

## OCCLUSIONS ET OBSTRUCTIONS INTESTINALES

**Définition.** — Quatre symptômes essentiels caractérisent l'affection que l'on désigne sous le nom d'*iléus* : 1° l'arrêt complet des matières intestinales et des gaz ; 2° des vomissements incessants, incoercibles, devenant fécaloïdes ; 3° des douleurs vives abdominales ; 4° du météorisme, c'est-à-dire la distension gazeuse de l'intestin. — A ces quatre symptômes cardinaux s'ajoutent, avec une gravité et une rapidité variables selon la forme clinique, des phénomènes généraux, tendance au collapsus cardiaque, shock abdominal, troubles respiratoires, signes de septicémie péritonéale qui sont progressifs et entraînent la mort, si un traitement n'intervient pas pour supprimer l'obstacle à la circulation des matières.

A cette définition *symptomatique* ne correspond point une définition *anatomique* constante ; car la lésion causale est variable. — Le trouble dans la circulation des matières intestinales, qui produit l'iléus peut tenir à deux causes : 1° une altération simple de la contractilité intestinale ; 2° un obstacle mécanique qui arrête le cours des matières. De là ces deux grandes classes d'iléus que nous distinguons, à l'exemple de SCHLANGE : 1° *Iléus dynamique* ; 2° *Iléus mécanique*. — Cette seconde classe est de beaucoup la plus importante en clinique. Elle se subdivise elle-même en deux groupes, qui répondent à deux types symptomatiques distincts, et qui se différencient au point de vue thérapeutique. Dans un premier groupe se placent les cas où l'intestin subit une striction vive et circonscrite, et où, par conséquent, se présentent, à leur maximum de péril, la production rapide de lésions ulcéreuses et les complications infectieuses ; ces cas sont absolument compa-

rables, comme mécanisme et comme gravité, à l'étranglement herniaire : c'est là le type décrit sous le nom d'*étranglement interne*, d'iléus par striction aiguë ; c'est le « *strangulation ileus* » des Allemands : c'est l'occlusion intestinale vraie. — Le second groupe est constitué par les cas où domine l'obstruction intestinale, c'est-à-dire où le fait essentiel et la suppression de la lumière de l'intestin, qui devient infranchissable aux matières ; la cavité de l'intestin se trouve oblitérée, mais sa paroi ne subit pas ce traumatisme aigu et limité qui caractérise la striction de l'étranglement : c'est alors l'*obstruction intestinale* vraie, « c'est l'obturation ileus » des Allemands.

**Étiologie et formes anatomiques.** — 1° ILEUS DYNAMIQUE : OCCLUSION PAR PSEUDO-ÉTRANGLEMENT. — Deux altérations différentes de la motricité intestinale peuvent donner lieu à des symptômes d'occlusion intestinale : 1° le spasme de l'intestin, qui arrive quelquefois à tétaniser un segment intestinal et le réduire au volume d'un petit doigt ; 2° la paralysie de l'intestin. — Le spasme ne peut agir que comme cause adjuvante : ainsi, l'intestin se contracture sur un corps étranger volumineux, par exemple sur un calcul biliaire enclavé. Au contraire, la paralysie intestinale et la distension considérable de l'intestin qui en résulte, suffisent à créer les symptômes d'une occlusion vraie : c'est l'*iléus paralytique*, bien connu depuis la thèse de HENROT en 1863 et le travail de LEICHTENTERN. Cette paralysie de l'intestin avec météorisme secondaire s'observe surtout dans la péritonite : selon la loi de STOCKES, la couche musculuse sous-jacente à une séreuse enflammée se paralyse ; cette paralysie entraîne la dilatation des anses par les gaz : les anses ainsi météorisées se coudent, forment de véritables éperons au niveau des coutures, et ces valves saillantes intracavitaires empêchent la circulation des matières, par une fermeture autoclave. Ainsi s'enchaînent l'occlusion et la paralysie intestinale due à la péritonite. — Cet iléus paralytique peut encore succéder, par voie réflexe, à des causes variables : à une crise appendiculaire vive ; à l'orchite du testicule arrêté à l'anneau ; à l'obstruction calculeuse du cholédoque ; à l'opération de la hernie étranglée.

2° ILÉUS PAR ÉTRANGLEMENT. — Ce groupe comprend les types étiologiques et anatomiques suivants : 1° l'étranglement interne ; 2° le volvulus ; 3° l'invagination aiguë avec striction du collet.

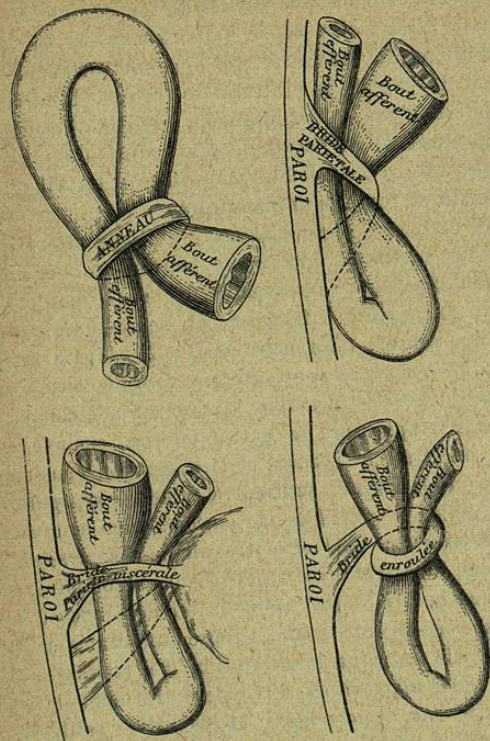


Fig. 148.

Schéma des occlusions par étranglement.

I. *Étranglement interne.* — L'intestin s'étrangle : en s'engageant dans un anneau ; en passant sous une bride ; ou en se nouant dans un diverticule : telles sont les trois formes de

l'occlusion par étranglement. — La première comprend toutes les hernies intra-abdominales : 1° hernie dans la fosse duo-déno-jéjunale ; 2° hernie dans l'hiatus de WINSLOW ; 3° hernie dans la fosse intersigmoïde ; 4° hernie dans la fosse iléo-colique. — Il est des *brides* congénitales qui représentent des vestiges des vaisseaux omphalo-mésentériques ; mais la plupart sont acquises et résultent d'adhérences inflammatoires anciennes ; ces brides sont tendues, tantôt d'un point de la paroi à l'autre (brides pariéto-pariétales) tantôt de la paroi à un viscère (brides pariéto-viscérales), tantôt d'un viscère à l'autre (brides inter-viscérales). L'intestin s'engage sous une de ces brides et se distend au delà : il s'étrangle comme l'anse herniaire incarcérée, ou bien se coude sur l'obstacle et y subit une striction par vive arête. — Le diverticule de MECKEL joue un rôle fréquent comme agent d'étranglement intestinal. Cet organe, vestige du canal vitello-intestinal, persiste chez quelques individus sous la forme d'un tube diverti-

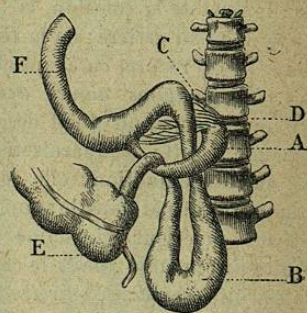


Fig. 149.

Étranglement par le diverticule de MECKEL (A), fixé à la paroi postérieure.

culaire, d'une longueur variable de 2 à 20 centimètres qui s'abouche à plein canal sur la dernière portion de l'iléon, à moins d'un mètre du cæcum, et dont le calibre est toujours inférieur à celui de l'intestin grêle. Il donne lieu à l'étranglement de deux façons : tantôt il se comporte comme une bride, fixée à la paroi ou aux viscères et l'intestin s'étrangle en s'engageant sous lui (fig. 149) ; tantôt le diverticule est libre et il s'enroule autour d'une anse intestinale, l'étreignant dans un nœud qui est arrêté soit par la dilatation de l'ampoule terminale, soit par les adhérences de cette ampoule.

II. *Volvulus.* — Une anse intestinale se tord autour de l'axe formé par son méso ; il en résulte que la direction des deux

bouts, afférent et efférent, est intervertie et que le cours des matières est interrompu par la pression du mésentère ainsi tordu : c'est là ce qu'on appelle le *volvulus*.

Il est simple, double ou triple, selon que l'anse a fait un, deux ou trois tours autour de son axe mésentérique. Cette rotation de l'anse a pour condition première la longueur et la laxité du méso : de là, son siège de prédilection, au niveau de l'anse sigmoïde iliaque. L'anse oméga du côlon ilio-pelvien, exposée à la stagnation fécale, bascule et se tord sur son méso : selon le sens de la rotation, la fin du côlon pelvien se trouve en avant ou en arrière ; de là ces deux variétés distinguées par POTAIN : type rectum en avant et type rectum en arrière.

III. *Invaginations aiguës avec étranglement*. — Supposez, avec CRUVEILHIER, un doigt de gant partiellement engagé par lui-même : cette comparaison fait bien comprendre ce que c'est que l'invagination ; elle consiste dans la pénétration d'un segment intestinal dans le segment adjacent. Ordinairement, le segment supérieur s'invagine dans l'inférieur, l'invagination est dite *descendante* : dans le cas contraire, qui est l'exception, elle est dite *ascendante* ou *rétrograde*.

Pour que cet emboîtement se produise, il est nécessaire qu'un tronçon intestinal distendu permette la pénétration d'un tronçon contracté, réduit de volume et mobile. La cause de l'invagination réside donc dans une perturbation de la tonicité et du péristaltisme intestinal : c'est ainsi que s'expliquent ces invaginations, dites *agoniques*, qui surviennent à la fin de certaines maladies, surtout chez les enfants. Assez souvent, c'est un corps étranger, un bol fécal durci, un polype pédiculé qui tire sur l'anse supérieure et l'invagine. CRUVEILHIER comparait cette traction à celle d'une ficelle fixée à la valvule iléo-cæcale et sortant par l'anus : tirez sur la ficelle, l'iléon s'engagera dans le cæcum, puis dans le côlon, et pourra exceptionnellement sortir de l'anus. L'invagination a, en effet, pour lieu d'élection la région iléo-cæcale : le cæcum spacieux et fréquemment dilaté, permet facilement la pénétration de l'iléon, qui a un moindre calibre et qui est le siège de contractions vives poussant les matières contre la valvule de BAUHIN.

L'emboîtement des segments intestinaux peut être comparé au *télescopage* des cylindres mobiles d'une longue vue. La section

longitudinale d'une invagination montre trois cylindres intestinaux superposés : l'un externe, cylindre engainant, ou *gaine* ; le second, cylindre moyen ; le troisième, le plus central, cylindre interne. — Ces deux derniers forment le *boudin*

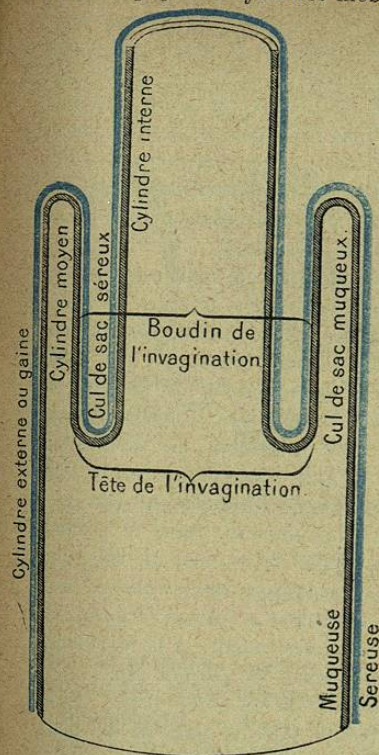


Fig. 150.

Schéma montrant l'emboîtement des cylindres intestinaux dans une invagination.

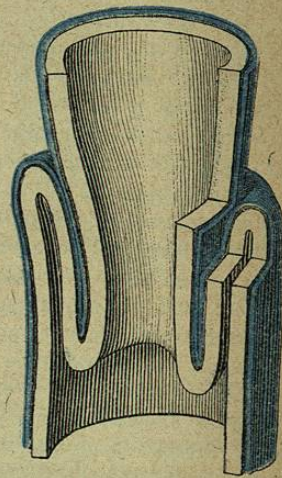


Fig. 151.

Schéma montrant sur une coupe perpendiculaire à l'axe, les rapports des faces muqueuses et séreuses des trois cylindres.

de l'invagination ; leur extrémité libre, intra-cavitaire, prend le nom de *tête de l'invagination*. — On appelle collet ou mieux *collier*, le rebord circulaire formé par le repliement de la gaine

d'invagination. — La coupe perpendiculaire à l'axe fait voir trois cercles concentriques, tranches des trois cylindres. En allant de dehors en dedans on trouve : 1° une séreuse ; 2° deux muqueuses adossées, au point d'inflexion desquelles se trouve un cul-de-sac muqueux ; 3° deux séreuses adossées, au point d'inflexion desquelles se trouve un cul-de-sac séreux ; 4° enfin une muqueuse. — Le mésentère suit l'anse invaginée et vient se placer entre les cylindres moyen et interne : sa tension met obstacle à la progression de l'anse invaginée, et la disposition latérale de son insertion, donne au boudin de l'invagination une forme courbe, à concavité tournée vers le mésentère.

Quel que soit l'agent de l'étranglement, un trait est commun à ces diverses variétés : à savoir les lésions précoces de l'anse étranglée. Cette anse se congestionne, s'œdématisée, présente des ecchymoses intrapariétales, et aboutit finalement au sphacèle. C'est au niveau même de l'étranglement, au contour de la portion serrée, que la gangrène commence et arrive le plus promptement à l'ulcération. Mais les lésions ne se limitent point à la zone de striction : l'anse étranglée présente elle-même, comme je l'ai établi avec Bosc et BLANC, des hémorragies intrapariétales qui conduisent à la nécrose. Dans la production de ces lésions nécrosantes, il faut faire jouer un rôle, non seulement à la compression mécanique, mais encore aux migrations microbiennes qui s'effectuent à travers la paroi, les colibacilles pénétrant dans les diverses couches, à la faveur des altérations épithéliales de la muqueuse. De même, dans l'interprétation des phénomènes généraux qui de bonne heure aggravent l'étranglement interne, il faut faire la part de ces deux facteurs : d'un côté, l'irritation mécanique des plexus nerveux pariétaux et les réflexes cardiaque et pulmonaire qui en résultent ; d'un autre côté, la septicémie péritonéale qui est l'effet de l'infection séreuse transpariétale et les résorptions toxiques qui en dépendent.

3° ILÉUS PAR OBTURATION, OBSTRUCTION INTESTINALE. — La lumière de l'intestin peut être oblitérée (fig. 152) par diverses causes : 1° par des lésions extrapariétales (telle une grosse tumeur qui comprime l'intestin, ou bien une bride qui le coude et entraîne

la formation d'un éperon obturant à l'intérieur) ; 2° par des lésions pariétales qui rétrécissent l'intestin (tels les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle ou les rétrécissements cancéreux, surtout fréquents au niveau du gros intestin) ; 3° par des obstacles intracavitaires (tels, un boudin d'invagination chronique, une masse fécale obstruant le colon ou le rec-

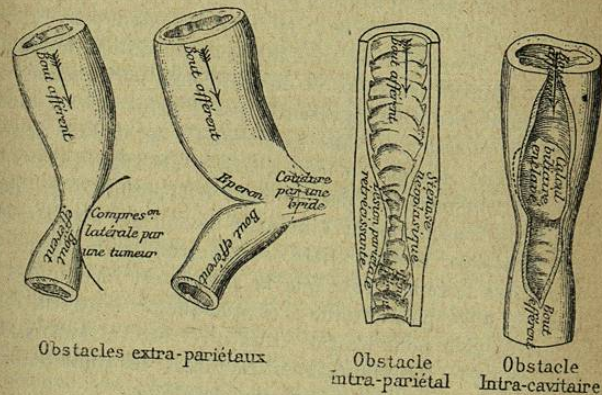


Fig. 152.

Divers types de l'obstruction intestinale.

tum, un paquet de lombrics, une concrétion intestinale et surtout un gros calcul biliaire brusquement enclavé).

**Symptômes.** — Deux formes cliniques s'observent. Dans l'une, les accidents éclatent brusquement, au milieu d'une santé parfaite, et subissent une aggravation rapide : c'est l'occlusion aiguë. Un sujet est pris d'une douleur soudaine, parfois déchirante, dans un point de l'abdomen, avec irradiation variable : cette douleur est continue, avec exacerbations causées par les contractions de l'intestin. La constipation est complète. Le malade, quelquefois après avoir évacué, par une ou deux selles, son bout inférieur, ne rend ni matières ni gaz. Les vomissements, d'abord alimentaires, puis biliaires, prennent rapidement le caractère fécaloïde, c'est-à-dire qu'ils ressem-

blent absolument au contenu jaunâtre ou brunâtre de l'intestin grêle. Le ventre se ballonne, le facies s'altère promptement et prend le type péritonéal : yeux excavés, traits tirés, nez effilé. La prostration des forces est rapide ; le pouls devient petit et fréquent ; la respiration accélérée est superficielle. La mort peut survenir dans les cas suraigus en moins de quarante-huit heures, par syncope brusque à l'occasion d'un vomissement. Ordinairement, quand il ne se produit pas de lésions perforantes, elle arrive du cinquième au dixième jour, au milieu de phénomènes de collapsus progressif et de septicémie péritonéale.

Une seconde forme est représentée par l'*occlusion chronique*. Le début ne se fait pas sans prodromes : le malade souffre depuis quelque temps de constipation alternant avec des débâcles, de météorisme, des troubles dyspeptiques. La douleur n'a ni la brusquerie, ni l'intensité des formes aiguës : elle est intermittente, mal localisée, se montrant sous forme de coliques après le repas. Tant que la sténose est incomplète, la constipation n'est pas absolue ; et quelquefois l'intestin reste encore perméable pour les gaz alors qu'il est infranchissable pour les matières. Le ballonnement est tardif : les vomissements ne prennent que plus tard le caractère fécaloïde.

En formule générale, les cas d'iléus par striction (étranglement interne, volvulus, invagination avec étranglement), présentent le type d'une occlusion aiguë. Au contraire, les formes d'iléus par oblitération (compression de l'intestin, rétrécissement cancéreux ou tuberculeux, obstruction stercorale ou par calculs biliaires, invagination sans étranglement), prennent ordinairement le type de l'occlusion chronique. — Mais, en clinique, cette formule est inconstante ; et il est assez fréquent d'observer des accidents d'occlusion aiguë succédant brusquement à des symptômes d'obstruction progressive : tel, par exemple, un rétrécissement cancéreux de l'intestin ayant le masque clinique de l'occlusion aiguë ; tel, par exemple, un calcul biliaire, provoquant les mêmes symptômes à la faveur d'un spasme intestinal qui tétanise l'anse sur l'obstacle.

**Diagnostic.** — Le problème comporte trois inconnues qu'il n'est point toujours possible de préciser : 1° déterminer l'exis-

tence d'une occlusion vraie ; 2° déterminer sa nature ; 3° son siège.

1° DÉTERMINER L'EXISTENCE D'UNE OCCLUSION VRAIE. — Toutes les fois qu'on se trouve en présence de symptômes d'occlusion, il faut pratiquer l'exploration attentive de toutes les régions où peuvent se présenter des hernies : on doit surtout se méfier des petites crurales étranglées et de la hernie obturatrice ; on se souviendra que cette dernière produit souvent de l'engourdissement de la cuisse et qu'elle occasionne une douleur vive sur le trajet du nerf obturateur ou du nerf crural. — Une autre affection offre la plus grande analogie avec l'occlusion aiguë : c'est la péritonite, surtout la péritonite appendiculaire. Il faut tenir compte des signes différentiels suivants : 1° dans la péritonite, l'arrêt des matières et des gaz est moins absolue ; 2° les vomissements sont plus souvent porracés que fécaloïdes, signe d'ailleurs inconstant ; 3° les anses intestinales sont moins dessinées, immobiles et sans contractions péristaltiques, ce qui est dû à la paralysie précoce de leur musculature ; 4° la douleur est plus rapidement généralisée à tout l'abdomen et, dans le cas de péritonite appendiculaire ou par perforation gastrique, on trouve, au niveau de la lésion originelle, une sensibilité plus marquée, avec contracture musculaire de défense ; 5° dans le cas d'iléus, l'urine contient beaucoup d'indican (signes de CARTER et de JAFFÉ).

2° QUELLE EST LA CAUSE DE L'OCCLUSION ? — Si les symptômes ont apparu avec la brusquerie et l'intensité caractéristiques de la forme aiguë, on peut penser à l'une des éventualités suivantes : un étranglement interne ; un volvulus ; une invagination aiguë ; un pseudo-étranglement par paralysie intestinale.

On pensera à une invagination s'il s'agit d'un enfant ou d'un jeune sujet, si l'on a noté, antérieurement, des selles muco-sanguinolentes, si la palpation de l'abdomen découvre, le plus souvent dans la région iléo-colique, une tuméfaction en forme de boudin, plus ou moins mobile. — Le volvulus se rencontre surtout chez les adultes et les vieillards ; son lieu d'élection est l'S iliaque : donc, on peut le soupçonner, s'il existe une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, si le ballonnement a débuté

par cette région, si la palpation abdominale délimite l'anse sigmoïde distendue et fixée, et surtout si, par le toucher rectal, on trouve dans le Douglas une tuméfaction rénitente.

L'acuité atroce de la douleur, les vomissements incoercibles et promptement fécaloïdes, le collapsus rapide avec hypotension artérielle, l'oligurie et même l'anurie complète : tels sont les signes qui doivent faire penser à un étranglement interne. Le signe de VON WAHL plaide dans le même sens : une anse, étranglée par un anneau, une bride ou un volvulus, prend dans l'abdomen une fixation et une distension anormales, qui se traduisent à la vue par l'asymétrie de la forme du ventre et à la palpation par une augmentation de la résistance. Malheureusement, ce signe de valeur réelle est rapidement masqué par le météorisme général. — Peut-on préciser davantage le diagnostic de nature de l'étranglement ? On inclinera vers l'hypothèse d'un étranglement par bride, si dans les antécédents du malade, on relève la mention d'une opération antérieure ou d'une poussée de péritonite. On pourra penser à un diverticule de MECKEL si le malade est porteur de quelques malformations congénitales (bec-de-lièvre, ectopie testiculaire) ; le jeune âge du sujet, la localisation de la douleur au côté droit du ventre (si bien qu'on a maintes fois confondu l'étranglement diverticulaire avec une appendicite) sont des circonstances à considérer. Mais ce ne sont là que des probabilités.

L'occlusion est apparue chez un malade atteint depuis quelque temps d'alternative de diarrhée et de constipation, d'amaigrissement, de mélæna : on pensera alors à un cancer intestinal, et ce diagnostic deviendra très probable si la palpation abdominale ou le toucher rectal révèlent une tumeur. — S'agit-il d'une femme âgée, ayant souffert antérieurement de coliques hépatiques et d'ictère, offrant des vomissements peu abondants, tardivement fécaloïdes : on peut soupçonner alors un calcul biliaire enclavé dans l'intestin ; il existe parfois une tumeur perceptible, mais elle manque le plus souvent.

L'invagination chronique peut être reconnue, quelquefois, par un ensemble de signes : hémorragie ; tumeur en boudin, surtout observée dans la région iléo-cæcale ; dans le cas où

l'invagination arrive jusque dans le rectum, constatation d'un boudin intrarectal. — Les accumulations fécales du rectum sont faciles à reconnaître : il suffit d'y mettre le doigt. L'obstruction stercorale au niveau des angles coliques se diagnostique par la dépressibilité et la malléabilité de la pseudo-tumeur.

3° QUEL EST LE SIÈGE DE L'OCCLUSION ? — Cette détermination est souvent impossible à préciser. Les éléments de ce diagnostic topographique nous sont fournis : 1° par l'inspection qui nous renseigne sur la forme du ventre et sur le degré du météorisme ; 2° par la palpation (toucher rectal ; palpation régionale de l'abdomen) ; 3° par la percussion et l'ausculta-

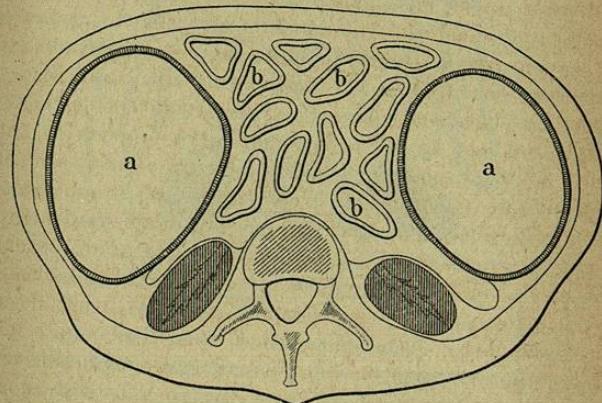


Fig. 133.

Forme du ventre dans le cas d'une occlusion siégeant sur la fin du colon.

tion ; 4° par l'étude de certains symptômes (acuité des phénomènes ; nature et époque d'apparition des vomissements ; quantité d'urine excrétée et modification de l'urine).

I. Inspection. — *Forme du ventre et du météorisme.* — Trouve-t-on l'abdomen uniformément ballonné, élargi dans les flancs par le météorisme des colons ascendant et descendant : c'est que l'obstacle occupe probablement la région de l'anse sigmoïde ou du rectum. Le flanc droit seul est-il élargi : c'est que

la lésion est vraisemblablement au niveau d'un angle colique. Enfin l'abdomen est-il globuleux, saillant en avant, avec un ballonnement d'abord circonscrit aux environs de l'ombilic : c'est que l'obstruction occupe l'intestin grêle : tel est le *signe*

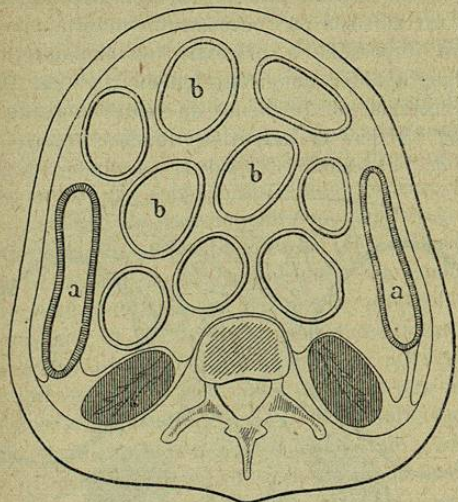


Fig. 154.

Forme du ventre dans le cas d'une occlusion occupant l'intestin grêle.

*de Laugier*, dont la valeur est inconstante. — Quand l'obstacle siège sur le gros intestin, le cæcum est dilaté, et l'on trouve dans la fosse iliaque droite un clapotement à timbre amphorique; au contraire, dans le cas d'une occlusion de l'intestin grêle, la dilatation cæcale est absente, puisque l'obstacle est en amont : tel est le *signe de Bouveret*, souvent masqué par le tympanisme général.

L'inspection permet encore d'étudier les contractions intestinales qui dessinent leurs anses en relief sous la paroi au moment des crises de colique. C'est ainsi que, dans le cas d'un obstacle du gros intestin, on voit, selon BOUVERET, un soulève-

ment en dos d'âne de la paroi abdominale, allant de la fosse iliaque vers le rebord costal.

II. *Palpation*. — Dans tous les cas, il faut pratiquer le *toucher rectal*. Il permet parfois de sentir, dans le Douglas, une rénitence ferme, constituée par l'anse sigmoïde tordue en volvulus. Il fixe le diagnostic des rétrécissements cancéreux du rectum ou des invaginations coliques descendues dans l'ampoule. Dans l'hypothèse d'un étranglement interne portant sur une anse grêle, il permet quelquefois de percevoir dans le Douglas, un épanchement, qui est l'épanchement séro-hématique de Gangolphe.

La palpation fait constater : 1° la résistance d'une anse étranglée; 2° la présence d'une tumeur en boudin dans le cas d'invagination; 3° les points douloureux; 4° la défense musculaire des parois. — Quand une anse est étranglée, elle devient le siège d'un météorisme local : aux premières heures, et avant que le tympanisme généralisé n'empêche cette palpation, on perçoit, parfois au niveau d'une voussure visible, une résistance plus grande avec tonalité plus élevée à la percussion, due à l'anse distendue, fixée et sans mouvements péristaltiques. Tel est le *signe de Von Wahl*. S'il s'agit d'une tumeur d'invagination, surtout palpable quand elle occupe la région iléo-cæcale on observe qu'elle se durcit et se contracte pendant les paroxysmes douloureux. — La constatation d'un point douloureux, avec défense musculaire à ce niveau, est parfois un indice important : ainsi, selon BOUVERET, dans le cas de dilatation cæcale et d'obstacle siégeant sur le gros intestin, le maximum de la douleur siège dans la fosse iliaque droite.

III. *Percussion et auscultation*. — La percussion permet quelquefois de constater dans les parties déclives de l'abdomen la présence d'une zone mate, dont les limites se déplacent par les mouvements du malade, et qui est due à la présence d'un épanchement séro-hématique : c'est le *signe de Gangolphe*, qui révèle un étranglement serré siégeant sur l'intestin grêle. — Si l'on ausculte le cæcum, pendant qu'on injecte du liquide dans le gros intestin, on entend un gargouillement, qui indique

que le rectum et le côlon sont libres : ce mode d'exploration, conseillé par BRIQUET et VELPEAU, permet donc d'établir que l'obstacle n'occupe pas le gros intestin.

IV. *Étude de certains symptômes.* — Des vomissements féca-loïdes précoces, indiquent que l'obstacle occupe l'intestin grêle : tardifs, ils sont en rapport avec une obstruction du gros intestin. — L'intensité et la rapidité des symptômes généraux, altération du facies, faiblesse du pouls, dyspnée, est une présomption en faveur d'une occlusion par étranglement et de son siège sur l'intestin grêle. — L'indicanurie (signe de CASTER et de JAFFE) s'observe surtout dans les occlusions de l'intestin grêle; l'oligurie et l'anurie, par troubles réflexes, sont plus marquées dans les étranglements, et ces étranglements siègent plutôt sur les anses grêles.

**Traitement.** — Le lavement électrique peut donner des résultats dans les pseudo-étranglements par paralysie intestinale. — Dans l'occlusion aiguë et surtout dans l'étranglement, l'indication est de faire la laparotomie pour lever l'obstacle : cette intervention doit être précoce; car, d'après les données de NAUNYN, après le deuxième jour, il faut craindre la gangrène et l'infection. Cette intervention se heurte à deux grosses difficultés : la contention des anses météorisées, l'incertitude de l'obstacle. Ce dernier peut n'être découvert parfois que par l'éviscération de la masse intestinale — selon la technique de KUMMEL. — La laparotomie reste encore indiquée dans les cas d'occlusion par invagination, par corps étranger, par néoplasme limité et mobile.

Lorsque le chirurgien se trouve, après la laparotomie, en présence d'un obstacle qu'il ne peut supprimer, il pratique soit l'*entéro-anastomose* au-dessus de l'obstacle, soit l'*exclusion* de l'intestin, soit l'*entérostomie*, c'est-à-dire l'ouverture d'un anus contre nature au-dessus de l'obstruction.

Entre ces trois partis, lequel choisir ? — L'*entéro-anastomose* de Maisonneuve est le procédé le plus simple de dériver le cours des matières en abouchant l'anse intestinale en amont de l'obstacle à l'anse en aval : elle convient aux néoplasmes inopérables, avec infiltration étendue. — S'il s'agit d'une lésion inflammatoire

sténosante, simple ou tuberculeuse, impossible à réséquer, il faut préférer à l'entéro-anastomose, qui laisse persister une circulation partielle et une irritation des parties malades par les matières fécales, l'*exclusion* (fig. 455) qui isole complètement le



Fig. 455.

Exclusion bilatérale ouverte du caecum : bout central abouché, anastomose latéro-latérale de l'iléon dans le côlon (RICARD et LAUNAY).

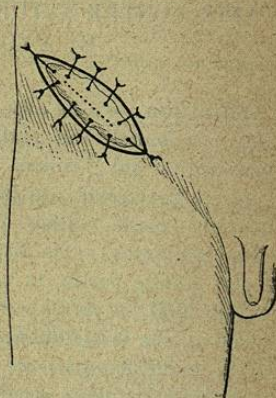


Fig. 456.

Anus iliaque de NÉLATON.

tronçon intestinal imperméable, en le sectionnant à ses deux bouts qu'on fistulise à la peau et qu'on draine largement, et en rétablissant le cours des matières par une implantation termino-latérale, ou latéro-latérale, de l'intestin, sur un point en aval de l'obstacle. — Enfin, l'*entérostomie* d'emblée est indiquée quand la gravité de l'état général contre-indique la laparotomie. Elle se pratique selon le procédé de NÉLATON : incision parallèle à l'arcade crurale droite; attraction au dehors de la première anse distendue qui se présente; fixation de l'anse, dans la plaie, au moyen d'une couronne de points de suture réunissant le péritoine pariétal au péritoine viscéral; ouverture de l'anse.