfois réduite à un léger plissement de la muqueuse, il arrive qu'elle est assez considérable pour aller faire saillie à l'anus, véritable prolapsus intestinal.

Dans aucune de nos observations nous n'avons constaté que le polype ou le boudin invaginé aient été expulsés spontanément.

Quant aux lésions concomitantes, elles dépendent avant tout du temps écoulé depuis la production de l'accident: ce sont d'ailleurs les mêmes que celles qui accompagnent l'invagination intestinale en général. L'occlusion est la règle; nous en étudierons le mécanisme au chapitre de la pathogénie. Au-dessus de la partie étranglée, on note presque constamment la distension des anses intestinales, et la présence d'une petite quantité de matières liquides. Au-dessous, au contraire, l'intestin est rétréci et généralement vide; on y trouve cependant parfois des gaz et quelques scybales.

Quant au boudin invaginé et aux parois adjacentes, on y remarque les lésions produites mécaniquement par la poussée du bol fécal contre l'obstacle qui résiste, de l'inflammation chronique ou aiguë, de la nécrose dans les cas avancés, parfois des ulcérations, des perforations ayant pro-

voqué de véritables abcès péri-intestinaux, ou même des péritonites aiguës généralisées.

En résumé, nous voici amené aux conclusions suivantes :

1° Le polype a presque toujours son siège à la tête de l'invagination ;

2° On le rencontre beaucoup plus fréquemment dans l'intestin grêle que dans le gros intestin ;

3° L'occlusion est la règle et les lésions sont les mêmes que celles de l'invagination intestinale en général ;

---



## Etiologie et Pathogénie

---

*Influence de l'âge.* — L'invagination intestinale, en général, s'observe principalement chez l'enfant et chez le nourrisson.

« Sur 300 cas, où nous connaissons l'âge des malades, écrit Grisel, 204 soit 68 0/0 sont âgés de moins d'un an; 60 0/0 sont atteints entre le quatrième et le septième mois. »

Leichtenstern, lui aussi, admet que les accidents d'invagination surviennent le plus souvent, du 4<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> mois de la première enfance. Leur nombre va ensuite en diminuant pour devenir minime, à partir de la 5<sup>e</sup> année.

Raffinesque dans sa thèse, prétend néanmoins que l'invagination intestinale chronique est plus fréquente de 20 à 40 ans.

Fitzwillams, dans un article récent, où il émet des idées très originales sur l'étiologie et la pathogénie de l'invagination, présente une statistique de 648 cas, observés chez des enfants âgés de moins de 12 ans.

466 soit 71,99 0/0 sont atteints dans le cours de la 1<sup>re</sup> année;

143 soit 20 0/0 entre la 1<sup>re</sup> année et la 6<sup>e</sup> année;

39 soit seulement 6 0/0 entre la 9<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> année.

Les cas les plus nombreux survenus durant le cours de la première année, ont évolué entre le 3<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois.

Dans les statistiques que nous venons de produire, il s'agit, avons-nous dit, d'invagination en général. Le plus souvent, chez l'enfant, les invaginations revêtent une forme spécia-



le ; il s'agit d'invagination dite essentielle, c'est-à-dire dont la cause demeure méconnue ou peu précise. Et si cette forme, malheureusement trop fréquente, demeure le triste apanage de l'enfance, il n'en est pas de même de l'invagination par polype qui reste essentiellement une maladie de l'âge adulte. Telle est la conclusion logique qui découle du tableau suivant tiré de nos observations.

de 1 à 5 ans nous relevons	0 cas.
de 5 à 10	— 2 —
de 10 à 20	— 5 —
de 20 à 30	— 7 —
de 30 à 40	— 4 —
de 40 à 50	— 7 —
de 50 à 60	— 4 —
de 60 à 70 et au delà	5 —

A partir de 10 ans, la fréquence des accidents se répartit d'une façon sensiblement égale aux différentes époques de la vie.

*Influence du sexe.* — Duchaussoy et Haven affirment que l'invagination se rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme. Leichtenstern admet la proportion du double.

Gay, sur une statistique de 1.289 observations, compte 678 cas survenus chez les hommes et 611 chez les femmes.

Grisel admet que chez les nourrissons, les garçons fournissent la moyenne de 71 0/0 des cas.

Dans la variété d'invagination qui nous intéresse, nous trouvons, en compulsant nos observations, que sur 39 cas où le sexe est noté, 18 se rapportent au sexe masculin, et 21 à l'autre sexe.

On admettra donc que la fréquence est à peu près égale chez les hommes et chez les femmes, si du moins il est



permis d'accorder quelque valeur à un parallèle basé sur un nombre de documents aussi restreint.

*Influence saisonnière.* — Fitzwilliams, dans l'article auquel nous faisons allusion plus haut, analysant 453 cas d'invaginations, au sujet du mois durant lequel s'étaient produits les accidents, en arrive aux conclusions suivantes :

« L'invagination intestinale est une maladie saisonnière, à prédominance pendant les mois de mars et de décembre ». Il construit en effet une courbe où l'on constate le maximum en mars avec 58 cas; les mois suivants descente graduelle jusqu'en septembre, où se trouve le minimum avec 18 cas; la courbe remonte ensuite assez rapidement pour atteindre, en décembre, un chiffre voisin de celui enregistré en mars, soit 51 cas. Le plus remarquable à son avis, c'est qu'il existe une décroissance constante, pendant les mois d'été et d'automne, époques cependant où les désordres intestinaux sont les plus fréquents. Fitzwilliams essaie d'expliquer ce curieux phénomène d'influence saisonnière par des raisons de diéthétique. « C'est à l'époque, dit-il, des fêtes familiales de Noël et de Pâques, alors que les excès de boire et de manger sont les plus fréquents, que l'on constate une curieuse recrudescence des accidents. »

Evidemment, pas un seul instant, nous ne songeons à faire de l'invagination intestinale par polype, une maladie saisonnière; mais les excès de table ne pourraient-ils hâter et précipiter la marche d'accidents jusque là imminents?

*Influence des antécédents héréditaires et personnels.* — L'hérédité ne paraît nullement devoir être mise en cause pour expliquer, chez un malade, la présence d'accidents d'invagination, à moins qu'on n'admette, toutefois, comme certains physiologistes, une disposition anatomique particulière de l'iléo-cæcum.

D'autre part, les tumeurs polypeuses, quelque soit leur



nature, sont peu sujettes à la transmission héréditaire.

Parmi les antécédents personnels, seuls les antécédents intestinaux nous intéressent. Et encore, croyons-nous téméraire de les invoquer comme causes de l'invagination. En effet les phénomènes douloureux plus ou moins passagers, les troubles de l'évacuation, les crises de diarrhée parfois sanguinolente sont, à notre avis, non des symptômes précurseurs, mais purement et simplement dus à la présence du polype.

*Pathogénie de l'invagination par polype.* — Lorsqu'un polype pédiculé arrive à un degré de développement tel, qu'il obstrue plus ou moins la lumière intestinale, il exagère, forcément par sa présence, la poussée péristaltique en amont. Jouant le rôle d'excitant, il réveille les contractions intestinales et engendre un spasme réflexe tendant à son expulsion. D'autre part l'observation a démontré, qu'au-dessous de tout obstacle, de toute ulcération, de toute inflammation, l'intestin est plus ou moins parétique. C'est ainsi que, tétanisé en quelque sorte par le spasme, et réduit de calibre au niveau du polype, l'intestin tendra petit à petit, sous la poussée péristaltique, à s'engouffrer dans le segment suivant, inerte et dilaté.

Si l'on joint à cela le rôle mécanique de la tumeur en battant de cloche qui tire par son propre poids sur l'intestin, on comprendra que ces néoplasmes réalisent au maximum les conditions optima de l'invagination.

Cette théorie qui semble fort plausible ne serait néanmoins pas en accord avec les idées de Starling. Celui-ci affirme en effet que les prétendus mouvements péristaltiques, ne seraient autres que des mouvements de pendule, tout à fait incapables de chasser au dehors le contenu intestinal.

Fitzwillams soutient que la contracture des fibres musculaires lisses, provoquée par la présence du polype, amène la formation de petits rétrécissements temporaires, ayant la forme de l'invagination au début. Quand un mouvement



péristaltique apparaît, il est arrêté au niveau d'un de ces rétrécissements; il se produit ainsi une différence de calibre entre les deux portions d'intestin situées au-dessus et au-dessous. En amont l'intestin se trouve rétréci, en aval il reste normal ou dilaté; c'est-à-dire dans des conditions éminemment favorables pour l'amorcement de l'invagination.

Ces rétrécissements que l'on peut produire expérimentalement ne seraient-ils pas une excellente cause adjuvante de l'invagination? — La théorie est judicieuse et mérite d'être retenue. . . .

*Pathogénie des accidents d'occlusions.* — L'étranglement ne résulte pas nécessairement et inévitablement de l'invagination. L'intestin est assez dilatable pour permettre, malgré la triple paroi du boudin invaginé, la libre circulation des matières stercorales. Mais il arrive malheureusement, que des adhérences s'établissent très vite entre les deux surfaces séreuses de l'anse télescopée; celle-ci se trouve, pour ainsi dire, étranglée par l'anneau externe, dont le rôle est absolument comparable à celui du collet herniaire. D'autre part, le mésentère compris entre les deux surfaces séreuses, exerce une traction continue sur le boudin invaginé; celui-ci s'incurve, s'applique contre le fourreau, et contribue ainsi à diminuer la lumière de l'intestin.

Bientôt l'anse étranglée se congestionne, s'œdématie par suite de la gêne de la circulation lymphatique et sanguine, le polype obstrue plus parfaitement l'orifice de l'apex, les matières stercorales sont arrêtées: l'occlusion est constituée.

---

The first part of the report deals with the general situation of the country and the progress of the work during the year. It is followed by a detailed account of the various projects and the results achieved. The report concludes with a summary of the work done and a list of the names of the persons who have assisted in the work.

The second part of the report deals with the financial statement of the year. It shows the total amount of the income and the expenditure and the balance at the end of the year. It also shows the details of the various items of income and expenditure.

The third part of the report deals with the accounts of the various projects. It shows the progress of each project and the results achieved. It also shows the details of the various items of income and expenditure for each project.

The fourth part of the report deals with the accounts of the various persons who have assisted in the work. It shows the names of the persons and the amount of the money received from each of them.

The fifth part of the report deals with the accounts of the various items of income and expenditure. It shows the details of the various items and the amount of the money received from each of them.

The sixth part of the report deals with the accounts of the various items of income and expenditure. It shows the details of the various items and the amount of the money received from each of them.

The seventh part of the report deals with the accounts of the various items of income and expenditure. It shows the details of the various items and the amount of the money received from each of them.

The eighth part of the report deals with the accounts of the various items of income and expenditure. It shows the details of the various items and the amount of the money received from each of them.



## CHAPITRE II

---

### Symptomatologie

1<sup>o</sup> *Période de début.* — Les signes symptomatologiques des polypes intestinaux n'ont aucun caractère bien défini; ce sont ceux qui accompagnent en général toute obstruction plus ou moins complète de l'intestin.

Nous croyons dus à la présence de la tumeur, les troubles intestinaux bien antérieurs à l'apparition de l'invagination.

Souvent les malades se sont plaints, une ou plusieurs années auparavant, de douleurs abdominales sourdes et progressives, mais de siège vague et mal défini. Ils ont senti de violentes coliques, affectant la forme de crises, durant de un à cinq ou six jours, et disparaissant ensuite pendant un temps plus ou moins long. Ces douleurs étaient constamment accompagnées de troubles intestinaux, qui consistaient en alternatives de diarrhée et de constipation, avec prédominance de l'un ou de l'autre de ces états. Dans certains cas, la constipation était opiniâtre, s'étendant jusqu'au delà de huit jours, et ne cédant qu'aux purgatifs répétés.



On a noté aussi parfois des selles diarrhéiques, sanguinolentes, du météorisme, du ballonnement du ventre, des troubles gastriques accompagnés de vomissements.

Il semble que les polypes soient incapables par leur présence seule de provoquer de pareils accidents. Cependant dans deux de nos observations, les symptômes étaient d'une violence telle, qu'on dut se décider à pratiquer une laparotomie exploratrice. Dans l'un et l'autre cas, l'opération ne donna aucun résultat, car on ne constata rien d'anormal. Et ce ne fut que plus tard, qu'éclatèrent les symptômes vrais de l'invagination, pour laquelle on pratiqua une seconde intervention.

2<sup>o</sup> *Période d'invagination.* — On observe deux formes cliniques d'invagination intestinale par polype: l'invagination aiguë et l'invagination chronique, celle-ci la plus fréquente.

Étudions d'abord l'invagination aiguë.

a) *Invagination aiguë.* — Rarement, mais cependant quelquefois l'invagination intestinale provoquée par un polype, se révèle brusquement et soudainement amenant avec elle des accidents d'occlusion aiguë. Un individu, se croyant jusque là en bonne santé, ressent tout à coup, sans en soupçonner la cause, des coliques intestinales d'une violence extrême. Il éprouve comme un tiraillement, comme une torsion de l'intestin. Le lendemain son ventre se ballonne et présente en un certain endroit, une tumeur assez dure, ayant la forme d'un boudin rectiligne ou incurvé. La palpation est extrêmement douloureuse et détermine une crise de spasme qu'on apprécie par l'augmentation de dureté de la tuméfaction. Cependant la fièvre est à peu près nulle.

Les jours suivants, les douleurs s'exagèrent, de violents mouvements péristaltiques se dessinent sous la paroi abdominale, le malade est épuisé par des vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis bilieux, et rapidement fécaloïdes. La fièvre ne dépasse pas 38 degrés. Le pouls est à



120-130. Les selles sont parfois nulles, souvent séreuses, sanguinolentes; le ténesme rectal, les épreuves douloureuses, la dysurie augmentent l'angoisse du malade.

Si le diagnostic d'occlusion n'est pas porté, et si le chirurgien n'intervient pas dans le plus bref délai pour rétablir le cours des matières intestinales, l'état général du malade devient très vite désespéré. Tourmenté par un hoquet incessant, poursuivi par une soif dévorante, absolument incapable de supporter une nourriture pour minime qu'en soit la quantité, il assiste en pleine connaissance à la déchéance précipitée de son organisme. Les yeux s'excavent, les joues se creusent, le nez s'effile, les lèvres se cyanosent, les extrémités se refroidissent, le pouls est incomptable, le malade tombe dans l'hypothermie, le collapsus, c'est la mort, la mort fatale par stercorémie, ou phénomènes péritonéaux.

Telle est rapidement décrite, l'évolution clinique de l'invagination aiguë abandonnée à elle-même.

Il est exceptionnel que les accidents s'amendent, ou passent à l'état chronique. On cite des cas, où le boudin invaginé, nécrosé, a été expulsé par l'anus comme un véritable corps étranger; c'est une terminaison relativement favorable à condition que des adhérences solides se soient établies entre le collet et le cylindre interne, assurant ainsi la continuité du tube intestinal.

Avant de terminer ce paragraphe nous devons ajouter que les accidents généraux n'offrent pas toujours un tableau clinique aussi complet et aussi caractéristique que ci-dessus. Nous n'analyserons pas d'une façon détaillée les formes que revêtent parfois les principaux symptômes; cette étude a déjà plusieurs fois été faite de façon magistrale. Il suffira de lire nos observations pour se rendre compte de la grande diversité des cas et de la physionomie changeante des accidents.

b) *Invagination chronique.* — Dans ce cas, outre les phé-



nomènes du début, déterminés par l'existence d'un polype, l'affection se révèle par la formation d'une tumeur offrant les mêmes caractères que ceux précédemment décrits au sujet de l'invagination aiguë, mais tumeur moins sensible, amenant des crises moins douloureuses, et pouvant évoluer avec l'allure d'une obstruction incomplète ou intermittente.

Les vomissements n'existent pas toujours, le ballonnement du ventre est passager, la marche des accidents moins rapide et à fréquentes rémissions. Mais, après une période plus ou moins longue, quelquefois après quatre, cinq, six, mois, le malade tombe petit à petit dans un état d'affaiblissement que rien ne peut vaincre. L'obstruction jusque là tolérée évolue vers l'occlusion, l'émaciation devient extrême et le patient succombe au progrès de l'épuisement.

On peut d'ailleurs observer toutes les variétés intermédiaires entre l'invagination aiguë et l'invagination chronique.

---

## Diagnostic

---

Si le diagnostic de l'invagination intestinale est toujours difficile, celui de la cause déterminante est la plupart du temps impossible.

Nous sommes en effet mal armés pour porter un diagnostic précis comme celui d'invagination par polype, car nous manquons, presque toujours en pareil cas, du moyen d'exploration fondamental en chirurgie: le palper, souvent impraticable ou illusoire. Une invagination étant reconnue, comment, à travers la masse de la tuméfaction, aller reconnaître en un point déterminé la présence d'un polype intestinal?

Si l'on connaissait les antécédents du malade, et que l'on eut constaté en un certain endroit de son intestin, une petite tumeur longtemps silencieuse, qui tout d'un coup aurait amené des accidents d'invagination, peut-être pourrait-on poser un diagnostic se rapprochant de la vérité. Mais il faudrait pour cela, un concours de circonstances tellement favorables, qu'on le rencontre rarement dans la réalité.

Les polypes du gros intestin pourront être quelquefois reconnus au moyen d'une sonde, ou même par le toucher rectal, s'ils siègent assez bas, ou si le boudin invaginé est



suffisamment descendu: leur pédicule, leur consistance, leur mobilité les feront différencier d'avec les corps étrangers et les calculs.

L'invagination elle-même se reconnaît à l'aspect spécial de l'abdomen, à la présence et à la forme de la tumeur formée par le boudin invaginé, et à la violence extrême des douleurs. Les phénomènes d'occlusion, d'obstruction, ou l'expulsion de selles séreuses, sanglantes, dysentériques aideront puissamment au diagnostic.

*Diagnostic du siège de l'invagination.* — L'invagination intestinale a son siège vaguement indiqué par celui de la tuméfaction. Quand elle est située au niveau de l'intestin grêle, l'aspect clinique diffère, suivant qu'elle se trouve au commencement ou à la fin. Haut placée, elle provoque de la dilatation gastrique, et les vomissements seront alimentaires, copieux et très précoces; située au niveau de la valvule iléo-cœcale, les vomissements seront tardifs, et deviendront rapidement fécaloïdes.

Si c'est une partie du gros intestin qui est invaginée, les vomissements seront rares, parfois même manqueront complètement.

Barlow et Golding Bird signalent comme indiquant le siège de l'occlusion au voisinage du pylore, une notable diminution de la quantité des urines, surtout si c'est au cours d'accidents aigus.

D'après Nothnagel, une très riche indicanurie, apparaissant dès les premiers jours, indique un obstacle sur l'intestin grêle; son absence portera à penser que l'occlusion siège sur le gros intestin.

Okinczye a proposé dans la *Presse Médicale* de 1907, un procédé assez séduisant, pour déterminer le niveau de l'obstacle intestinal. Il fait prendre à ses malades une quantité assez considérable de lait de bismuth, puis il fait l'examen de l'abdomen aux Rayons X. Le bismuth impénétrable indique le siège de l'occlusion.



Kromberg (Wiener méd. Woch. 1896) avait présenté l'année précédente une méthode reposant sur le même principe, mais, méthode très dangereuse, car au lieu de bismuth, il faisait ingérer au malade du mercure en grande quantité.

Il existe un moyen d'apprécier la limite inférieure d'une invagination intestinale. Il consiste à injecter sous faible pression, une certaine quantité de liquide par le rectum et à juger d'après la quantité introduite, du niveau où se trouve l'occlusion. Cette manœuvre doit s'effectuer très prudemment, sous peine de faire éclater l'intestin. Si l'on ne peut injecter que de deux à trois litres, capacité normale du gros intestin, on estime que l'obstacle siège plus bas que le grêle. Si l'on a réussi à injecter davantage, c'est qu'on a pu forcer la valvule de Bauhin, et que la lésion siège sur le grêle.

De toutes les méthodes que nous venons d'exposer, aucune ne s'impose par sa valeur clinique supérieure. Toutes donnent des résultats plus ou moins douteux, et c'est ce qui explique leur emploi exceptionnel. On se contente en général, faute de mieux, des seuls renseignements fournis par l'inspection, le palper et le toucher.

*Diagnostic différentiel.* — Au cours des accidents aigus, on se borne souvent à diagnostiquer l'occlusion, sans pouvoir remonter à sa cause. D'ailleurs, dans ce cas, la notion pathogénique s'efface devant le péril immédiat qui comporte une intervention d'urgence. On n'opèrera pas toutefois, avant d'avoir exploré les orifices par où sortent les hernies.

Plusieurs causes d'occlusion aiguë feront hésiter le diagnostic: paralysie intestinale, étranglement par brides fibreuses, volvulus, sténose fibreuse, coudure de l'intestin, occlusion par corps étranger.

Mais dans tous ces différents états pathologiques, on rencontre rarement les selles sanglantes et la tuméfaction caractéristiques.



Grisolles disait, parlant de l'invagination chronique: « L'invagination chronique est de beaucoup, parmi toutes les maladies, la plus difficile à diagnostiquer. »

En effet, les symptômes n'ayant rien de bien précis, et beaucoup d'entre eux étant communs à d'autres états morbides, le diagnostic reste très délicat, et prête à de nombreuses erreurs.

En présence d'invagination chronique, on pourra penser à un cancer de l'intestin. Mais dans ce cas, les selles ne sont pas muco-sanguinolentes, elles sont noirâtres et renferment du méléna. La tumeur est bosselée, plus dure, plus mobile. L'affection dure plus longtemps et le malade prend très vite ce teint jaune paille, caractéristique des néoplasiques.

L'appendicite pourra faire hésiter le diagnostic, mais elle s'accompagne de fièvre; la tumeur est beaucoup moindre, et n'offre pas les mêmes caractères.

La péritonite tuberculeuse amène des douleurs moins vives, les vomissements sont porracés, la tumeur forme un vaste gâteau. D'ailleurs on s'inquiétera des antécédents, du début de la maladie, on examinera l'état général, et on pratiquera l'auscultation.

La dysenterie ne provoque pas la formation d'une tumeur.

Les antécédents du malade renseigneront sur son passé biliaire et permettront d'éliminer le diagnostic d'occlusion par calcul.

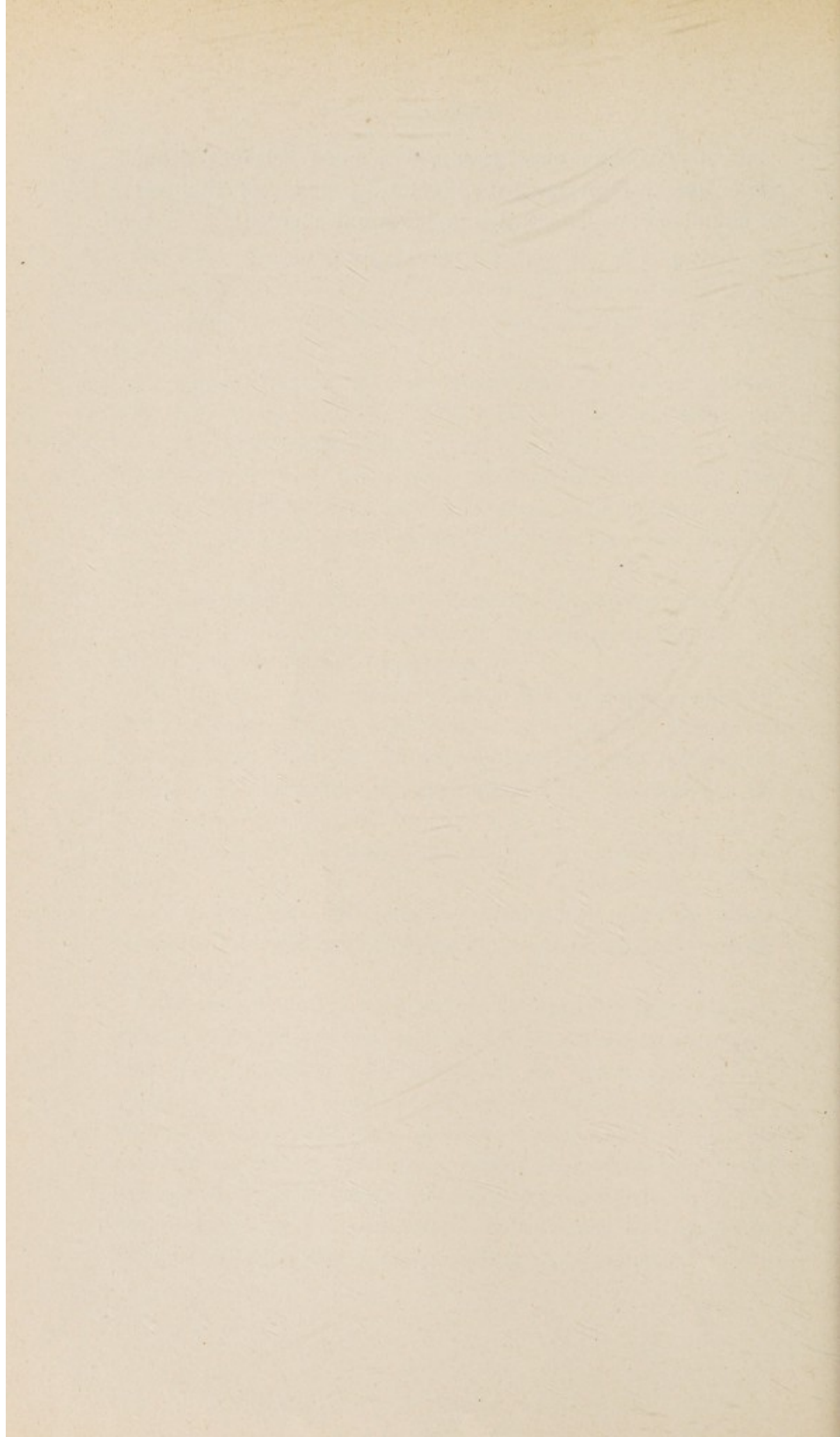
L'hypothèse d'une compression de l'intestin par fibrome utérin, kyste de l'ovaire, rein déplacé tombera le plus souvent par la pratique du palper et du toucher.

Malgré les probabilités fournies par le diagnostic différentiel; il n'en reste pas moins vrai que l'invagination intestinale est souvent méconnue; nous n'en voulons pour preuves que la grande variété des diagnostics relevés dans nos observations, et la terminaison malheureuse des accidents presque toujours due à l'impuissance du diagnostic.

Sur 37 cas que nous rapportons, nous relevons 8 guérisons dues à l'intervention opératoire précoce, et 29 morts; un cinquième seulement des malades ont survécu!

---





## CHAPITRE III

---

### Traitement

Le doute, dans lequel la clinique laisse le chirurgien, sur l'étiologie des accidents d'invagination, n'influe heureusement en aucune façon sur le mode de traitement.

Un obstacle quelconque empêche la circulation des matières dans le tube digestif, il faut, ou supprimer l'obstacle, ou détourner le cours des matières d'un autre côté. Le traitement chirurgical est, dans l'immense majorité des cas, le seul capable de produire ces heureux résultats.

Si le diagnostic très difficile, d'invagination intestinale par polype a pu être porté, nulle hésitation n'est permise; l'intervention opératoire, seule, si elle est pratiquée dans de bonnes conditions, amènera la guérison sans récurrence, par l'exérèse de la tumeur. La principale condition de réussite réside dans le diagnostic précoce, suivi d'une intervention hâtive. Il faut que l'on sache bien que ce n'est pas l'opération elle-même qu'il faut rendre responsable des cas d'in-



succès, mais bien plutôt la négligence du malade, ou celle du médecin qui a trop temporisé.

A notre avis, il n'y a qu'un cas, hormis celui où le malade ou son entourage refusent l'intervention, où le diagnostic posé, il y ait une indication de ne pas opérer : c'est lorsque le malade est agonisant et que ses lésions viscérales sont telles, que la mort n'est plus qu'une question d'heures. En conséquence, une invagination étant soupçonnée, si l'on se trouve en présence de symptômes faisant redouter à brève échéance les phénomènes d'occlusion, nous pensons, qu'il est du devoir du praticien, de ne pas, rester dans l'expectative, et de proposer immédiatement l'intervention chirurgicale.

Il se présente parfois des cas où les symptômes sont si peu accentués, où les accidents revêtent une forme si bénigne, que le médecin ne sait trop de quel côté orienter son diagnostic; s'il pense à une invagination, il pourra, devant le peu de gravité de l'état du malade, tenter la réduction par l'emploi de traitements dits médicaux.

*Traitement médical.* — Il ne saurait plus être question aujourd'hui, de l'ingestion de mercure à hautes doses, méthode qui aurait été employée autrefois pour réduire l'invagination; on ne comprend pas d'ailleurs très bien comment le poids du mercure, agissant dans le même sens que celui du boudin, pourrait produire cet heureux résultat.

Le massage préconisé par Leichtenstern, paraît vraiment n'être capable que de faire progresser l'invagination: Il provoque un spasme dont l'effet est de tétaniser l'intestin qui se trouve au-dessus de la lésion, et de le pousser à la suite du segment invaginé.

Le lavement électrique, l'insufflation gazeuse, l'injection rectale, pourront être essayés dans les premières heures.

Ces traitements qui ont été suivis de quelques succès seront d'une inefficacité presque certaine, s'il s'agit d'invagination.



gination intestinale par polype. D'ailleurs, si on réussissait à désinvaginer, le mieux ne subsisterait pas longtemps, le malade restant sous le coup d'une récurrence, provoquée par la tumeur toujours existante.

Après échec de ces divers procédés, les accidents restant bénins et le diagnostic douteux, le traitement médical à instituer sera le suivant: on mettra de la glace sur le ventre, on surveillera l'état du péritoine, on apaisera la douleur par le chloral, la morphine ou la belladone; on se gardera toutefois d'abuser de ces calmants qui pourraient masquer des phénomènes graves, indiquant une intervention absolue et rapide. On évitera surtout l'emploi des purgatifs, qui ne réussiraient qu'à réveiller la contractilité intestinale et à faire progresser l'obstacle.

Si les accidents ne s'améliorent pas, et il en sera presque toujours ainsi dans l'invagination intestinale par polype, on saura ne pas s'attarder aux traitements médicaux et on proposera la cure opératoire.

*Traitement chirurgical.* — Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'exposé des divers procédés chirurgicaux, ni sur la technique opératoire, très bien décrits dans l'excellente thèse de Gernez. Nous donnerons seulement quelques indications propres aux conditions spéciales, créées par l'existence d'une tumeur.

Parmi les différentes méthodes proposées, nous citerons d'abord la désinvagination, suivie de l'entérotomie.

*Désinvagination.* — C'est, quand elle est possible, l'opération la plus simple; procédé de douceur exigeant des manœuvres combinées de traction et d'expression. Pas de tiraillements violents qui n'auraient pour résultat que de déchirer le collet, ou de léser la paroi intestinale. On ne cherchera à désinvaginer que s'il n'y a pas d'adhérences, si le collet et la gaine paraissent sains, si les accidents sont récents.



Souvent pratiquée dans de mauvaises conditions, cette opération comporte, d'après les statistiques, une mortalité assez élevée. C'est ainsi que Grisel établit, pour l'enfant :

Mortalité opératoire le 6 <sup>me</sup> jour et plus tard:	100 p.	100.
—	5	— 78 0/0
—	4	— 54 0/0
—	3	— 35 0/0
—	2	— 14 0/0

La désinvagination une fois réalisée, on fait l'entérotomie suivie de l'ablation du polype; ce second temps ajout: à la gravité de la désinvagination, les chances d'infection péritonéale. En somme, méthode dangereuse, ne donnant de bons résultats que dans les cas récents, lorsque les adhérences n'ont pas encore eu le temps de s'établir.

*Entérectomie.* — Elle peut être pratiquée de deux façons:  
Par le procédé de Barker ou un de ses dérivés;  
Par la méthode classique.

1<sup>o</sup> *Procédé de Barker.* — Il consiste à réséquer le boudin invaginé, à travers une boutonnière faite à l'anse invaginante.

Ce procédé, perfectionné par Paul (1895), Widenham, Rydigier (1895), Maunsell (1896), Hersfeld (1896), Delore (1901), permet, par une seule incision, d'enlever le polype et le boudin invaginé. Il paraît donc à priori plus avantageux que le précédent; mais il expose malheureusement beaucoup à l'infection, exigeant de longues manipulations à travers une boutonnière forcément étroite. D'autres difficultés accroissent encore la gravité de l'opération; hémorragie du coin mésentérique, adhérences maintenant l'anse invaginante et empêchant son extériorisation, impossibilité de supprimer complètement le collet.

« Cette opération, dit Gernez à l'opinion duquel nous nous



rallions volontiers, est moins bien réglée, aussi longue, plus difficile que la résection pure et simple de l'anse avec entérorraphie.

2<sup>o</sup> *Résection et entérorraphie.* — C'est le procédé de choix que l'on doit employer chaque fois que le sujet est assez résistant :

Il consiste dans la résection en masse du segment invaginé, avec rétablissement de la lumière intestinale par réunion des deux bouts, c'est-à-dire par entérorraphie.

C'est l'opération classique, très bien réglée, théoriquement parfaite, qui doit naturellement venir à l'esprit de l'opérateur, quand les lésions ne sont pas telles qu'il y ait danger à extirper complètement la partie malade. On l'appliquera principalement dans les cas d'invagination chronique, de tumeur sphacélée, ou quand on opère en milieu septique.

L'entérectomie présente une supériorité incontestable sur tout autre procédé opératoire, en ce sens que du même coup, sous le couvert d'une antisepsie qu'il est facile de rendre absolue, on enlève tout le segment invaginé, accompagné de la production polypeuse.

Certains lui reprochent d'être longue, délicate, grevée d'une lourde mortalité. Nous pourrions répondre ce que Richelot disait de la laparotomie : « Si l'opération ne donne pas toujours les résultats espérés, c'est qu'on l'a faite trop tard, quand le malade est épuisé algide, presque mort. »

*Autres procédés.* — Dans les cas extrêmement graves et désespérés, quand le malade est affaibli par ses troubles antérieurs, ou lors d'une occlusion aiguë remontant déjà à plusieurs jours avec lésions de nécrose, on devra se résoudre à pratiquer *l'anus artificiel*. On ouvre ainsi au-dessus de l'obstacle une voie d'échappement aux matières intestinales.

C'est une opération simple que l'on peut faire avec des moyens de fortune; elle permet, dans une certaine mesure,



de pallier aux accidents, et parfois de sauver le malade. Quand celui-ci est à peu près rétabli, on fait la résection du segment invaginé suivi de l'entérorraphie, et on guérit l'anus contre nature.

Dans les cas graves, mais non désespérés, où les lésions sont tellement étendues qu'une résection intestinale serait dangereuse, on peut, par *entéro-anastomose* remédier aux phénomènes d'occlusion tout en permettant d'utiliser pour l'absorption les parties saines de l'intestin.

L'*entéro-anastomose*, consiste à faire communiquer latéralement deux anses d'intestin sans qu'il y ait eu résection préalable.

Elle peut être pratiquée sur toute l'étendue du tube intestinal. On peut l'établir entre deux anses d'intestin grêle, ou deux anses du gros intestin, ou même entre une anse de l'intestin grêle, avec une anse du gros intestin.

C'est en somme un anus artificiel qui débouche non à la peau, mais bien dans une anse intestinale.

En résumé, nous estimons que le traitement chirurgical de l'invagination intestinale par polype, doit être le suivant :

Si les accidents sont récents, on essayera la désinvagination suivie de l'entérotomie pour l'exérèse de la tumeur :

Si l'on échoue, on pratiquera la résection totale du segment invaginé, et l'entérorraphie.

On ne recourra qu'exceptionnellement et dans les cas très graves à l'anus artificiel ou à l'entéro-anastomose.

---

OBSERVATIONS CLINIQUES



## Observations de l'intestin grêle

---

### OBSERVATION I

Devilliers, publiée par J. Cloquet et mentionnée par Dance, dans son mémoire sur les invaginations intestinales, 1820.

« Mais voici un genre de cause d'invagination qui n'avait point été soupçonné et qui est pleinement confirmé par une observation recueillie par Devilliers et publiée par M. J. Cloquet.

C'est à la complaisance de M. Breschet que je dois la connaissance de ce fait, et la note succincte que voici, n'ayant pu me procurer l'observation avec tous ses détails.

Il s'agit d'une femme enceinte, âgée d'environ 35 ans, morte d'une inflammation de l'iléon, suite d'une invagination de 13 à 14 pouces de cet intestin, laquelle invagination avait été déterminée par un polype pédiculé naissant sur la face interne de la membrane muqueuse et qui poussé par les contractions intestinales avait entraîné l'intestin à sa suite. »

### OBSERVATION II

Smith, Dublin Review. *Archives générales de médecine*, 1840, tome 9.

M. Smith présente à la Société d'Anatomie pathologique de Dublin une pièce dont voici l'histoire :

Une femme maigre, mais d'une constitution assez saine en apparence, demanda à être admise dans un des hôpitaux de la maison de l'Industrie, le 25 janvier 1840. Elle rapporta que la veille, elle avait ressenti tout à coup une douleur très vive à l'abdomen, laquelle fut bientôt suivie de vomissements, de diarrhée, de ténésme.



Au moment de son entrée, elle était constipée, mais les vomissements et le ténesme persistaient jusqu'au 27<sup>e</sup> jour où elle mourut. Les symptômes, comme on le voit, avaient une forte ressemblance avec ceux qui accompagnent l'étranglement intense d'une portion du tube intestinal. Cependant, pendant la vie, on n'avait pu constater l'existence d'aucune tumeur, soit dans l'abdomen, soit aux ouvertures par lesquelles on observe ordinairement la formation des hernies. A l'ouverture de la cavité abdominale, les viscères présentaient les caractères d'une péritonite à la première période, mais il n'y avait pas d'épanchement, ni de sérosité, ni de pus.

La terminaison du petit intestin et le commencement du gros, formaient une tumeur considérable qui s'étendait depuis le côté gauche en bas, vers la fosse iliaque droite ; cette tumeur était constituée par une invagination de l'iléon, lequel dans l'étendue de 12 pouces (mesure anglaise), avait passé à travers la valvule iléo-cœcale, dans le cœcum et le côlon. Un polype charneux, piriforme, qui avait un pouce et demi de long, existait à la surface interne de l'iléon et paraissait avoir causé l'invagination.

Dans ses remarques sur ce cas, M. Smith a distingué 3 variétés d'intussusception, savoir :

1<sup>o</sup> Celle qui a lieu dans l'intérieur de la cavité abdominale, comme dans le cas présent.

2<sup>o</sup> Celle dont la forme ordinaire du prolapsus nous fournit un exemple.

3<sup>o</sup> Celle qui complique quelquefois l'anus contre nature.

Relativement à la première variété, M. Smith fait observer qu'elle diffère des autres par la présence de 3 cylindres, tandis que dans la chute du rectum et l'invagination à travers un anus artificiel, il n'y en a que deux dont l'interne est formée par cette position du tube intestinal, laquelle dans l'état normal est placée immédiatement au-dessus du cylindre extérieur ou d'enveloppe. M. Smith termine ses remarques intéressantes après être entré minutieusement dans tous les détails anatomiques, en expliquant la guérison, qui a lieu rarement il est vrai dans cette affection, par la mortification de la partie invaginée de l'intestin ; ce qui rétablit la continuité du tube par l'inflammation adhésive qui agglutine la surface séreuse du cylindre interne au-dessus de la position éliminée et la membrane séreuse du cylindre externe.

Les pièces ont été déposées au musée du Richmond's Hospital.



OBSERVATION III.

Peacock, 15 mars 1847. *Transact of the pathological Society of London*, 1846-48, Tome 1, pages 97-99.

**Étranglement interne entre deux bandes mésentériques  
avec polypes fibreux de l'intestin.**

La pièce montrée à la Société provenait du corps d'un homme de 65 ans qui avait été admis dans un état de collapsus avancé à l'hôpital Royal libre, et qui mourut avant qu'on ait pu le mettre au lit.

L'autopsie des organes céphaliques et thoraciques ne révélait rien de pathologique. Le testicule gauche n'était pas descendu dans le scrotum et était situé immédiatement en dehors de l'anneau abdominal. L'abdomen était distendu. Le grand épiploon était relié par des adhérences anciennes aux régions inguinale et iliaque gauches.

L'intestin grêle était très distendu, extrêmement enflammé et aggloméré par une transsudation relativement épaisse. Du point où le grand épiploon adhérait à l'aîne gauche, s'étendait une bande fibreuse obliquement à travers la région hypogastrique jusqu'à la région iliaque droite, et là, à deux ou trois pouces du cœcum, s'unissait à deux bandes flottantes de l'épiploon qui l'unissait d'une part, au fond du cœcum, d'autre part, à l'extrémité interne du ligament de Poupart.

Entre ces bandes, il existait un espace triangulaire dont le sommet se trouvait à l'union des trois bandes et dont la base était formée par une portion de l'épiploon uni au cœcum et à la paroi abdominale, dans la région iliaque droite.

Dans cet espace, une portion de l'intestin s'était invaginée et s'y était étranglée.

L'étranglement portait une portion de l'intestin grêle située à six pouces de l'iléon (15 centimètres), et était si serré que les tuniques étaient gangrenées et que, en enlevant quelques adhérences molles qui unissaient cette portion de l'intestin à un repli voisin, un peu de matière fécale s'était écoulé.

L'étranglement sous-jacent était à deux pouces de la fin de l'iléon (5 centimètres) et sur ce point, il existait un léger sillon sur la surface antérieure de l'intestin.



A l'ouverture de l'intestin, on constate la présence d'un polype ovale de la dimension d'une grosse bille, attaché par une large base à la paroi intérieure et occupant une telle portion du diamètre intestinal, que l'extrémité de l'index pouvait à peine passer au-dessus et au-dessous. La totalité de l'anse étranglée était de deux pouces et demi (7 centimètres).

L'intestin au-dessus du premier étranglement était extrêmement distendu de matière fécale et ses parois très enflammées. Au-dessous de l'étranglement, le canal était vide et contracté et, à l'exception d'un épaissement notable, il était absolument dépourvu de lésions. Un léger sillon de 33 pouces de la terminaison de l'iléon (80 centimètres), indiquait le point où la longue bande épiploïque, se réfléchissant de la région inguinale gauche, avait croisé l'intestin.

Une tumeur dure de la dimension d'une grosse noix était située dans le méso-iléo-cœcal. Elle était constituée par un kyste épais et fibro-cartilagineux qui était probablement une glande hypertrophiée et épaissie.

D'après l'enquête faite pour déterminer la cause de la mort de cet homme, on apprit qu'il souffrait de constipation depuis huit jours et qu'il se sentait malade.

Il avait néanmoins, pendant ce temps-là, continué à vaquer à ses occupations, et était sorti comme d'habitude, le matin de sa mort ; à cause de circonstances particulières, il fut impossible de recueillir aucun renseignement sur son état de santé antérieur.

#### OBSERVATION IV

Goodhart, *Clinical Society's Transactions*, février 1886, p. 146, vol. XIX.

F..., 49 ans, vue pour la première fois 21 mois avant sa mort, pour des accès périodiques de vomissements et de douleurs abdominales. Cachexie progressive. Tumeur irrégulière, bosselée, dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen au-dessus de l'utérus : on suppose un rein mobile. Soulagement avec lavements de sulfate de magnésie. Jamais la tumeur abdominale ne disparut. Changeant de position, elle



en vint à correspondre au rein gauche, variant de volume et de forme. Certains jours, forme de rein ; en tout cas, incurvée dans le sens de la longueur à concavité tournée vers l'ombilic.

Le 11 mai 1885, Goodhart la voit. Un accès de vomissements ayant été plus fort et plus continu que de coutume. Pâle et maigre, n'était guère plus d'une semaine sans vomir (l'accès durant généralement de 24 à 36 heures). Dans ces derniers temps, l'intervalle entre les accès n'était guère de plus d'un jour. A l'inspection, estomac dilaté, essayant d'expulser son contenu, contractions péristaltiques tout à fait visibles siégeant dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen.

En bas, dans la région inguinale gauche, seconde tumeur partant du flanc et se dirigeant obliquement en bas vers le pubis. C'était une tumeur allongée qui subissait des changements rythmiques s'effectuant lentement. Alternativement, dure et bien limitée, puis molle et mal délimitée : ne pouvant être que l'intestin en activité. Rien au toucher rectal ni au toucher vaginal.

Jamais de selles sanglantes. Selles toujours légèrement brunâtres et, quoiqu'elle souffrît de la constipation, celle-ci n'avait jamais résisté à l'action d'un purgatif. Elle mourut avant d'entrer à l'hôpital, les vomissements ayant continué, elle mourut d'épuisement.

Autopsie. — Estomac dilaté occupant la plus grande partie de la loge intérieure de l'abdomen, sous lui un côlon transverse très étroitement rétracté, le grand épiploon s'étendant sur les deux ou trois anses intestinales visibles en bas. Ces anses étaient petites mais proéminentes comme si quelque chose siégeait derrière elles. En les écartant, on découvrit une invagination considérable de l'intestin grêle. Une anse intestinale ressemblant plutôt au rectum en largeur et en épaisseur, s'étendait de la colonne vertébrale dans le petit bassin. Un examen plus attentif montra que le collet de l'invagination siégeait au sommet du jejunum. La longueur de la tumeur était de près de 18 pouces. Les tuniques étaient affaissées, mais pas sensiblement enflammées. Il y avait deux autres invaginations du grêle, mais paraissant tout à fait récentes.

Dilatation de l'estomac et du duodénum. En plusieurs places, polypes pédiculés, l'un d'eux dans la partie supérieure du jejunum avait causé l'invagination. Bien qu'il ne parut pas y avoir d'obstacle matériel à la réduction en tant qu'adhérences, le collet de l'invagination était si étroit, et l'anse invaginée si épaissie, que l'auteur ne pense pas qu'elle fût possible.



OBSERVATION V

Guillet, *Bull. Soc. Anatom.*, 1884.

H... , 24 ans, entrée 15 février 1887.

A 18 ans, violentes coliques dans le ventre, constipation opiniâtre avec vomissements verdâtres très fréquents ; abdomen surtout douloureux vers la fosse iliaque droite. Etat persiste six mois ; le malade n'a rien remarqué du côté de l'anus, mais quelque temps après selles sanglantes. Depuis lors, ces selles sanglantes ont continué, mais elles ne s'accompagnaient d'aucune douleur et n'étaient point suivies d'issues de tumeur au dehors de l'anus. Un an après, nouvelle crise semblable à la précédente. Depuis, deux nouvelles crises : 1° trois semaines, 2° deux mois. Service militaire après ajournement d'un an. Deux bonnes premières années. Troisième année : dysenterie violente, réforme. Glaires sanguinolentes rendues quinze à vingt fois par jour, pour la première fois il s'aperçoit d'une grosseur à l'anus sortant dans les efforts de défécation, réductible ; ventre souple, non ballonné, indolore à la pression, sonore dans toute son étendue, pas d'induration ou d'empâtement dans la fosse iliaque droite. Tumeur lobulée avec aspect de grappe de raisin sortant de l'anus ; tumeur réductible, pédiculée. On en sent plusieurs autres. Rectotomie linéaire par M. Guyon : curage du rectum (30 à 40 tumeurs) le 24 février.

Le 28, vomissements, diarrhée, pas de selles sanglantes, douleurs légères dans le ventre qui n'est pas ballonné.

Le 3 mars. — Même; symptômes, mais ventre douloureux principalement dans la fosse iliaque gauche où il y a un peu d'empâtement. Pas de ballonnement. Mauvais état général.

Le 7 mars. — Masse rougeâtre comme le poing hors de l'anus, semble formée par les parois rectales retournées sur elles-mêmes et en prolapsus. A la surface de cette tumeur un grand nombre de petites productions polypeuses et à son sommet une tumeur pédiculée et lobulée du volume d'une petite noix, analogue aux précédentes. Excision de la tumeur principale par M. Guyon, réduction et maintien avec tampons. Etat général très mauvais, diarrhée, vomissements, le soir le prolapsus se reproduit et est réduit.



Le 9. — Nouveau prolapsus, nouvelle réduction. Mort. Autopsie. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur volumineuse en forme de boudin constituée par le gros intestin ; le reste de l'abdomen est occupé par l'intestin grêle non distendu et l'estomac dilaté. Pas traces de péritonite.

C'est une invagination comprenant le gros intestin et la partie terminale du grêle. En effet l'extrémité supérieure du boudin présente une dépression profonde, entourée d'un bourrelet circulaire, dans laquelle pénètre l'intestin grêle, accompagné du mésentère et de l'épiploon.

Au niveau de sa pénétration dans le boudin, l'intestin grêle n'offre de lésion apparente ni du côté de la séreuse ni du côté de la muqueuse ; il est peu serré et en exerçant de légères tractions sur lui, on le déroule aisément. Plus haut, il renferme une petite quantité de matières fécales noirâtres et semi-liquides, mais ses parois sont saines. A 35 cm. environ de l'anus une énorme tumeur du volume du poing fait hernie dans le canal intestinal, tumeur qui constitue l'extrémité inférieure du boyau précédemment décrit.

Cette tumeur a une coloration rougeâtre, et sa surface extérieure présente tous les caractères de la muqueuse du gros intestin retournée, on y remarque quelques productions polypeuses ; à son extrémité inférieure, la tête de l'invagination offre à son centre une dépression de 2 à 3 cm. au fond de laquelle on remarque l'orifice non dilaté de l'appendice iléo-cœcal ; en avant se voit la valvule iléo-cœcale dont les deux valves agglutinées dissimulaient à un premier examen, l'orifice de communication avec l'intestin grêle ; toutes ces parties sont recouvertes par une foule de petites tumeurs pédiculées, analogues à celles qui existent sur le rectum ; on y voit des fils à ligature, c'est donc bien cette masse qui quelques jours avant la mort du malade, est venue faire hernie à l'anus et sur laquelle M. Guyon a réséqué plusieurs polypes. Par son extrémité supérieure la tumeur s'enfonce dans le boudin intestinal, adossant sa muqueuse à celle l'S. iliaque. Le boudin d'invagination, considéré dans son ensemble, mesure environ 50 centimètres de long, trois cylindres superposés : 1° cylindre externe constitué par la partie supérieure de l'S iliaque, le côlon descendant et une partie du côlon transverse, opposant leur muqueuse à celle du cylindre moyen ; 2° cylindre moyen formé par le cœcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse adossé par sa muqueuse au cylindre externe et par sa séreuse au cylindre interne ; 3° cylindre interne



constitué par l'intestin grêle non retourné, et venant s'ouvrir à l'extrémité inférieure de l'invagination au niveau de la valvule iléo-cœcale. Autour du cylindre interne se trouvent le mésentère, l'épiploon et l'appendice vermiforme. Le mésentère adhère à la surface séreuse du cylindre moyen, dans toute l'étendue du cœcum ; ces adhérences sont normales, ce sont celles que contracte le mésentère avec le cœcum au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin. On y voit l'artère iléo-colique accompagnée de ses veines. L'épiploon que nous avons vu s'engager dans l'orifice supérieur de l'invagination, présente des adhérences à la séreuse du cylindre moyen dans toute son étendue; ces adhérences sont peu résistantes et paraissent récentes; l'appendice iléo-cœcal a son extrémité inférieure dirigée en haut, il est normal. La portion d'intestin grêle comprise dans l'invagination, ne présente aucune altération; muqueuse saine sans tumeurs. Diagnostic histologique (De Gennes) : adénome à cellules cylindriques.

#### OBSERVATION VI

J. L. Faure. — In thèse Nigay. Paris, 1899, n. 315, p. 26.

H. . . , 43 ans. Depuis son enfance, le malade est atteint d'une constipation constante et rebelle. Il reste parfois une semaine sans aller à la selle. Emploie fréquemment des purgatifs. En janvier 1894 il est pris brusquement dans la rue d'une crise intestinale, avec vomissements, douleurs vives dans l'abdomen ; il aurait eu à ce moment une diarrhée avec sang. A cette époque, le malade aurait eu dans le flanc droit des bosselures paraissant et disparaissant. La crise dure 24 heures et les bosselures disparaissent. Ces crises reviennent environ une fois par mois, mais elles deviennent peu à peu de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes.

Au 1<sup>er</sup> mai 1895, les crises se succèdent presque sans interruption. Le malade entre à Tenon, dans le service de M. le D<sup>r</sup> Barié; lavements, cataplasmes. Au bout de 10 jours il rentre chez lui avec un peu d'amélioration. Le 8 juin il est repris des mêmes accidents. Le 22 juin il rentre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Marie. Huit jours après M. Hartmann le fait entrer à Bichat pour l'opérer, mais le lendemain on



se ravise : on croit à des accidents nerveux, et au bout de 12 jours le malade est renvoyé à Vincennes avec le diagnostic « d'entéralgie ». A Vincennes, il passe son temps à l'infirmerie, il en sort le 18 juillet. Pendant deux mois il est à peu près bien, mais ne travaille plus et ne mange que des aliments demi-solides ou liquides. Deux mois après, en septembre 1896, il rentre à Lariboisière dans le service de M. Legueu. Celui-ci le 15 septembre, pratique une laparotomie sur le bord externe du grand droit. Il pensait à une tuberculose iléo-cœcale ; il trouve « le cœcum sain et des lésions assez particulières de l'intestin. Sur une étendue de près de un mètre de long, la paroi de l'intestin grêle était épaissie uniformément et comme un carton mouillé. Cette lésion très étendue s'arrêtait juste au cœcum. De plus il y avait à la surface de l'iléon dans cette même partie, des taches semblables à celles qui tapissent la surface séreuse des ulcérations tuberculeuses. Enfin, il y avait un peu de péritonite adhésive et d'ascite ». Pensant à la tuberculose intestinale, M. Legueu referme le ventre. Le malade sort à la fin d'octobre et pendant quelques mois, l'amélioration est manifeste ; les crises et les douleurs ont disparu.

En mai 1897, il est repris de ces crises qui sont de plus en plus vives, il entre dans le service de M. Régnier, où il reste trois semaines. Puis, se trouvant mieux, il rentre chez lui. Repris en juillet il rentre à Lariboisière. M. Régnier décide de l'opérer le 16 juillet. Le 15 « son mal disparaît » et il sort de l'hôpital.

En août, nouvelle reprise avec localisation très marquée à droite. Le 19 août il entre à l'hôpital Saint-Antoine. A son entrée le malade est dans un état lamentable ; il est d'une maigreur excessive et dans un état de faiblesse tel qu'il peut à peine parler. Il ne s'alimente pas et vomit tout ce qu'il prend. Dans le flanc droit, à peu près à égale distance de l'arcade crurale et du rebord costal, on sent une tuméfaction arrondie, légèrement irrégulière, à peu près immobile dans la profondeur, un peu douloureuse à la pression ; elle est située derrière la cicatrice résultant de la laparotomie faite par M. Legueu. Incision de 15 cent. environ sur le bord externe du muscle grand droit.

Le péritoine ouvert, je constate qu'il est lisse, absolument sain et ne présente aucune altération tuberculeuse. Mais la tumeur qu'on sentait à travers la paroi apparaît et se laisse facilement attirer à l'extérieur. Elle est grosse comme les deux poings, assez mobile et je reconnais immédiatement qu'elle est constituée par une invagination. On voit en effet l'intestin grêle pénétrer dans sa partie inférieure où il disparaît.



La portion invaginée remonte jusque près de l'angle du côlon. Il s'agit donc d'une invagination de l'extrémité de l'iléon dans le cœcum à travers la valvule iléo-cœcale, je m'efforce de réduire l'invagination en tirant fortement sur l'intestin invaginé et en agissant par expression à travers la paroi du côlon sur la masse située dans son intérieur.

L'intestin grêle se désinvagine sur une longueur de 20 cent., mais à ce moment, malgré des tractions très énergiques, la réduction de l'invagination ne fait aucun progrès. Je songe un instant à ouvrir le cœcum pour repousser directement la masse invaginée, mais avant d'en venir à cette extrémité, je tire sur l'intestin grêle avec une grande énergie au risque de le déchirer.

L'invagination se réduit tout à coup et il est facile de dérouler l'intestin invaginé dans toute sa longueur; il est épaissi, manque de souplesse, sa surface est terne, irrégulière; elle présente des phénomènes d'inflammation chronique et des traces d'adhérences péritonéales.

En palpant l'intestin grêle, je sens à 80 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale un corps dur, arrondi, mobile, du volume d'une noix, mais tenant à la paroi intestinale sur la surface séreuse de laquelle on voit, à ce niveau, une petite cicatrice.

Ne doutant pas qu'il s'agisse d'un polype, j'incise à ce niveau l'intestin sur une longueur de 4 cent. environ; le polype qui tient à la paroi par un mince pédicule fait issue au dehors. Il est sectionné avec des ciseaux. La muqueuse à son point d'implantation est complètement excisée. Suture de Lambert à la soie.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le malade, sort au commencement d'octobre, a été présenté à la Société de Chirurgie le 3 novembre; il est absolument méconnaissable. Il a engraisé de plus de 20 kilogs et sa santé est absolument parfaite. Le polype, du volume d'une grosse noix, d'aspect framboisé avec plusieurs lobes irréguliers, à pédicule mince de 5 mm. environ de diamètre a été examiné histologiquement par M. Lévy: il s'agissait d'un adénome.

En avril 1899, la santé de ce malade était parfaite. Depuis son opération, il n'avait présenté aucun trouble intestinal.

#### OBSERVATION VII

Ritter. Von Karajan, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1899, p. 219, n° 9.

H..., vingt-trois ans. En juin 1896, sans raison apparente, douleurs abdominales. Mouvement péristaltique des anses intestinales qui for-



ment des « nœuds » s'avancant de gauche à droite, et comparés par le malade à des navets. Gonflement transversal sous-ombilical en forme de saucisson. Inappétence. Vomissements après les repas. Selles irrégulières. Les vomissements sont bilieux, il n'y a jamais eu d'ictère.

Traitement d'une durée de 4 semaines.<sup>1</sup>

En novembre 1896, attaques plus violentes. Nodosités plus perceptibles. Après 6 semaines, guérison temporaire.

Juin 1897. — Etranglement d'une hernie congénitale. Taxis. Guérison.

Octobre 1897. — Les crises douloureuses augmentent d'intensité et de fréquence. Elles se suivent à intervalles très rapprochés. Durée : 1/4 d'heure. Journalières. Les douleurs se localisent toujours au même endroit. Amaigrissement de 10 kilos.

7 mars 1898, admis à la clinique, un peu de météorisme à gauche, sous l'ombilic gonflement.

Les jours suivants : malaises, vomissements. On voyait l'anse intestinale distendre, monter, augmenter de volume, puis tomber et s'affaisser après le lavement.

18 mars 1898. — Laparotomie. Anse intestinale hypertrophiée, de la grosseur du bras et répondant à la partie inférieure de l'iléon. Invagination de 5 centimètres de long sans réaction. Désinvagination. On sent dans la lumière intestinale une tumeur comme une noix et 10 centimètres plus haut une deuxième tumeur. On trouve encore quelques polypes en montant vers le jéjunum et le duodénum. Le duodénum et l'estomac sont libres. L'intestin grêle est hypertrophié et dilaté depuis la dernière tumeur la plus bas située jusqu'au duodénum. On enlève aussi huit polypes par cinq ouvertures, trois parties inférieures de l'iléon, deux parties supérieures du jéjunum. Il n'y avait que deux invaginations.

Sort guéri le 1<sup>er</sup> avril. Revu le 26 juillet 1898, le 10 février 1899.

#### OBSERVATION VIII

Boldt, *Medical Record*, 13 janvier 1900, t. 1, p. 80.

Cas qui fut pris pour une grossesse extra-utérine. La malade ayant des vomissements, on la crut enceinte de six semaines. Sensibilité abdominale diffuse et croissante. Douleurs depuis six semaines avec

maximum dans fosse iliaque gauche. On trouve par le toucher rectal un utérus plutôt gros et mou; accolée à sa gauche, une grosse masse pâteuse remplissant le cul-de-sac. Laparotomie. Péritonite, anse intestinale gangrénée dans le bassin. En l'ouvrant, Boldt a trouvé une invagination due à la présence d'un polype de 7 pouces  $1/2$  sur  $11\ 1/4$ .

#### OBSERVATION IX

Reclus, *Revue de Chirurgie*, juin à août 1900.

Un malade, déjà laparotomisé deux fois, entre moribond à l'hôpital. M. Faure, appelé, trouve une invagination produite « par un polype ». Il résèque 87 centimètres d'intestin grêle et le malade guérit.

Au bout de quelque temps, il revient avec des accidents à allure chronique. On fait la laparotomie et on trouve l'intestin agglutiné en gâteau. On enlève encore 40 à 50 centimètres d'intestin, mais la suture est difficile.

Au bout de quelques jours, il se fait une perforation. On doit faire une nouvelle opération et pratiquer la suture par anastomose latérale. Le malade succombe.

#### OBSERVATION X

D<sup>r</sup> Mabyn, *Read Lancet*, t. I, 19 mars 04, p. 737.

Fille de 22 ans, entre en juin 1903. Le 20 mai, douleurs abdominales à gauche. En allant à la selle, prolapsus rectal réduit par un médecin qui constate des polypes et en détruit plusieurs en réduisant.

Le 4 juillet, 8 selles. Le 23 septembre, 6 attaques. La plus courte de un jour, la plus longue de quatre.

Le 6 octobre, une anse se dessine à gauche avec mouvements péristaltiques.

Mort le 9 octobre. — Anse très distendue du grêle dans le flanc gauche



avec adhérences de l'épiploon et des anses affaissées du grêle. On rompt les adhérences, on trouve un peu de pus. Ulcérations du grêle laissant apercevoir une invagination. On trouve un gros polype près de l'angle duodéno-jéjunal ; à deux pieds plus bas, invagination de 6 pouces de long avec un gros polype à la tête, sur le cylindre moyen à mi-chemin un polype plus petit. Une grande quantité de polypes dans le cœcum et la partie inférieure du côlon ascendant. Trois polypes plus petits dans le transverse et la partie supérieure du côlon descendant. Rien dans l'S iliaque ou le rectum.

#### OBSERVATION XI

D<sup>r</sup> D. M. — *Intercolonial Med. J. of Australia*, 1901, in  
*Lancet May*, 12, 1906, p. 1331.

Enfant de 9 ans. Depuis 12 mois, douleurs et vomissements survenant par accès durant de quelques heures à un jour. D'abord toutes les semaines ou tous les 15 jours depuis le dernier mois, elles reviennent chaque jour durant environ deux heures avec de courts intervalles de rémission. Selles toujours normales dans les derniers temps, mais matières glaireuses. Purgatif. Un prolapsus du rectum s'ensuit. Douleurs aiguës rapportées à la région ombilicale et à l'épaule. L'ingestion d'aliments ne détermine pas d'accès, mais s'il y a ingestion de solides, la douleur devient plus forte ; gonflement à gauche et en bas de l'ombilic, tumeur mobile de consistance solide. On ne sent rien par le rectum. Après son admission à l'hôpital, plusieurs accès douloureux dans la région sus-ombilicale, sueurs, pâleurs, refroidissement. Dans les accès les plus aigus, un volumineux gonflement se dessine dans la région sous-costale gauche. Ce gonflement s'accroît rapidement en volume, et diminue soit spontanément soit après l'administration de morphine.

Laparotomie exploratrice. On ne trouve rien d'anormal, on diagnostique rein mobile avec hydronéphrose intermittente. On trouve, après guérison, le rein gauche mobile, et on fait une néphrorraphie.

En février 1905, on ramène l'enfant de nouveau à l'hôpital pour des accès douloureux. Pendant les accès une tumeur apparaît, coïncidant avec la douleur. Un jour on sent trois tumeurs. Grand lavement. Gué-



risson. En janvier 1906 même histoire. On sent dans le flanc gauche une tumeur mal délimitée. Un lavement ne donne qu'une évacuation sanguine. Laparotomie. Invagination de 4 pieds du grêle, réduction. On sent des masses dans l'intestin. Mort une heure après.

Tout le conduit gastro-intestinal, excepté l'iléon, renferme des adénomes sessiles ou pédiculés au nombre de 41, les plus gros sis dans l'estomac.

## OBSERVATION XII

Dubar, publiée par Gernez. Thèse de Paris 1906-07. Tome XVII.

Elise D. . . , 50 ans, entre à la Charité, le 1<sup>er</sup> août 1902, pour des phénomènes d'occlusion intestinale. Etat de prostration très accusé, elle ne répond que difficilement aux questions qui lui sont posées. Depuis un an environ, elle présente des alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Depuis 5 mois, elle a des périodes de constipation de 7 à 8 jours qui cèdent à des doses assez fortes d'huile de ricin ou de sulfate de soude. Les purgatifs amenaient des débâcles considérables de matières fécales. Elles duraient de 24 à 48 heures et étaient suivies de diarrhée pendant 3 ou 4 jours. Puis la constipation recommençait. Il y a un mois, elle a encore dû prendre 60 gr. d'huile de ricin. A différentes reprises depuis 5 mois, elle a présenté des vomissements verdâtres, d'ailleurs peu abondants, accompagnés de douleurs paraissant commencer à droite de l'ombilic et s'irradiant dans tout l'abdomen. Depuis la dernière débâcle, elle est restée très souffrante. Le ventre était ballonné et sensible. Depuis 10 jours avant son entrée à l'hôpital, le ballonnement a toujours augmenté ainsi que les douleurs. Elle a vomi presque tous les jours, d'abord des matières alimentaires, puis des matières visqueuses, verdâtres ; enfin depuis 24 heures, elle a des vomissements fécaloïdes. Très mauvais état général, langue sèche, pouls petit, fréquent, facies tiré, yeux excavés. Il n'y a pas de refroidissement des extrémités. Le ventre est très ballonné, particulièrement autour de l'ombilic et dans toute la partie supérieure. La pression détermine de la douleur partout et notamment une douleur vive en dehors et à droite de l'ombilic. Le diagnostic est occlusion intestinale portant très probablement sur la dernière partie du grêle et provo-



quée en raison de l'âge de la malade et de la marche lente et progressive, par une tumeur.

*Opération.* — Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Après avoir libéré quelques adhérences à la paroi et écarté l'épiploon, je découvre un paquet intestinal de la grosseur du poing, d'une consistance ferme, que je libère des nombreuses adhérences de voisinage et que j'attire au dehors; ce paquet appartient à l'intestin grêle, et se trouve assez près du cœcum. En l'examinant, il est facile de reconnaître qu'il s'agit d'une invagination. J'essaie de désinvaginer : Essais infructueux. J'essaie de sectionner les adhérences de la partie invaginée à la portion invaginate. Les adhérences sont intimes et anciennes, il faut y renoncer.

Après avoir placé deux pinces d'arrêt, une au-dessus, une au-dessous de l'invagination, sur l'intestin, j'enlève toute la partie intermédiaire et je termine rapidement l'opération en réunissant les deux bouts sectionnés par un bouton anastomique de Murphy. Fermeture du ventre après toilette soignée du péritoine.

Après l'opération, une légère détente se produisit. La malade eut plusieurs garde-robes abondantes. Le ventre était moins ballonné et à peine sensible, mais le pouls resta très fréquent. Les substances ingérées ne furent supportées qu'en petite quantité, la majeure partie était rejetée. La température s'abaissa progressivement et la malade succomba dans l'épuisement et le collapsus le 8 août dans la matinée.

*Examen de la pièce.* — La partie enlevée avait le volume du poing et une longueur de 25 cm. Près de l'orifice inférieur, c'est-à-dire le plus rapproché du cœcum, on sentait avec le doigt un obstacle arrondi. Une sonde de femme introduite par l'orifice supérieur (boudin invaginé) ne pouvait atteindre le bout inférieur et était arrêtée à 9 cm. Ne pouvant détruire l'invagination malgré des tractions très fortes, je fis une section le long du bord convexe de l'intestin opposé à l'insertion mésentérique. Je constatai, au niveau de l'extrémité inférieure de la partie invaginée, la présence d'un polype dur s'implantant sur un des côtés de l'intestin. Ce polype de la grosseur d'une forte noix était renflé en massue, et présentait un pédicule d'implantation, de la grosseur du petit doigt. C'était certainement lui qui avait entraîné la partie invaginée. La portion renflée, arrondie, bilobée à son extrémité libre, obstruait complètement la lumière de l'intestin; la muqueuse intestinale au dessus du polype était ramollie, friable sur une hauteur de 4 à 5 cm., mais non ulcérée; polype formé d'un tissu blanc jaunâtre, fibreux recouvert par une muqueuse de 2<sup>m</sup>/<sub>m</sub> environ d'épaisseur.



OBSERVATION XIII

Ogier Ward, *Transact of Pathol. Society*, 1846, p. 85.

Cette pièce avait été présentée au musée de Saint-Georges Hospital par le docteur Ogier Ward.

La malade, une femme de trente-quatre ans, s'était présentée au dispensaire de Kensington se plaignant d'une douleur dans le côté droit, s'accompagnant de constipation et qui avait cédé à une médication purgative ; mais deux jours après, elle fut reprise de vomissements et de constipation qui durèrent avec de faibles rémissions pendant 7 jours, jusqu'au moment de la mort.

Ses matières vomies étaient d'abord de couleur verte, mais dans la suite ressemblaient à du gruau léger.

Il n'y avait pas de douleur en aucun point de l'abdomen.

Le corps fut examiné 30 heures après la mort. Le péritoine ne paraissait pas avoir été enflammé. A environ 3 pieds du cœcum existait une longue invagination de l'intestin grêle. La partie invaginée qui pouvait être facilement réduite, ne présentait pas de traces d'inflammation sur sa surface externe. Mais la muqueuse était dépolie, grise, et présentait une odeur gangréneuse.

Immédiatement au-dessous de la portion invaginée de l'intestin, existait une tumeur de la dimension et de la forme d'une poire, reliée à la surface interne de l'intestin par un long pédicule.

Cette tumeur était noirâtre et possédait de nombreux vaisseaux. Sa consistance était remarquablement dure et elle présentait une apparence fibreuse très marquée. Dans ce cas, l'invagination de l'intestin n'était pas en rapport avec le polype qui était situé au-dessous de la portion invaginée.

OBSERVATION XIV

Perscott-Hervet, *Transact of pathol. Society*, 1846, p. 85.

La préparation consistait en une portion du petit intestin dans lequel existait une invagination irréductible, en connexion avec un polype.



Il s'agissait d'un homme de 46 ans, admis à Saint-Georges Hospital par le docteur Nairne avec des symptômes de péritonite accompagnée de diarrhée, de sueurs profuses, d'assoupissement et d'émaciation. La diarrhée qui existait depuis quelques mois avait été précédée d'une constipation opiniâtre qui avait duré pendant 8 jours.

Les symptômes alarmants s'améliorèrent légèrement, puis reprirent de nouveau, et le malade mourut le 17<sup>e</sup> jour, après son admission.

A l'autopsie, on constata la présence d'une grande quantité de liquide puriforme dans la cavité péritonéale, liquide fétide, et contenant probablement des matières fécales.

Le péritoine recouvrant l'intestin était en plusieurs endroits épaissi et de couleur gris cendré.

L'intestin grêle était très distendu, et le grand épiploon épaissi était fortement attaché en même temps qu'une portion de l'intestin grêle au péritoine pariétal de la région lombaire gauche, par une large bande fibreuse.

Après avoir détaché ces adhérences, on trouve une invagination de la partie de l'intestin grêle située à deux pieds du cœcum.

Au-dessus de l'invagination, il y avait une énorme distension de l'intestin, et au-dessous il y avait une légère contracture (rétrécissement).

A l'ouverture de l'intestin, on trouve un grand polype uni à la portion invaginée.

Le polype était piriforme, long de 7 centimètres et large de 4 centimètres dans sa partie la plus large. Le pédicule qui le reliait à l'intestin grêle était de la dimension d'un médius, et long de 4 centimètres. La surface du polype était complètement lisse. Elle était pâle et très dure, présentant l'aspect du tissu fibreux et était largement pourvue de vaisseaux sanguins. La surface péritonéale de la portion invaginée était fort adhérente.

La portion de l'intestin située immédiatement au-dessous, présentait sur sa surface muqueuse une large ulcération occupant 2/3 de son diamètre. Examinée au microscope, la structure du polype était bien de nature fibreuse. Cette dernière observation a un point de grand intérêt : l'existence d'une large ulcération de la portion de l'intestin située immédiatement au-dessus de l'invagination, ulcération par laquelle la portion invaginée en même temps que le polype aurait pu être séparée et éliminée par une garde-robe.

Les deux pièces sont conservées au musée de Saint-Georges-Hospital.



### OBSERVATION XV

Barthel. Journ. Hebd. de Méd. de St-Pétersbourg n° 36, 1877.  
Centralblatt f. chir. n° 5. 1878.

Homme mort avec symptômes d'étranglement interne, à 80 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, anse intestinale d'à peu près 17 cent. de longueur, invaginée. A son extrémité supérieure, un fibromyome sous-muqueux de la grosseur d'un œuf de pigeon et formant soupape. Au-dessus, l'intestin est fortement distendu par des gaz et des matières alimentaires.

### OBSERVATION XVI

Dixon. — Interstate M. J. St-Louis, 1904, XI, 414-419.

D. M..., fille, 14 ans, il y a cinq mois, douleur subite dans le ventre, évacuation glaireuse, douleur durant 3 jours. Pas de fièvre. Semblables accès 4 semaines après le premier. En mars 1903, durée de 4 jours, du 12 mars au 15 juin, accès à intervalles, d'abord de 2 semaines, puis chaque jour. Selles sanglantes. Tumeur ombilicale. Gargouillements. Le 5 juin 1903, fortes douleurs, tumeur de 9 pouces. Opération, invagination de l'iléon, 32 pouces ; après réduction, on trouve deux tumeurs dans la lumière de la portion invaginée, grosses comme des olives ; on les enlève par ouverture intestinale. Guérison. Polypes muqueux bénins (fibro-adénomes papillaires).

### OBSERVATION XVII

Adler. — Société des Sciences médicales, 23 mars 1905.

**Invagination iléo-colique par tumeur intestinale (fibro-myxome)  
Résection du boudin à travers une incision de la gaine.  
Guérison.**

M..., 42 ans, employé de chemins de fer à Culoz (Ain), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le Professeur Poncet, à deux reprises différentes, en décembre 1904 et en mars 1905.



La maladie a débuté en octobre 1904, par des coliques accompagnées de vomissements. Il a de la constipation habituelle, jamais d'hématémèses ni de mélanæ. La douleur qui atteint son paroxysme au moment des coliques, suit toujours la même direction ; partie du flanc droit, elle traverse l'épigastre transversalement et aboutit enfin à l'hypocondre gauche. Sous les fausses côtes gauches, chez cet homme encore gros, on perçoit un empatement, mais il ne saurait être question d'en fixer exactement la nature. Dilatation et clapotage cœcal. Pas d'ondes péristaltiques appréciables. Abdomen souple. Rien au toucher rectal. Pas de ganglions. Rien dans les urines. Le malade, qui ne dort plus et ne mange plus depuis trois mois, à cause de ses vives douleurs, a maigri de 20 kilogrammes et a perdu ses forces. Il réclame à tout prix une opération.

M. Bouveret, consulté, se basant sur le signe de clapotage cœcal et sur les crises de péristaltisme siégeant sur le colon transverse, avait localisé l'obstacle vers l'angle gauche du côlon. Nous verrons que c'était bien là, qu'on trouva la tête de l'invagination portant une tumeur pédiculée, mais on ne pouvait songer alors à une invagination. Le diagnostic fut donc : cancer de l'angle gauche du côlon.

Le 20 mars 1905, laparotomie sus-ombilicale descendant à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. L'estomac et l'épiploon ayant été relevés en haut, on tombe aussitôt sur le côlon transverse, dans l'intérieur duquel on sent une tumeur du volume d'une petite mandarine, et située à l'extrémité d'une masse pâteuse, allongée. Il s'agit évidemment d'une invagination par tumeur.

Ayant échoué deux fois déjà dans des tentatives de désinvagination, nous avons rejeté d'emblée cette méthode, d'autant plus que, pour aborder le collet de l'invagination, il aurait fallu se porter vers le cœcum, agrandir l'incision de laparotomie jusqu'au pubis. Cet homme était gros, peu résistant. Il fut donc décidé que nous aurions recours, d'emblée, à une résection du boudin à travers une incision du côlon transverse. L'opération fut celle de Widenham Maunsell avec une légère modification.

1° Incision de la gaine sur le côlon transverse, préalablement attiré en dehors de l'abdomen et environné de compresses. Par cette incision, le boudin est attiré et sa base est étreinte par deux pinces au ras de l'incision du côlon. On coupe alors le boudin au delà des pinces.

2° Hémostase de la tranche mésentérique qui apparaît entre les deux cylindres du boudin, puis fixation des deux cylindres par une



couronne de pinces de Kocher. On enlève alors les pinces de compression et on assure l'hémostase du mésentère par une pince en U qui l'étreint.

3° Les deux cylindres du boudin sont alors fixés et adossés l'un à l'autre par leurs surfaces sereuses adjacentes, au moyen d'une couronne circulaire de points en U perforants.

4° La base du boudin est alors réintégrée dans le côlon transverse ; l'incision du côlon est refermée à deux plans (toutes sutures au catgut).

Fermeture de l'abdomen.

Durée totale : trente-cinq minutes.

Suites opératoires fort simples : sortie de l'hôpital le 15 avril. La guérison s'est maintenue parfaite, depuis.

La pièce enlevée a une longueur de 30 centimètres, ce qui fait une résection de 60 centimètres. Cette pièce est constituée par de l'intestin grêle. Au niveau de la tête de l'invagination existe une tumeur arrondie du volume d'un petit œuf de poule, avec un pédicule. Sur ce pédicule, on voit une cicatrice blanchâtre, reliquat d'une ancienne déchirure de la muqueuse. Histologiquement, il s'agit d'un fibromyxome.

### OBSERVATION XVIII

Collignon, Thèse de Paris, 1907-1908.

**(Myxo-fibrome de l'intestin grêle). Obstruction intestinale par invagination consécutive d'une tumeur bénigne de l'intestin grêle.**

Le 27 juillet 1907, M. Leuret, chirurgien-adjoint à l'hôpital St-Joseph, est appelé en consultation auprès de Mme I. . . , âgée de 45 ans.

Cette malade constipée habituellement et présentant depuis quelque temps des troubles digestifs vagues accompagnés d'amaigrissement progressif, avait été prise brusquement le 23 juillet de douleurs vives dans le ventre et de vomissements alimentaires.

On pensa d'abord à un embarras gastrique et on prescrivit un purgatif ; le lendemain, les vomissements persistent, la constipation est absolue. Le médecin propose alors une consultation avec un chirurgien qui n'est acceptée que le quatrième jour. M. Leuret voit la malade le



matin. Le facies est bon ainsi que l'état général, le pouls et la température normaux.

Cependant les vomissements ont un aspect et une odeur fécaloïdes. Le ventre est uniformément ballonné et depuis quatre jours il n'a été rendu ni matières ni gaz.

Le toucher rectal et le palper ne donnent aucun renseignement. Etant donné l'âge de la malade, l'amaigrissement progressif, le diagnostic posé est celui d'obstruction intestinale par cancer. L'intervention n'est acceptée qu'à neuf heures du soir. Laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite pratiquée par M. Leuret. Le cœcum est vide. L'opérateur remonte l'intestin grêle qui est vide jusqu'à 50 centimètres de la valvule, et à cet endroit il rencontre une invagination d'environ 10 centimètres de long.

Aucune trace d'adhérences.

Par expression avec traction légère il réduit l'invagination et constate alors la présence d'une tumeur dure du volume d'une noix dont il pratique la résection suivie d'anastomose termino-latérale avec le bouton de Murphy.

Le lendemain matin, bon état général, pouls normal et bien frappé, température 37°.

Pas de vomissements, mais absence complète de matières et de gaz, même avec la sonde rectale. Le soir, l'état général décline, le pouls s'accélère, la malade continue à ne rien rendre par l'anus. Craignant la reproduction d'un obstacle, quelques gouttes de chloroforme sont données à la malade qui permettent de constater que l'intestin est parfaitement perméable.

Pas de traces d'inflammation du péritoine, mais l'intestin est distendu par paralysie.

La malade meurt dans la nuit après avoir rendu des matières liquides par la sonde.

L'examen anatomo-pathologique de la portion d'intestin réséqué fut confié à M. Lorrair, chef de laboratoire de l'hôpital St-Joseph, et voici la note communiquée par ce dernier :

« La pièce donnée à examiner est un fragment d'intestin grêle long de 7 centimètres.

L'intestin étant incisé suivant la ligne d'insertion du mésentère et ouvert on voit :

Une tumeur de forme régulièrement sphérique du volume d'une grosse noix, de 3 centimètres de diamètre environ et assez largement im-



plantée sur l'intestin du côté opposé à l'insertion du mésentère .

Cette tumeur remplit complètement la cavité intestinale : on la sent très nettement à travers les parois de l'intestin, et il existe sur la surface externe de celui-ci, une légère saillie qui correspond au point d'implantation de la tumeur.

Sur les coupes, on constate qu'il s'agit histologiquement d'une tumeur conjonctive se rapprochant du myxo-fibrome.

La partie superficielle de la tumeur en contact avec la cavité intestinale est légèrement nécrosée et ne présente pas de revêtement épithélial. La muqueuse intestinale semble s'arrêter au pédicule qui sert de base d'implantation à la tumeur. »

### OBSERVATION XIX

Allen. *Archives générales de Médecine*, 1845, tome I, p. 85.

Le sujet de cette curieuse observation, recueillie par le Dr Allen, était une femme de 34 ans. Admise à l'hôpital le 3 février, elle avait été prise ce jour-là de vomissements de matière fécale qui se répétèrent à de courts intervalles. L'occlusion dont l'intestin paraissait le siège continua jusqu'au 20, et le 22 l'abdomen se couvrit de vésicules larges, arrondies, ou plutôt de véritables pustules.

Depuis son admission, la malade s'était plainte de douleurs à l'épigastre et à l'abdomen, et on avait employé, en conséquence, la saignée, des applications de sangsues et des préparations mercurielles. Le 1<sup>er</sup> mars elle sembla se trouver mieux, mais le lendemain les vomissements recommencèrent, et le 9, l'éruption pustuleuse de l'abdomen reparut et les téguments se flétrirent au-dessous et à droite de l'ombilic. Le même jour la malade fut prise d'une douleur vive avec frissons ; le ventre se ballonna, et la mort eut lieu le 10.

A l'autopsie, on trouva une perforation de la partie inférieure du jejunum à travers laquelle une petite quantité de matières fécales s'était fait jour dans la cavité du péritoine.

L'intestin était frappé de gangrène dans une étendue d'environ 16 pouces.

Immédiatement au-dessous de la perforation, toute la cavité de



l'intestin était occupée par une substance solide, charnue, naissant de la membrane muqueuse par un pédicule fort étroit.

Cette excroissance, entraînant de haut en bas une portion de l'intestin, avait produit une invagination. (The Lancet, juin 1842).

#### OBSERVATION XX

Fernet, *Bulletin de la Société anatomique*, année 1864, Tome IX, page 37.

Ce polype, qui avait causé une invagination intestinale chez un homme âgé de 45 ans, était situé à 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale, du côté du bord convexe de l'intestin. Il avait une forme ovoïde, une consistance ferme, il était du volume d'une noix. Sur une coupe la tumeur offre un tissu rougeâtre formé de fibres qui semblent partir du pédicule et se portent dans le sens du plus grand diamètre du polype.

Ce tissu, examiné au microscope, n'est formé que de deux éléments : du tissu lamineux et des fibres musculaires lisses, dirigées toutes dans le même sens, celui suivant lequel le tissu était strié. En conséquence, le polype paraît formé par l'hypertrophie de la couche musculaire et de la couche celluleuse de l'intestin.

#### OBSERVATION XXI

Lecourtois, interne, M. Duguet, *Bulletin de la société anatomique*, Tome XLI, p. 473, 1872.

« Voici en quelques mots, le résultat saillant de l'autopsie pratiquée par M. Lecourtois sur son malade âgé de 25 ans. La lésion principale se trouve à la terminaison du duodénum. Là, un polype obture complètement le canal de l'intestin, réduit à un conduit d'une circonférence de 20 millimètres environ. L'examen de cette production, démontre qu'elle est constituée par une masse de tissu conjonctif, entremêlé peut-être d'après la description qu'il en est donné, de quelques fibres musculaires lisses.



Au-dessous de cette tumeur, l'intestin présente à sa surface extérieure un rétrécissement en partie comblé par des fausses membranes nacrées, très résistantes et par conséquent, de date assez ancienne. Le rétrécissement est suivi d'un petit bourrelet dû à un commencement d'invagination. »

## OBSERVATION XXII

Chevalier et Chambard. Bulletin de la Société anatomique, 1878, t. III, p. 249.

**Fibro-myxome. Invagination intestinale produite par un polype muqueux de l'intestin. Procidence de la tumeur et de l'intestin par l'anus.**

« Ménard, garçon de 12 ans, est pris subitement, il y a 7 mois, d'accidents d'étranglement interne. Arrêt de matières fécales, vomissements alimentaires et bilieux, douleur dans l'hypocondre droit.

Au palper abdominal, sensation obscure de tumeur au niveau du côlon ascendant. Au bout de 2 jours, retour des matières fécales en petite quantité. Douleurs atroces accusées par l'enfant sous forme de coliques se répétant de 20 à 30 fois par jour, et ne cessant que par l'emploi de plus en plus abusif des injections de morphine. Aussitôt que l'effet du médicament cessait, les coliques reprenaient. L'enfant accusait parfois des douleurs pour pousser, d'autrefois des douleurs qui remontaient en boule (contraction péristaltique et anti-péristaltique de l'intestin).

La tumeur se déplaçait peu à peu venant à se placer sous le muscle du côté droit d'abord, puis plus tard sous le même muscle, à gauche. Très sensible à certains moments, beaucoup moins à d'autres. Le temps s'écoulait, l'enfant maigrissait et s'affaiblissait; cependant l'appétit persistait; l'intelligence était complète et l'enfant rendait compte de ses sensations, « il lui semblait avoir deux bosses dans le ventre ». Il y a 3 mois environ, la tumeur ayant atteint l'hypocondre gauche fut, pendant ce laps de temps, difficile à sentir; elle échappa même quelque temps à toute recherche.

Il y a six semaines au contraire, on retrouvait dans la fosse iliaque gauche un empâtement volumineux très caractérisé; l'enfant eut à ce



moment, des vomissements abondants, marc de café, durant toute une nuit, et à partir de ce moment, la tumeur étant tombée dans la fosse iliaque droite, très près du pubis, les douleurs cessèrent ou diminuèrent au point qu'on dut abandonner complètement l'usage de la morphine.

Alors survinrent de la difficulté de la miction et à la place des selles noires, des selles dysentériques sanglantes et glaireuses. Il est juste d'ajouter qu'il en avait eu de semblables tout au début de l'affection alors que cédèrent les premiers symptômes d'étranglement. Les selles sanglantes continuèrent pendant 15 jours à 3 semaines, puis les douleurs en poussant, survinrent de nouveau, et le dimanche 31 mars, il apparaissait au rectum et peu après à l'anus, une tumeur volumineuse, dure, bosselée, mamelonnée et pédiculée, ayant l'apparence d'un polype fibreux-musculaire.

Au toucher rectal, on sentait au-dessus de cette portion herniée, une autre partie malade, dure, bosselée, puis le doigt entré dans un anneau qui se contractait.

Ayant pensé à l'écraseur pour enlever cette production morbide, le lundi 1<sup>er</sup> avril, je tirai légèrement la tumeur herniée, et j'amenai une deuxième tumeur de même nature que la première avec cette différence que le point d'implantation était moins étendu. Le tout avait la forme d'une courge bi-lobée à son centre.

Au-dessus il y avait un orifice par lequel le doigt reconnaissait au toucher rectal, le calibre intestinal diminué. Au contraire, tout autour de la masse herniée, et située entre les cuisses de l'enfant, on pouvait toucher par l'anus, et circonscrire de la sorte la tumeur. En un mot, on pouvait faire à la fois le toucher dans le rectum et dans l'intestin invaginé.

L'enfant ayant été pris dès le samedi de vomissements bilieux incoercibles, et depuis la « sortie » du lundi n'ayant plus ramené de matières intestinales, présentait de nouveau des symptômes d'étranglement interne ; toute idée d'opération fut abandonnée et l'enfant succombait en effet le mardi 2 avril 1878, à 8 heures du matin.

Jamais il n'avait eu le teint cachectique jaune paille, il avait une bonne santé antérieure. Pour tout commémoratif des affections intestinales : diarrhées de la première enfance et un coup reçu à l'école deux mois environ avant le début du mal.

Dans la famille, le père est maréchal et se porte bien. La mère a eu de nombreuses grossesses et a rendu une môle, il y a



environ 3 ou 4 ans. Les frères et les sœurs ont une bonne santé.

En résumé, l'affection débuta subitement par les symptômes d'étranglement, et je pensais avec mon confrère, le docteur Poidevin, à un volvulus ou à une invagination. C'était d'ailleurs la vérité, mais nous ne pouvions nous expliquer la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit, et nous songions plutôt à une tumeur qu'à un empatement véritable.

Puis la marche de l'affection nous dérouta, si bien que nous ne pouvions nous expliquer le tableau morbide qui se déroulait sous nos yeux. Nous nous expliquions tout le dimanche même ou plutôt le lundi, alors que par le toucher, nous pûmes entrer d'une part dans le calibre de l'intestin, de l'autre par l'anus, circonscrire la tumeur ; nous nous rendîmes compte de tout ce qui s'était passé depuis sept mois :

L'invagination au début dans l'hypocondre droit, la migration singulière de cette tumeur tout le long du côlon transverse, du côlon descendant, de l'S iliaque et du rectum, et je pus déclarer en présence de plusieurs personnes, que le point d'implantation de la tumeur pouvait être rapporté jusqu'au niveau du colon ascendant à la première portion du gros intestin.

*Examen de la pièce.* — Cette interprétation fut pleinement confirmée par les résultats de l'autopsie et par la dissection de la pièce.

L'invagination mesurait de 0 m. 30 à 0 m. 35 ; une portion du petit intestin, le cœcum, l'appendice iléo-cœcal, et une portion du côlon ascendant, s'étaient invaginés dans l'arc du côlon, avaient parcouru tout le gros intestin, étaient sortis par l'anus et formaient un prolapsus de plus de 0 m. 25 de longueur.

Une notable portion du mésentère avait suivi l'intestin et s'était invaginée avec lui.

Au niveau de la portion moyenne du duodénum, l'épiploon formait une bride qui, tendue au devant de l'intestin, l'aplatissait entièrement. Au moment de l'ouverture du cadavre, cette bride qui résultait sans doute du tiraillement progressif de la tumeur, paraît avoir été la cause déterminante de la mort de l'enfant.

Pas de trace de péritonite. Le foie, la rate, le pancréas sont sains.

Il s'agit donc là, d'une invagination à trois cylindres qui, en sortant par l'orifice anal, s'est transformée en invagination à 2 cylindres. Si, en effet, on incise méthodiquement les tuniques intestinales, on constate ce qui suit :



Dans la portion encore contenue dans la cavité abdominale, on incise d'abord la partie inférieure du gros intestin, qui constitue le cylindre invaginant. Cette incision met à nu une tumeur cylindroïde, bosselée et contournée sur elle-même, qui est la partie supérieure du côlon. Une seconde incision portant sur le cylindre moyen découvre l'intestin grêle et la corde mesentérique, tous les deux fortement hyperémiés et présentant déjà quelques adhérences avec le cylindre moyen. Dans la portion sortie de la cavité abdominale par l'anus, l'invagination n'est plus qu'à deux cylindres, et l'extrémité inférieure du cylindre interne, qui est constitué par l'intestin grêle, présente une tumeur polypeuse piriforme, dont les caractères extérieurs n'ont pu être bien appréciés, la pièce ayant été envoyée dans l'alcool, mais qui nous parut cependant à première vue, formée de tissu fibreux.

Cette tumeur était lisse, du volume d'une petite poire aplatie transversalement ; sa base d'implantation au niveau de laquelle s'arrêtaient les valvules conniventes de l'intestin grêle, était aussi entourée de petites tumeurs analogues, mais beaucoup moins volumineuses. Implantée sur la surface interne de l'intestin grêle, la tumeur principale paraît en occuper toute l'épaisseur. Et, cependant, longitudinalement, on constate dans ses parties profondes et tout près de la face séreuse de l'intestin, de petits modules arrondis, dont l'un a été mis à part pour être soumis à l'examen microscopique.

Ainsi tout s'explique :

1° Les accidents du début étaient le commencement de l'invagination.

2° Le cours des matières rétabli, la nature a pu suffire à faire progresser la tumeur dans un trajet aussi considérable, au prix d'atroces souffrances ; mais grâce à la morphine, la migration a été lente, et il y a eu assez d'accoutumance de l'organisme pour permettre un changement considérable dans les rapports mutuels des organes intestinaux.

3° Le vomissement marc de café, les selles sanglantes du début et de la fin s'expliquent d'elles-mêmes par des ruptures de vaisseaux pendant le voyage de la tumeur.

Les selles glaireuses et dysentériques de la fin sont également expliquées par l'irritation du rectum comprimé par la tumeur.

4° La mort par étranglement interne a été déterminée par cette bride épiploïque, tendue sur le duodénum qui s'est formée peu à peu



et est arrivée à son maximum au moment de l'issue de la masse morbide par l'anus.

*Examen microscopique.* — Des fragments de la tumeur sont durcis par macérations successives dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Les coupes sont colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine picro-carminatée.

*Faibles grossissements.* — On est frappé de la vascularité de toute la partie de la tumeur. Dans certaines coupes, on aperçoit des nodules arrondis de 6 ou 8 millimètres de diamètre qui semblent presque uniquement constitués de vaisseaux et sont entourés d'une coque fibreuse.

*Forts grossissements.* — Le tissu de la tumeur est uniquement constitué par des faisceaux conjonctifs minces dirigés en tous sens ou disposés dans une direction parallèle, mais unis lâchement entre eux.

Ces faisceaux forment des mailles d'autant plus larges, qu'on se rapproche des couches profondes de la tumeur, et qui contiennent une matière granuleuse et de nombreuses cellules muqueuses, ainsi que des cellules de tissu conjonctif étoilées et volumineuses, semblables à celles que l'on rencontre dans le tissu muqueux normal ou pathologique.

En outre, aux fibres du tissu conjonctif se trouvent accolées un grand nombre de fibres musculaires lisses qui ne forment nulle part cependant de faisceaux et de plans continus.

La tumeur est parcourue par des vaisseaux très nombreux et extrêmement dilatés sans qu'on puisse cependant saisir aucune altération de leurs parois, qui sont complètement développées. Les plus gros d'entre eux sont accompagnés d'une gaine de tissu fibreux, qui, par son homogénéité, sa densité, contraste avec la laxité du tissu conjonctif qui constitue tout le reste de la masse pathologique.

La surface de la tumeur est formée de tissu conjonctif dense, également parcouru par des vaisseaux fortement dilatés : on y rencontre des tubes cylindriques remplis d'un débris granuleux, et parsemé de granulations graisseuses qui représentent sans doute les glandes en tube de la muqueuse intestinale atrophiées, et remplies de cellules épithéliales entièrement dégénérées. Les couches superficielles ne sont plus représentées que par une matière granuleuse ayant toute l'apparence de la désintégration gangréneuse.

Il résulte donc de cet examen que la tumeur est uniquement formée



de tissu myxomateux, qui semble s'être développé dans la tunique cellulaire de l'intestin. Ce tissu a ensuite envahi les couches musculuses et dissous les plans musculaires qui les constituent et dont les éléments se retrouvent sous forme de fibres-celles éparses et isolées.

Quant à la couche muqueuse, si elle n'a pas été envahie par la transformation myxomateuse des autres tuniques intestinales, elle a subi, dans ses couches les plus superficielles, un processus de destruction moléculaire et ses glandes ont été détruites par un processus de dégénérescence granulo-graisseuse, dû, sans doute, à la gêne de la circulation dans les réseaux capillaires qui président à leur nutrition.

Quant à la dilatation vasculaire qui est considérable, on peut certainement la considérer comme consécutive à la gêne circulatoire due à l'étranglement et qui s'est manifestée aussi bien dans la tumeur que dans les anses intestinales invaginées.

Elle s'est produite d'autant plus facilement par une dilatation vasculaire passive, que les vaisseaux étaient mal soutenus par le tissu myxomateux au sein duquel ils étaient plongés.

Les corps arrondis que nous avons rencontrés sur certaines coupes, sont entourés d'une coque fibreuse, épaisse, de laquelle émanent des cloisons fibreuses, qui se dirigent dans leur intérieur et se résolvent en un tissu conjonctif réticulé à mailles parfaitement régulières et bourrées de cellules lymphatiques. Dans l'intérieur de ces corpuscules, les vaisseaux sont énormément dilatés, sinueux, pourvus de parois parfaitement développées et si nombreuses, qu'en beaucoup de points, ils se touchent les uns les autres et donnent l'idée d'un véritable angiome.

Le tissu conjonctif dans lequel ces corps sont contenus, est du tissu myxomateux extrêmement lâche, au milieu duquel se voient des vaisseaux énormes et les pelotons adipeux. Nous croyons pouvoir considérer ces corps comme des ganglions lymphatiques, situés dans le tissu cellulaire sous-séreux de l'intestin et ayant subi par le fait de l'étranglement une énorme congestion passive.

Pour nous résumer, nous regardons la tumeur qui est la cause de l'invagination intestinale, comme constituée par du myxome pur ayant débuté probablement par la tunique celluleuse de l'intestin et participant à la stase sanguine passive qui s'observe dans toute anse intestinale étranglée.



OBSERVATION XXIII

Turner et Wipman, *Lond. Clin. Soc.*, 9 janvier 1891.

Ellen M..., 22 ans. Le 29 janvier 1890. Indigestions depuis plusieurs années. Bon fonctionnement intestinal jusqu'à il y a trois semaines. Douleurs lombaires en 1889. Trois semaines avant son entrée durant un accès d'influenza, douleur très aiguë dans la région de l'ombilic durant 10 minutes et transfixiante. Elle vomit ensuite fréquemment les liquides ou les solides qu'elle prend.

Le 28 janvier. — Selle normale : douleur dans la région de l'ombilic et dans la région lombaire droite, douleur semblable à celle qu'elle a ressentie au commencement de la maladie. Lèvres rouges et fuligineuses, teint coloré, peau sèche, langue humide, légèrement saburrale. Insomnie, agitation, météorisme assez prononcé, sensibilité particulière du côté droit du ventre. Pouls à 96 bien frappé ; lavement d'eau savonneuse chaude, évacuation de sang noir, fluide, odeur repoussante. Laparotomie. Sérosité louche. Sur la ligne médiane anse intestinale grêle fortement distendue, volvulus par torsion autour de l'axe du mésentère, boucle à son voisinage. Il fallut toucher à cette anse distendue, il se fit une déchirure de la séreuse tendue, sur presque la moitié de sa circonférence. On détord le volvulus et suture la déchirure : deuxième volvulus plus haut simplement autour de l'axe du mésentère, détorsion. A un examen plus approfondi de l'hypocondre droit, on trouve une invagination du grêle. Pas de difficultés de réduction de 9 pouces d'intestin grêle, presque noir ; la séreuse en est cependant encore brillante. On hésite à l'enlever, vu l'état général on referme après lavage au sublimé 1/20000 drainage. Le 30, mort.

*Autopsie.* — Péritonite, adhérences à 16 pouces du pylore, épaissement des tuniques de l'intestin immédiatement au-dessous, sur une longueur de cinq pieds, intestin très noir, contusionné. Presque apparence gangréneuse. A l'ouverture, polype muqueux de la grosseur de la première phalange d'un pouce d'adulte siégeant au commencement de la portion malade de l'intestin.



OBSERVATION XXIV

**Invagination par polype de l'intestin. — Anus contre nature.  
Mort.**

Dagron. — *Bul. et Mémoire de la Société anatomique*, janvier 1891, page 41.

... Jules, âgé de cinquante et un ans, cocher, est entré le 16 janvier 1891, salle Malgaigne, n° 51, dans le service de M. le professeur Le Dentu.

On ne signale rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ; ses parents sont morts âgés. Il déclare n'avoir jamais été malade avant le mois de décembre de l'année 1889. Il fut alors atteint de grippe à forme gastro-intestinale ; et depuis cette époque il eut souvent des douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et de la constipation.

Depuis le mois de septembre, le malade dut cesser tout travail et commença à suivre un régime composé de lait et de bouillon. Son état ne s'améliora pas ; les coliques persistèrent et il maigrit rapidement. La constipation devint plus opiniâtre ; il restait huit jours sans aller à la selle, les lavements devinrent nécessaires, et il les rendait avec des matières fécales dures par petites masses isolées. Il n'observa jamais de sang, de matières noirâtres ou puriformes dans ses selles. De temps en temps, pour calmer les douleurs on appliqua des vésicatoires, des cataplasmes sur la région abdominale.

Le 13, quatre jours avant son entrée, le malade éprouva une violente douleur dans l'abdomen assez forte pour lui faire pousser des cris ; il se coucha. Pendant les crises aiguës, le ventre se ballonnait ; entre les crises la paroi s'affaissait et les anses intestinales se dessinaient en divers points. Puis il commença à vomir d'abord les aliments et les boissons qu'il essayait de prendre. On a noté une dizaine de vomissements dans cette journée.

La nuit suivante fut aussi agitée ; les vomissements, les douleurs persistèrent jusqu'au jour de son admission à l'hôpital. Il n'a pas été à la selle depuis quatre jours malgré une purgation restée sans effet et



plusieurs lavements. Il consulte un médecin de la ville qui porte le diagnostic d'occlusion intestinale et conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

Le 16 janvier, jour d'entrée, le malade présente l'aspect d'un homme jouissant d'une santé assez bonne, quoique la figure soit assez amaigrie. Il s'exprime facilement, ne paraît pas trop souffrir ; il est venu à pied de chez lui à l'hôpital, le facies est bon, les yeux ne sont pas excavés, la peau est assez souple ; on ne signale point de refroidissement des extrémités, ni de sueurs profuses.

Le pouls plein et soutenu marque 80 à la minute. La température est normale (37°3). Les accidents généraux ne paraissent pas inquiétants. Localement, il n'en est pas de même. L'abdomen est ballonné, très sonore à la percussion.

La peau présente les taches pigmentées des vésicatoires. A la palpation on constate d'abord de la douleur, et bientôt la main trouve une masse allongée verticalement occupant la cavité abdominale depuis le bord antérieur du foie jusqu'à l'arcade de Fallope. Cette masse est dure, bosselée, irrégulière et peut être divisée en deux parties : l'une supérieure répondant à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, faisant saillie sous la peau, grosse comme une orange ; l'autre plus vague, mal délimitée, située plus profondément dans la fosse iliaque répondant au cœcum. La percussion donne de la matité sur cette tumeur intestinale, de la sonorité au-dessus et au-dessous. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

Il n'y a rien d'anormal du côté des viscères thoraciques et abdominaux. La miction est normale. L'urine n'a aucun caractère pathologique.

Devant de pareils symptômes, l'hypothèse d'occlusion intestinale est rationnelle, et on précise le diagnostic en ajoutant que la cause est amenée par la formation d'un néoplasme siégeant dans le cœcum et le côlon ascendant. L'absence de matières, les vomissements fécaloïdes, commandent une intervention immédiate et on se prépare à pratiquer un anus contre nature.

Après avoir endormi le malade, on fait une incision de la paroi parallèlement à l'arcade de Fallope, à trois travers de doigt au-dessus. Une anse intestinale distendue se présente avec de l'épiploon. Toutefois on repousse cet intestin et on profite de l'incision pour explorer le voisinage. On ne peut passer que deux doigts dans l'incision et on ne voit pas dans la profondeur.



Le cœcum se trouve fixé à la fosse iliaque; il est augmenté de volume, dur, ainsi que le côlon ascendant. On essaie d'atteindre les dernières anses d'intestin grêle, mais celles-ci sont collées contre le cœcum; elles sont dures, bosselées; on croit, avec la médiocre sensation des deux doigts, reconnaître la consistance du néoplasme. On reprend alors la première anse intestinale qui s'est présentée et on pratique sur elle l'anus contre nature.

On met douze points au catgut sur le péritoine et sur la paroi externe de l'intestin, puis on ouvre cet intestin et on fixe à la peau les lèvres de la plaie intestinale avec des crins de Florence. Il s'écoule une grande quantité de matières intestinales liquides.

Le malade a passé une assez bonne journée; il n'avait pas de fièvre le pouls restait cependant petit, fréquent. Le lendemain le ventre se ballonna, il eut des vomissements dans la matinée. Mais cette amélioration ne persista pas, car dès le deuxième jour après l'opération le malade prit un aspect hippocratique; il s'affaiblit progressivement, et cet état de prostration se termina par la mort le 21 janvier dans la matinée.

L'autopsie révéla la présence d'une invagination intestinale. La tumeur est formée aux dépens des dernières anses de l'iléon invaginées dans le cœcum et le côlon ascendant qui formait avec la deuxième anse de l'iléon la tunique externe. Celle-ci est par places sectionnée par le sphacèle et près de la partie iléale, on trouve un abcès contenant quelques gouttes de pus. La deuxième anse intestinale est contournée sur elle-même.

La tunique moyenne est entièrement sphacélée. La tunique interne a résisté davantage; cependant on la déchire aussi assez facilement.

L'appendice iléo-cœcal est appliqué entre le cœcum et l'iléon. Le mésentère a pénétré avec l'intestin grêle, il est pincé et gangrené dans sa portion invaginée.

L'intestin est fortement serré par la valvule iléo-cœcale.

En disséquant la pièce, on trouve dans la muqueuse de la tunique interne de l'invagination, un polype du volume d'une prune, tenant à la muqueuse par un pédicule gros comme un porte-plume, situé près de la valvule et paraissant arrêté par elle dans son évolution vers l'anus.

Il n'y avait rien d'anormal du côté des autres viscères, poumons, cœur, rein, etc. C'était une anse de l'iléon qu'on avait ouverte pour l'anus contre nature.



L'examen histologique du polype a été fait par M. Fabre-Dommergue, chef de laboratoire du service, qui n'a pu affirmer la nature de la tumeur, vu son état de putréfaction.

Cependant, on a constaté dans le centre de la tumeur de nombreux grains de pigments arrondis et on pouvait poser le diagnostic histologique de sarcome mélanique, mais avec un point d'interrogation.

#### OBSERVATION XXV

Geissler, *Inaug. Dissertation Marburg*, 1891.

F..., 28 ans. Il y a environ 6 semaines, enceinte de deux mois, elle fut atteinte brusquement de vomissements. Tout traitement se montrant inefficace, on pratique l'avortement qui ne donne aucun résultat. Jamais de sang dans les vomissements, mais très fréquemment au contraire de la bile. Le médecin consulté croit sentir dans la région hypogastrique droite un rein mobile et ordonne le port d'un bandage; mais toujours pas d'arrêt dans les vomissements qui parfois surviennent sans que la malade ait rien mangé. D'autres fois une nourriture mélangée et consistante ne les produit pas. Peu avant son entrée à l'hôpital, son état donnait l'impression d'une dyspepsie d'origine névrosique. Le 15 novembre 1893, malade amaigrie. Peau et muqueuse décolorées; pas de teinte cyanotique ou ictérique. Pas de fièvre. Pouls petit et fréquent. Rythme expiratoire normal. Cœur et poumons sains. Rate et foie, ni augmentés de volume, ni déplacés sous le rebord costal droit, légère voussure, et dans le domaine du côlon ascendant, sensation de plénitude répondant exactement à la ligne médiane; au niveau de l'ombilic, on trouve à la palpation une région tout à fait circonscrite où se manifeste une sensibilité à la pression très prononcée. Contracture des grands droits. Dans la région du rein droit, on sent une résistance confuse qui pour le moment n'est certainement pas mobilisable. La région de l'appendice ainsi que le paramétrium sont libres: ni résistance, ni sensibilité, ni albumine, ni sucre dans les urines. Système nerveux normal; réflexes patellaires et pupillaires normaux. Application de glace sur la région stomacale, on donne à sucer de petits morceaux de glace. Lavements nutritifs. Malgré cela, très fréquents vomissements bilieux avec des douleurs épigastriques telles que des injections de morphine les calment à peine. Le lende-



main même tableau. En plus une selle avec des fèces en bouillie. Rien dans les urines.

Le 18 novembre, on tente l'alimentation par la bouche au moyen de l'hypnose. La malade fut facilement mise en état de léthargie par la suggestion verbale. Alors on lui fit prendre une petite quantité de lait par la bouche. A la suite, pas de vomissements. Aussi, on recommence le lendemain l'essai qui réussit comme le jour précédent. Depuis ce moment, la malade garde de petites quantités de lait et de jaune d'œuf prises toutes les 2 heures jusqu'au 21 novembre 1893.

Vers le soir la malade voit se renouveler ses vomissements bilieux, tombe dans le collapsus et meurt à une heure du matin.

*Autopsie* faite le 22 novembre. — Estomac dilaté jusqu'à une largeur de main, au-dessus de la symphyse pubienne. Près du pylore, largement ouvert, la portion adjacente du duodénum est fortement dilatée. A la jonction du duodénum et du jejunum, on trouve une invagination longue de 15 cent. correspondant à sa partie supérieure au côlon ascendant. Le côlon ascendant lui-même est plissé, tout l'intestin grêle, le côlon transverse et le côlon descendant sont contractés. La réduction de l'invagination se fait facilement (invagination duodéno-jéjunale). A l'ouverture de jejunum, à environ 10 cm. de son point de départ, se trouve une tumeur faisant saillie dans la lumière du canal intestinal, de consistance à moitié ferme, ayant réduit le calibre de l'intestin au volume du petit doigt. La base de cette tumeur est large, sa forme est globuleuse. La coupe montre plusieurs saillies arrondies. La muqueuse intestinale suit les contours de la tumeur. La péritonite présente au point correspondant à la tumeur, un aspect laiteux et un épaissement de peu d'importance. A peu près au milieu de cette séreuse ainsi modifiée, se trouve une dépression d'environ 1/2 centimètre au-dessous du niveau des parties voisines. Il n'y a pas d'épaississement des parois intestinales au voisinage. Dans tout le domaine de la tumeur, on ne trouve ni adhérences péritonéales, ni brides cicatricielles attenantes à la tunique séreuse de l'intestin. La plus grande circonférence de la tumeur est de 11 cm., son diamètre de 3 cm. 5, sa longueur de 5 cm. L'examen microscopique d'un morceau pris à la base, montre que la séreuse était ici transformée en un tissu cicatriciel. Voisines de la séreuse, des fibres musculaires lisses sont rangées en séries parallèles; entre elles un petit nombre d'éléments conjonctifs. Des débris glandulaires et de nombreux vaisseaux peuvent être reconnus, ces derniers surtout au centre de la tumeur, qui présente là une structure lâche.



### OBSERVATION XXVI

Albert. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, N° 26, 1896.

F. . . , 40 ans, souffrant depuis six mois d'une façon intermittente de constipation et de diarrhée, constipation toujours accompagnée de fréquentes coliques. On ne sent nulle part de tumeur. Incision de la paroi abdominale au-dessus d'une hernie crurale droite. Aucun rapport entre la hernie et la sténose. En revanche, la main introduite tombe sur une anse intestinale et y sent une résistance en forme d'anneau. On pense à une invagination. On tente de la réduire complètement, mais comme on n'y réussit pas tout à fait, on résèque tout le morceau d'intestin. A l'ouverture de l'anse réséquée, on trouve que cette résistance est produite par un myome sous-muqueux, pédiculé, gros comme une noix, qui remplissant la lumière intestinale, avait produit les symptômes de la sténose, et en même temps avait produit une invagination.

### OBSERVATION XXVII

Sprengel. — *Arch. f. Klin. Ch.* Bd. 61 S. 1032 et 29<sup>e</sup> Congrès Soc. All. Chir. 1900

Fillette de 15 ans. Souffrant depuis l'âge de 15 ans de crises douloureuses dans le bas-ventre. Vomissements à ce moment. Constipation. Dans l'intervalle des accès, état général passable. Au-dessus de l'ombilic on sent une masse solide transversale comme un bourrelet. Pas de manifestations objectives d'occlusion.

Laparotomie. Le péritoine est sain, il s'agit d'une invagination du cœcum et de l'iléon inférieur dans le côlon ascendant. Désinvagination. Résection, anastomose avec bouton. Guérison. On trouve immédiatement auprès de la valvule de Bauhin, à la partie mésentérique une tumeur kystique de 3 cm.5 de diamètre qui était sans aucun doute cause de l'invagination.

Le kyste ne communiquait pas avec l'intestin et était développé, suivant les recherches de Benecke, par une muqueuse tout à fait semblable à celle de l'intestin grêle.



OBSERVATION XXVIII

Lawford-Knaggs, *Lancet*, 1900, déc., p. 1573

Femme de 29 ans. Entrée le 16 avril. Début 5 semaines auparavant, brusquement. Douleur intense dans la fosse iliaque gauche : diarrhée, vomissements. Le 6, aggravation des accidents. Reprise de son travail le 14 et de nouveau crise le 15 avril. Selles noirâtres comme de la poix et mucus. Contraction du muscle droit à gauche, qui, par instants, s'élève d'une façon notable au-dessus de la surface de l'abdomen. Tumeur allongée de plusieurs pouces, étendue d'au-dessus l'ombilic jusqu'au bassin. A la palpation elle devient dure, plus nette, changeant de consistance; gargouillements, submatité à son niveau. Par le toucher rectal, on croit sentir la tête de l'invagination par l'intermédiaire d'un repli muqueux interposé.

Laparotomie médiane le 17 avril. Grosse invagination du grêle, derrière le muscle droit, du côté gauche. La partie inférieure arrive en arrière au niveau du détroit supérieur, la tête siège dans la partie supérieure de l'abdomen. On ne peut l'amener au dehors que par la réduction qui se fit aisément par le taxis pratiqué de bas en haut. On sent une tumeur élastique, ferme, bosselée comme un œuf de poule, libre et mobile dans la cavité intestinale, tout en étant attachée à sa paroi. Pas de congestion de l'intestin invaginé. Pas d'inflammation de la séreuse, mais une hypertrophie générale des parois intestinales au-dessus et au-dessous de la tumeur. Incision de l'intestin (1 pouce). Ablation de la tumeur qui a un pédicule comme le pouce. Guérison. La tumeur est une masse grasseuse, lobulée, recouverte de muqueuse présentant une surface ulcérée de 1 centimètre de diamètre environ.

OBSERVATION XXIX

Mouchet, de Sens. — *Bull. Soc. Anat.* 1902, p. 885.

Homme, 68 ans, atteint depuis plusieurs années de troubles digestifs, constipation opiniâtre et de temps en temps véritables crises



d'obstruction intestinale. Dans les derniers mois les symptômes s'étaient aggravés : arrêt des matières et des gaz pendant un à deux jours, vomissements ; puis un retour apparent à la santé. Pendant une crise violente accompagnée de vomissements bilieux, d'arrêt des gaz, je constate avec le ballonnement de l'abdomen, une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite. Laparotomie médiane, invagination récente du tiers inférieur de l'iléon et au-dessous, dans le bout inférieur une tumeur molle, régulière, du volume d'un petit œuf de poule. L'invagination est facilement réduite et j'incise l'intestin sur la tumeur. Celle-ci est mobile, fixée au bord mésentérique par un pédicule que je lie : la tumeur est extraite et l'incision de l'intestin refermée. Distension de l'intestin extrêmement prononcée au-dessus de l'invagination ; proportions comparables, sans exagération, à celle d'une carafe ordinaire sur une étendue de 20 à 30 cent. Huit jours après le malade succombe à la paralysie intestinale qui a persisté malgré la création d'un anus médian, 30 jours après l'opération.

*Examen de la pièce.*— Tumeur assez régulièrement arrondie, volume d'une mandarine (11 cent. de circonf.) En un point de sa surface régulièrement lisse partout ailleurs, se trouve une zone déprimée présentant l'aspect d'une sorte de hile, d'où sort à peine une tige molle, jaunâtre, de 1 cent. de diamètre, poids 30 gr. ; à la coupe, masse molle, non fluide, jaunâtre, opaque, homogène, dans laquelle le doigt ne laisse pas d'empreinte. Ça et là ébauches de cloisons très minces et blanchâtres. Dans l'ensemble, on dirait la coupe d'une pomme de terre cuite à l'eau. Surface de section huileuse. Capsule uniformément mince. Histologiquement lipome pur.

#### OBSERVATION XXIX

Winselmán. *Corr. blat. d. allg. arztl. Verb. Thüringen*,  
1906, XXXII, 485-487

F..., 64 ans. Depuis deux ans, ténésme, évacuations glaireuses et sanguinolentes. Coliques. Invagination dans le rectum avec, à l'apex, une tumeur pédiculée à gauche. Opération par le rectum. Procédé de Mikulicz. La partie restante de l'invagination ne se réduit pas les jours suivants. Laparotomie dans l'hypocondre gauche. Désinvagination. Survie de sept ans.



### OBSERVATION XXX

Winselman. *Corr. blat. d. allg. artzl. Verb. Thüringen*,  
1903. XXXII, 485-487.

Garçon, 14 ans. Première attaque, juillet 1902 ; va bien jusqu'en novembre. On sent dans l'abdomen une tumeur mobile. Laparotomie. Invagination iléo-colique. Désinvagination facile. On sent une grosse tumeur dans le cœcum. Incision exploratrice du cœcum. Tumeur comme une pomme en chou-fleur, intéressant la valvule de Bauhin. Méso ascendant très développé avec ganglions. Résection. Anastomose du bouton de Murphy. Guérison.

### OBSERVATION XXXI

Roux. *Revue de la Suisse Romande*, 1905, p. 64.  
Communication à la Société de Médecine Vaudoise, 7 décembre 1904.

Quand on découvrit chez le malade le boudin invaginé, aussitôt après avoir ouvert l'abdomen, on crut avoir trouvé la cause du mal. Pendant la réunion au bouton de Murphy, l'opération d'une simplicité idéale faisait songer au chemin parcouru par la chirurgie intestinale, mais l'opérateur songea aussi à la multiplicité des adénomes : au moment de refermer l'abdomen, il voulut y jeter un coup d'œil discret. Il trouva deux invaginations semblables à la première, de nombreuses tumeurs flottantes à la partie supérieure du jejunum, non invaginé à cause de la fixité du ligament de Treitz, plusieurs rétrécissements cicatriciels étendus au-dessous des invaginations déjà mentionnées, puis enfin tout au bas de l'iléon, une quatrième invagination de même étendue, mais sur un intestin de « lapin » vide, flasque, misérable. Il fallut en finir par une anastomose entre le haut du jejunum (débarrassé au préalable de quelques tumeurs) et le milieu de l'intestin grêle, après avoir excisé la grosse tumeur comme une fraise, qui provoquait la quatrième invagination. Pendant les dix à douze jours qui suivirent l'opération, le malade semblait devoir guérir sans accroc.

(Le reste de l'observation n'a pas été publié.)



OBSERVATION XXXII

Delore et Leriche. *Revue de Chirurgie*, 1908.

**Invagination iléo-cœcale due à un myome de l'intestin grêle.  
Résection iléo-cœcale. Mort.**

Femme de trente-six ans, ayant eu deux enfants, et jouissant d'une bonne santé ordinaire.

Il y a quatre mois environ, elle a commencé à ressentir quelques douleurs dans la fosse iliaque droite ; elle constata alors la présence d'une tumeur en ce point, et présenta les divers signes d'une obstruction incomplète ; constipation entremêlée par intervalles de débâcles diarrhéiques. Ces phénomènes s'accroissent progressivement. Trois jours avant son arrivée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Poncet, les douleurs devinrent plus violentes ; il se déclara en plus, un notable météorisme avec des vomissements fécaloïdes.

Le 10 mars 1899, on constatait, en outre d'un météorisme léger, une tumeur mobile dans la cavité abdominale, du volume de deux poings et siégeant manifestement dans le cœcum. Il existait des vomissements fécaloïdes, un arrêt complet des gaz et des matières, une température de 38°5. La malade accusait encore des hémorragies rectales légères et se plaignait d'épreintes anales intermittentes.

Toucher rectal et toucher vaginal négatifs. Diagnostic : obstruction par tumeur du cœcum.

Laparotomie iliaque droite (Delore). On tombe aussitôt sur le cœcum qui était rempli par une grosse masse pâteuse de consistance analogue à celle d'un boudin invaginé. A sept ou huit centimètres au-dessus de l'orifice iléo-cœcal, on remarquait un collier d'invagination au centre duquel s'enfonçait l'intestin grêle accompagné de son méso. Le doigt pénétrait en dedans du collier, à une profondeur de deux à trois centimètres seulement, au delà desquels il était arrêté ; quant au méésentère, ramassé lui-même au niveau du collier, il formait une grosse bride rétractée qui maintenait l'intestin collé contre le détroit supérieur. Il s'agissait en somme d'une invagination iléo-cœcale.

Des tentatives d'expression du boudin combinées à une traction légère sur l'anse sus-jacente étant restées infructueuses, on pratiqua



la résection iléo-cœcale classique. La libération fut malaisée, en raison de la rétraction du mésentère qui obligea à travailler à une grande profondeur.

Après la résection, les deux bouts, cœcal et grêle, de calibre fort inégal, furent réunis bout à bout. Mais on dut compléter la suture de l'orifice cœcal non oblitéré par la suture d'abouchement, si bien que la suture, dans son ensemble, avait la forme d'une raquette.

L'opération avait duré une heure. Au troisième jour, se déclarèrent des signes de péritonite à laquelle l'opérée succomba vingt jours après.

La pièce de résection démontre que l'étendue enlevée atteint de quatre-vingts à quatre-vingt-dix centimètres. Le boudin lui-même présente une longueur de trente centimètres, depuis sa tête jusqu'à son collet ; sur la tête on constate une tumeur pédiculée du volume d'une mandarine ; c'est elle qui a entraîné l'invagination.

Il s'agit d'une tumeur sous-muqueuse, d'un myome, suivant l'examen histologique de M. Louis Dor.

---

## Observations du gros intestin

---

### OBSERVATION I

Baillie. *Morbid Anatomy de Matthew*. 5<sup>e</sup> édition, p. 187, Londres 1818.

Il peut arriver que des tumeurs polypeuses se forment dans le gros intestin, mais cette variété pathologique n'est pas fréquente. Elles se trouvent surtout dans la partie basse du rectum ; mais on les trouve parfois aussi dans l'anse sigmoïde du côlon. Elles naissent de la surface interne de l'intestin par un collier étroit ou pédicule et remplissent suivant leurs dimensions une partie plus ou moins grande de la cavité intestinale.

Je me rappelle avoir rencontré un polype aussi grand que le poing qui se trouvait dans l'anse sigmoïde du côlon et avait causé une invagination mortelle. Quand le polype est situé bas dans le rectum et surtout quand il n'est pas trop grand, on peut l'enlever après ligature et le cours des matières se fait de nouveau comme avant le développement du polype.

### OBSERVATION II

M. Michaux, *Revue de Chirurgie*, de juin à août 1900.

Une femme de 56 ans rentre à l'hôpital pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë remontant à cinq jours.

L'existence d'une masse compacte dans la fosse iliaque gauche per-



mit d'émettre l'hypothèse d'une invagination siégeant au niveau de la partie inférieure du côlon descendant.

Ce diagnostic fut vérifié par l'opération.

La portion invaginée était extrêmement serrée au niveau du collet et sa réduction impossible. M. Michaux incise le collet et l'anse invaginante, et la désinvagination ne s'obtient toujours pas.

Il incise alors l'anse invaginée qui montre alors un gros « polype lobulé ».

On résèque ce dernier et la désinvagination ne s'obtient toujours pas. M. Michaux tente alors l'anastomose entéro-rectale qu'il dut abandonner.

Pressé de finir ensuite l'opération, il fait un anus contre nature. La malade succombe au 5<sup>e</sup> jour.

M. Michaux fait remarquer à l'occasion de ce fait que l'invagination offre chez l'adulte beaucoup plus rarement que chez l'enfant la forme suraiguë, et que d'autre part cette invagination est souvent produite par un polype, affection rare chez l'enfant.

Comme traitement, si on laisse de côté l'anus contre nature et la désinvagination par laparotomie qui ne doivent être pratiqués que dans certaines conditions, la question se fixe entre la résection totale et la résection du boudin invaginé après incision du cylindre invaginant. La première constitue l'opération radicale, mais est encore extrêmement grave.

Aussi M. Michaux reste-t-il encore partisan de la seconde.

### OBSERVATION III

Birkett. *Mémoires de l'Académie de Médecine* (Duchaussoy), 1860.

Homme de 58 ans, laboureur.

Troubles de la santé depuis quelques mois, de la diarrhée ou de la constipation.

Grande douleur dans tout l'abdomen. Emaciation. La défécation s'opérait sans difficultés, ses souffrances s'aggravent à Noël et il entre à l'hôpital du Guy. Se plaint d'une douleur dans toute la région abdo-



minale, mais surtout dans l'hypocondre droit et au-dessus de l'ombilic, où il y avait de la sensibilité à la pression. Léger empatement à la région ombilicale, mais pas de hernie. Nausées, vomissements, surtout s'il veut prendre des aliments. Constipation invincible depuis une semaine.

Abdomen tendu, mais non résonnant, gonflement dans le canal inguinal droit, mais pas de hernie. Une consultation entre les docteurs Babington, Cock et Birkett a pour résultat une opération à faire dans le canal inguinal, dans l'espérance qu'on y trouvera une portion d'intestin étranglée.

L'opération est faite par M. Birkett ; on ne trouve qu'un vieux sac herniaire très épais. Les symptômes continuent malgré l'injection d'un lavement abondant donné à l'aide d'un long tube.

On délibère pour ouvrir le côlon ascendant après un vomissement d'une grande quantité de matières fécales.

Le siège de l'obstruction paraissait limité entre le côlon ascendant et le côlon descendant. On hésita parce que la région lombaire droite ne présentait aucun empatement et la malade mourut 94 jours après son admission.

*Autopsie.* — Péritonite récente, quelques tubercules, dont l'un a un quart de pouce anglais (6 millimètres) de diamètre, sont trouvés dans le grand épiploon ; ils sont probablement cancéreux. Le petit intestin, le cœcum et le côlon sont très distendus par les fèces fluides.

L'arc et le reste de l'intestin contiennent peu de gaz et quelques scybales.

L'angle droit du côlon était serré comme si un bout de corde y avait été passé autour. En ce point, une production était attachée à la paroi antérieure de l'intestin. Elle était de la nature appelée par Rokilasyki, Gerlach et Schutz, Zotten crebs (villons cancer), la tumeur consistait en villosités vasculaires formées d'éléments fibreux et revêtues d'épithélium à colonnes.

Il n'y avait pas de cancer ailleurs.

Au-dessus de la tumeur, la membrane muqueuse fortement plissée formait une espèce de valvule qui contribuait à l'obturation (Birkett).



OBSERVATION IV

Clos. Th. Paris, 1883, n° 329, p. 34.

H. . . , 44 ans, entre le 21 juin 1882. Début trois ans auparavant : sans cause connue, de temps en temps sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, sans douleur proprement dite. Digestions faciles. Quelques heures après le repas, nausées, la région épigastrique semble se gonfler. Selles régulières. Cet état dure deux ans.

Il y a 8 mois, aggravation des accidents par le fait des troubles plus accentués de la digestion intestinale. Constipation alternant avec diarrhée, mais phénomènes peu accentués. Le malade reste trois ou quatre jours sans aller à la selle. Pas de souffrance, ni ténésme, ni épreintes. L'abdomen se tendait légèrement, borborygmes, et après la constipation, le malade rendait une grande quantité de matières, d'abord solides, puis demi-liquides. Pas de changement de l'état général. La constipation s'accroît, dure sept ou huit jours.

Il y a quatre mois, au moment d'une débâcle, hémorragie intestinale assez abondante. Douleurs plus violentes : coliques siégeant au niveau de l'hypocondre gauche, s'irradiant de là à tout l'abdomen, en même temps constipation remplacée par diarrhée. Etat général toujours bon.

Le 15 juin dernier, douleur assez vive et subite dans l'hypocondre gauche ; depuis, constipation, vomissements, douleurs. Ballonnement extrême du ventre, tympanisme, sensation d'une masse dure et empâtée, occupant le côlon descendant et le côlon transverse. Sensation du gargouillement dans le péritoine ; le toucher rectal est négatif. Pouls petit, température 36°. Mort le 21.

*Autopsie.* — Matières fécales liquides dans l'abdomen, côlon transverse détendu par les matières. Invagination de la partie supérieure du côlon descendant (7 ou 8 cm.) assez facilement réduite par traction. Sur le bout supérieur, perforation. Tumeur piriforme comme œuf de poule, à grosse extrémité dirigée en bas, à pédicule assez large, inséré sur la paroi postérieure de l'intestin. Pas d'examen histologique.

### OBSERVATION V

Israël. Hollander, *Centralblatt für chir.*, 1896, n° 5, p. 310.

Femme de 79 ans. Crises fréquentes d'iléus. Occlusion datant de six jours.

Laparotomie médiane. On trouve une invagination du côlon, de 25 cm. de long : on veut réduire, et on sent alors dans la cavité intestinale, une tumeur polypeuse, grosse comme une prune. Incision de la paroi intestinale à ce niveau, extraction et ablation du polype. Suture. La malade guérit : c'était un myome pur.

### OBSERVATION VI

Observation personnelle prise dans le service de M. le Professeur Denucé.

#### **Invagination intestinale consécutive à un polype de l'angle droit du côlon.**

Le 17 novembre 1909, on apportait à l'hôpital des Enfants Assistés, salle 7, dans le service de M. le Professeur Denucé, une petite fille, Yvonne S..., âgée de 5 ans. Elle était envoyée par un médecin de la ville avec le diagnostic d'appendicite. Les parents interrogés sur le début de la maladie, apprirent que 10 jours auparavant, la fillette avait été soudainement prise de vives douleurs abdominales et de vomissements. Le médecin consulté, avait pensé à une appendicite, et fait appliquer de la glace sur le ventre. Mais les accidents n'ayant pas eu mine de s'apaiser, on décida l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

L'enfant fut examinée à 2 heures de l'après-midi par l'interne de service, qui jugeant l'état grave, manda immédiatement M. Puyhaubert, chef de clinique. Ce dernier constata les phénomènes suivants : Température 37,2, pouls 140. Facies légèrement altéré. Douleurs extrê-



mement vives survenant par crises, dans la moitié droite de l'abdomen. A cet endroit tumeur en forme de boudin, occupant exactement la région sous-hépathique, suivant la direction du côlon transverse, et s'étendant de l'angle droit du côlon, à la ligne médiane. Ce boudin, dont la palpation est horriblement douloureuse, est assez mobile.

Ayant appris par les parents, que l'enfant avait rendu la veille un lombric, M. Puyhaubert, ayant déjà porté le diagnostic d'invagination intestinale, pense que cet accident est dû à la présence d'un paquet de lombrics.

Depuis plusieurs jours, la petite malade n'avait pas rendu de matières fécales, mais expulsait cependant quelques gaz, avec des mucosités sanguinolentes.

Malgré les mauvaises conditions d'intervention (11<sup>e</sup> jour d'évolution, pouls très accéléré, malade déprimée), M. Puyhaubert se décide à opérer, et à 6 heures du soir, de pratiquer sous l'anesthésie une laparotomie sous-ombilicale médiane. A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le boudin a perdu de sa dureté et de son étendue. A la palpation du côlon transverse, on sent à son intérieur une tumeur mobile, du volume d'une amande et reliée par un mince pédicule à une seconde tumeur plus grosse, molasse, longue de 7 à 8 centimètres. On tire à l'extérieur l'angle droit du côlon, une partie du côlon transverse, on pratique sur ce dernier une incision longitudinale, et on constate que la petite tumeur mobile n'était autre qu'une production polypeuse pédiculée. Le pédicule d'environ 2 centimètres de long, s'insère sur une tuméfaction formée par la muqueuse du gros intestin, seule invaginée. Ablation du polype, résection de 7 à 8 centimètres de cylindre muqueux, suture de cette brèche, suture de la boutonnière intestinale, suture des parois abdominales, sans drainage.

La malade passe une nuit très agitée, le pouls est extrêmement rapide, les extrémités un peu refroidies. Le lendemain la température est à 38°7. On fait une injection de 200 gr. de sérum artificiel, pas de modification de l'état du pouls; la nuit suivante, la petite malade délire, on fait de nouvelles injections, et le matin, agonisante, en proie à des phénomènes péritonéaux, elle est reprise par ses parents.

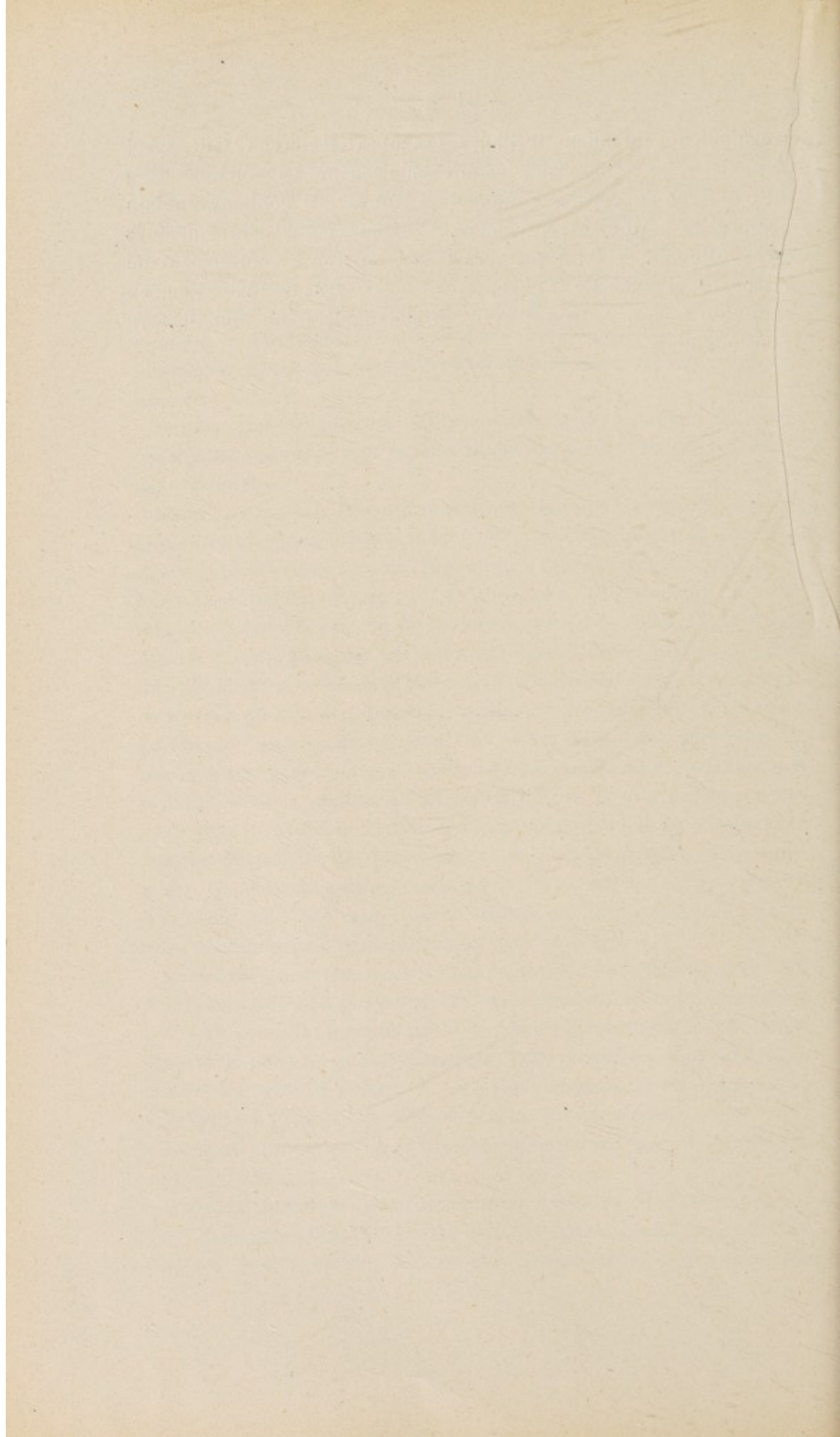
*Examen histologique* de la tumeur communiqué par M. le Professeur Sabrazès.

Il s'agit d'un polype glandulaire avec quelques productions kystiques (provenant de tubes s'étant très distendus), grosses comme des lentilles, avec au centre, des cellules desquamées, quelques débris

sanguinolents, du mucus fibrillaire. Les tubes ont conservé leur aspect glandulaire, les cellules sont sur une seule couche. Le tissu interstitiel est très riche en cellules conjonctives jeunes : il contient un bon nombre de leucocytes polynucléés, quelques matzellen, quelques rares éosinophiles. Dans quelques kystes, on trouve énormément de leucocytes polynucléés et quelques microbes. Dans les régions où l'on trouve du mucus, on trouve avec les polynucléés, un bon nombre d'éosinophiles.

---





## CONCLUSIONS

---

1° L'invagination intestinale par polype est une affection extrêmement rare;

2° Les polypes siègent le plus souvent à la tête du boudin invaginé;

3° On les rencontre beaucoup plus fréquemment dans l'intestin grêle, que dans le gros intestin;

4° L'invagination par polype est essentiellement une maladie de l'âge adulte;

5° Elle se présente sous deux formes: aiguë et chronique;

6° Le diagnostic est très difficile; les polypes sont la plupart du temps des trouvailles de l'intervention opératoire;

7° Le traitement chirurgical très précoce est le seul capable d'amener la guérison sans récurrence.

Vu, bon à imprimer :  
*Le Président de la thèse,*  
M. DENUCÉ

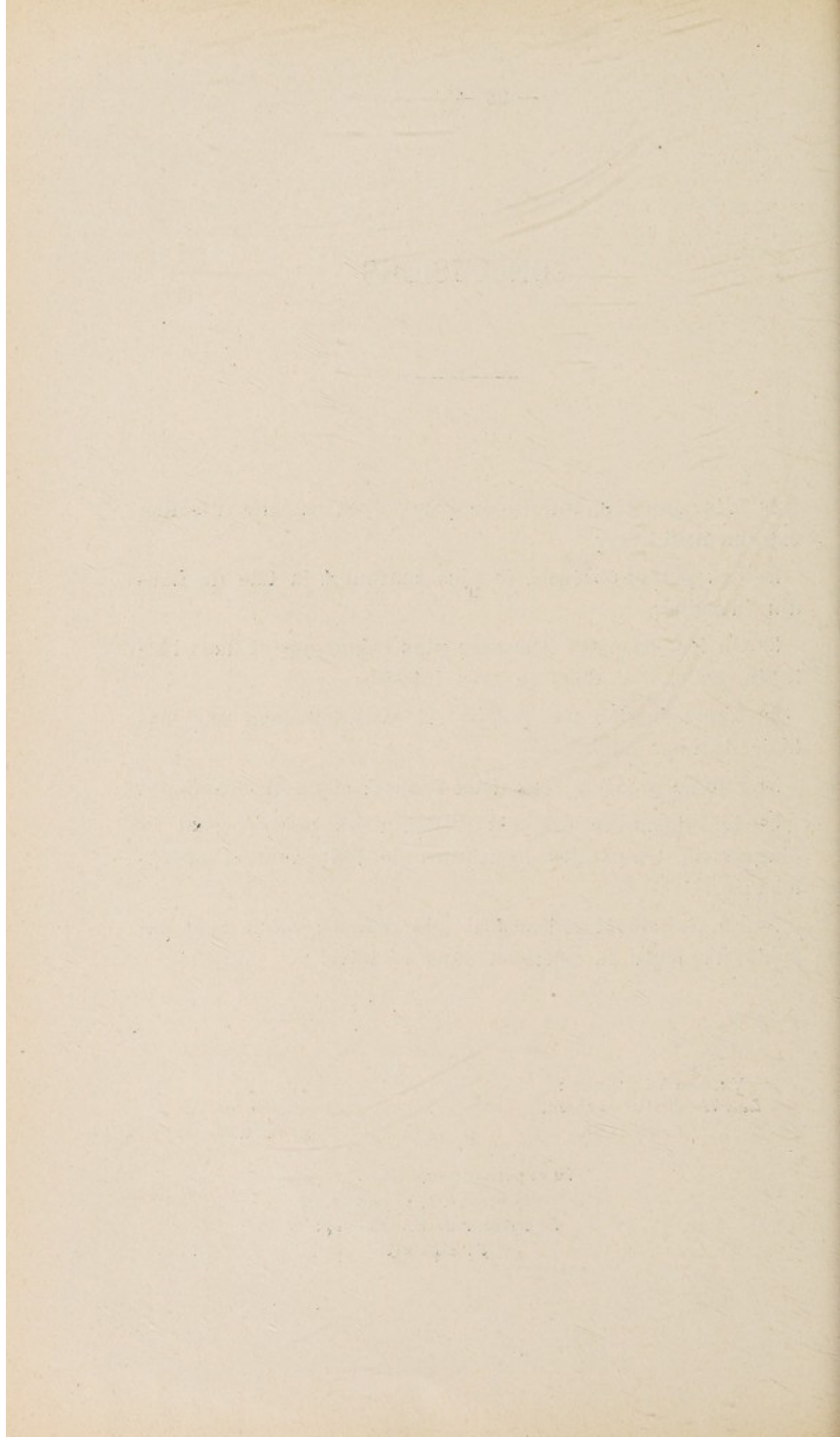
Vu :  
*Le Doyen,*  
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer.

Bordeaux, le 19 janvier 1910.

*Le Recteur de l'Académie :*  
R. THAMIN





## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ALDIBERT. — De l'invagination intestinale chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Paris, 1892, p. 16, 30.
- ALLEN. — *Archives générales de médecine*. 1845, Tome I.
- ALGLAVE. — Obstruct. par épithélioma. *Bulletin et mémoire Société anatomique de Paris*, 1907, p. 244-249.
- BAILLIE. — *Morbid anatomy* London, 1812.
- BAUER. — *Cyclopédie Praet. Méd.* Ziemssen, n° 75, 1876.
- BESNIER. — Mémoire sur les étranglements internes de l'intestin.
- CANNON. — *Améric. Journal of phys.* 1905, p. 439 et 1906, p. 439.
- CAVAZANI. — Polype du rectum et du côlon. *Gaz. des hôpitaux de Milan*, 1898, p. 836.
- CHEVALIER-CHAMBARD. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1878, t. III, p. 249.
- CLOQUET. — *Atlas d'anatomie pathologique*, Tome III, Livre XXII.
- COUPLAND et HULKE. — Invag. de l'iléon dans le cœcum par polype. *Trans. clin. soc. London*, 78-79, p. 216.
- CRUVEILHIER. — *Atlas d'anatomie path. Tube digestif*.
- DAGRON. — Invag. par polype de l'intestin. *Bulletin soc. anatomique de Paris*, 1891.
- DANCE. — Mémoire sur les invaginations morbides de l'intestin.
- DAUVÉ. — Invag. intestinale progressive par polype de l'intestin grêle, Paris, 1861.
- DELORE. — Sur la pathol. et le traitement de l'invag. intestinale, *Revue de chir. Paris*, 1908, p. 39-67.
- DUBREUIL. — *Bulletin de la Société anatomique*, IX, 1864.



- DUCHAUSSOY. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, XXIV, 1860.
- DUGUET. — *Bulletin de la Société anatomique* XLI<sup>e</sup> année.
- DURANTE. — Adénomyome de l'intestin. *Bull. et Mém. Soc. anat.*, 1901, p. 598.
- Invag. du cœcum par polype. *Suppl. al policlinique*, Rome, 1895-1896, II, p. 359.
- EUSLIN. — Travail sur l'invagination par tumeur. Nuremberg, 1902.
- FERNET. — *Bulletin de la Société anatomique*, Tome IX p. 1864.
- FISCHER. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1859.
- FITZWILLAMS. — Etude sur la pathogénie et l'étiologie de l'invagination intestinale d'après 1600 observations. *The Lancet* London, 1908. Tome I, p. 628 à 709.
- GAILLARD. — Article sur l'invagination intestinale dans le traité de Brouardel et Gilbert.
- GERNEZ. — Traitement chirurgical de l'invagination chronique. Thèse Paris 1907.
- GOODHART. — Invag. de la partie sup. du jejunum datant de 21 mois, due à un polype. *Transact. Clin. Soc.*, 1885, p. 140.
- GUIBÉ. — *Revue de chirurgie*, 1908.
- HAVEN. — Statistics of two hundred and fifty eight cases of intestinal obstruction. Philadelphia T K et P G. Collens, 1855.
- HEURTAUX. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.
- HOMOLLE. — *Bulletin de la Société anatomique*.
- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin, 1898.
- LAUGIER. — *Bulletin Société Anatomique*, XL, tome II.
- LECÈRE. — Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle. Thèse de Paris, 1904.
- LEJARS. — De l'intervention dans les tumeurs du cœcum compliquées d'invagination. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* Paris 1897, I, 1029 à 1050.
- LEICHTENSTERN. — Invag. intestinale par suite de massage abdominal. *All. méd. centr. Zeit.* Berlin, 1894.
- LOOKWOOD. — Polype du gros intestin ayant produit invagin. *Brit. méd. Journal*, London, 1892.
- MAURICE. — Invagination par tumeur multiple du jejunum et du duodénum. *The Lancet*, London, 1901, I, p. 248.
- MICHAUX. — *Revue de Chirurgie*, juin à août 1900.
- MONRO. — The morbid anatomy of the human gullet stomach and intestines, XXV. Edinburg Constable 1811.

- MOREL. — *Bulletin de la Société anatomique*, T. I, 1876.
- MULLER. — LXXVI. Versammlung des Naturforscher und aetze in Breslau, 18-24 sept. 1904.
- NÉLATON. — *Eléments de pathol. chir.* Tome IV.
- NIGAY. — *Les polypes de l'intestin grêle.* Paris 1899.
- NOTHNAGEL. — *Travail sur la physiologie et la pathologie de l'intestin.* Berlin, 1884.
- OFFICER. — *Polypes multiples du tube digestif avec invagination.* *Méd. Journal Australia*, Melbourne, 1906, 120-133.
- OGIER-WARD. — *Transact. of Pathol. Society*, 1845.
- PEACOCK. — *Transact. of Pathol. Society*, 1845.
- PRESCOTT-HERWET. — *Transat. of Pathol. Society*, 1845.
- RIEDERER. — *Sur les polypes multiples du gros intestin.* Wurtzburg. Munich 1898.
- ROCHARD. — *Problèmes cliniques sur l'occlusion intestinale.* *Bulletin de Thérapeutique*, 1904.
- REGLUS. — *Revue de Chirurgie*, juin à août 1900.
- SCHWAB. — *Sur les polypes multiples du côlon et du rectum.* Heilberg, 1897.
- STOM. — *Invagination. Revue des travaux récents et rapport de plusieurs cas nouveaux.* *Boston méd. and Chir. Journal*, 1908, p. 431-439.
- TALON. — *Les polyadénomes de l'intestin.* Thèse de Lyon, 1900.
- TEXEL. — *Revue de Chirurgie*, 1903.
- THOMPSON. — *Invagination par polype du pylore.* *Journal of anat. physiol.* London 180., p. 392-396.
- TROGANOFF. — *Invagination par polype du gros intestin.* *Bolnitsch gaz. Bolkina.* St-Pétersbourg, 1906.
- TUFFIER. — *Bulletin de la Société anatomique.*
- VEAU. — *Discussion sur les invag. multiples.* *Bulletin de la Société de Pædiatrie de Paris*, 1908.
- WARD-SAMUEL. — *Presse médicale*, 25 décembre 1907.
- WHITE. — *Invagination du duodénum due à un polype.* *Transact pat. Society*, London, 1889, p. 90 à 121.
- WIGGIN. — *Etude sur 103 cas d'invagination chez les enfants.* *Indian Lancet*, Calcuta, 1896, p. 363. *The Lancet*, London, 1897, Tome II, p. 525-553. *Méd. Rec.* 1890, p. 73.



