

Le **diagnostic** des corps étrangers de l'intestin est ou très facile ou très difficile : les commémoratifs, l'examen du malade, l'état de l'abdomen, les résultats fournis par les selles, les purgatifs d'exploration, en sont les principaux éléments.

Le **pronostic** n'est pas très grave; la mortalité, d'après Mignon, ne serait que de 7 pour 100 environ. — La mort survient par marasme, obstruction intestinale ou péritonite par perforation.

Traitement. — Le traitement est médical et chirurgical. Contre les tumeurs stercorales, le traitement médical sera *prophylactique d'abord* : éviter la constipation; *curatif ensuite* : purgatifs répétés s'il y a lieu. Contre les corps étrangers venus du dehors, la thérapeutique médicale est impuissante. Le seul traitement curatif serait l'ablation du corps étranger par l'*entérotomie*. Cette opération trouve son indication principale dans l'obstruction intestinale. Tentée quelquefois, mais généralement faite trop tard, elle a cependant donné des succès à plusieurs opérateurs. White a retiré par cette voie une cuiller engagée dans l'intestin.

Les péri-entérites suppurées ou non, les péritonites même, réclament un traitement qui ne doit pas nous arrêter.

QUATRIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU TUBE DIGESTIF

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION INTESTINALE

Définition. — Ce terme, employé pour la première fois par Masson dans sa thèse, 1857, est aujourd'hui d'un usage presque universel pour désigner *un ensemble remarquable d'accidents résultant d'un obstacle mécanique quelconque au cours des matières intestinales*, sous cette réserve que l'obstacle n'est pas constitué par un orifice normal ou accidentel des parois abdominales.

Cette définition élimine la hernie étranglée, qui est bien un type

d'occlusion intestinale, mais dont les caractères et le traitement sont suffisamment nets pour justifier une description isolée.

Synonymie. — Les termes anciens ne sont plus employés que pour désigner des cas particuliers : iléus, volvulus, passion iliaque, colique de miserere, invagination, étranglement interne, obstruction.

Division étiologique. — Les causes de l'occlusion intestinale sont nombreuses et variées. On a souvent tenté de les classer méthodiquement. Maisonneuve semble s'être approché du but en décrivant : 1° des compressions; 2° des obturations; 3° des rétrécissements, que l'on peut rapporter, c'est une autre façon d'exprimer la même idée : 1° à des causes extrinsèques; 2° à des causes cavitaires; 3° à des causes pariétales.

L'impossibilité de faire entrer dans ce cadre, d'une façon naturelle, les invaginations, les torsions, les volvulus, nous a fait admettre une autre division. (Th. d'agrég. Paris, 1880.)

Nous diviserons donc les causes de l'occlusion en :

- 1° Vices de position;
- 2° Compressions;
- 3° Obturations;
- 4° Rétrécissements.

Anatomie et physiologie pathologiques. — 1^{re} Classe : *Vices de position.*

Ce groupe très important comprend : 1° l'invagination; 2° les torsions et les coudures de l'intestin. Théoriquement, toutes ces espèces sont justiciables d'un même traitement *curatif*. Il s'agit de modifier une position vicieuse, de désinvaginer, de dénouer un volvulus, de redresser une courbure.

1° *Invagination.* — Selon la statistique de Benj. Philips, elle constitue un peu plus du tiers des occlusions intestinales (57 pour 100).

Elle se rencontre le plus souvent chez l'enfant, et a pour siège ordinaire le gros intestin, ou à la fois le gros intestin et la dernière portion de l'intestin grêle : invagination iléo-cæcale. Voici les chiffres fournis par Leichtenstern.

On trouve par 100 invaginations :

Iléo-cæcales	44
Purement coliques	18
Iléo-coliques	8
De l'iléon seul	30

Le vice de position consiste ici dans le renversement d'une portion du tube intestinal, qui, retournée à la façon d'un doigt de gant, s'engage dans la portion voisine. Presque toujours l'invagination est *descendante* ; c'est la partie la plus élevée qui plonge dans la partie inférieure. Exceptionnellement, on observe la disposition contraire.

L'intestin représente, dans le type ordinaire de l'invagination descendante, trois cylindres superposés : le premier, extérieur, appartient à la portion inférieure de l'intestin, c'est la *gaine*. Il se continue, au niveau d'un pli circulaire, *collier*, qui le termine brusquement, avec le cylindre moyen. Celui-ci, logé sous le précédent, se replie lui-même après un trajet plus ou moins long, formant ainsi un nouveau pli circulaire et un nouvel orifice, libre, arrondi et muqueux (orifice intestinal). Partant de ce point, le troisième cylindre remonte vers la partie supérieure de l'intestin et se continue avec elle.

Exceptionnellement, la masse formée par l'intestin déjà invaginé vient plonger tout entière dans la portion inférieure et voisine du tube digestif, formant ainsi une invagination nouvelle : *invagination double*. On a même vu une *invagination triple* (Bucquoy).

L'intestin invaginé forme une masse allongée, un *boudin* incurvé, concave du côté de l'attache mésentérique. On le trouve le plus souvent, on le comprend, dans la fosse iliaque droite ; mais il peut occuper d'autres points, soit primitivement, soit à la suite de son transport à travers la cavité abdominale. Un boudin d'invagination peut en effet cheminer dans la cavité du gros intestin, qui se retourne de plus en plus, occuper successivement la fosse iliaque droite, le flanc droit, l'épigastre, l'hypochondre gauche, et même la fosse iliaque de ce côté. Dans quelques observations, l'intestin invaginé arrivait jusqu'à l'anus et même le franchissait.

On comprend que cette disposition de l'intestin mette obstacle au cours des matières. Lobstein, comparant l'intestin invaginé à la hernie étranglée, fait jouer au *collier* le rôle d'anneau stricteur. L'occlusion ainsi produite doit avoir souvent, et l'observation le démontre, une certaine mollesse ; elle est parfois incomplète et lente à s'établir.

L'intestin invaginé présente cependant, plus ou moins rapidement, des troubles circulatoires aboutissant d'abord à l'injection et à l'œdème de ses parois, bientôt à l'adhérence des gaines péritonéales emboîtées

les unes dans les autres, enfin à la gangrène de l'anse engagée. — On voit quelquefois cette portion de l'intestin s'éliminer d'une seule pièce et venir dans les selles. L'adhérence intime qui s'est tout d'abord établie entre les divers feuillets péritonéaux emboîtés permet à cette élimination de se faire sans que la cavité péritonéale soit souillée par les matières intestinales. Le malade guérit ainsi par une sorte de résection spontanée de l'intestin ; mais il persiste souvent un léger rétrécissement au niveau de la ligne de séparation.

Les troubles fonctionnels de l'occlusion, que nous étudierons plus loin, acquièrent le plus souvent une intensité telle que le malade succombe avant l'élimination curative. D'ailleurs l'inflammation et la gangrène ne se limitent pas toujours à l'anse ; les adhérences péritonéales sont parfois insuffisantes ; il peut se produire des péritonites par perforation.

2° La *torsion* simple, mais permanente, de l'intestin sur son axe s'observe surtout à l'S iliaque. Elle serait assez commune en Russie (Lingen), et tiendrait à une alimentation trop exclusivement végétale (Grübe). Le cours des matières est surtout gêné par la pression du mésentère appliqué sur l'intestin.

Le *volvulus* consiste dans des torsions plus compliquées, disposées parfois sous la forme de nœuds impossibles à expliquer.

2^e Classe : *Compressions et étranglements*.

Des corps très divers, indépendants de l'intestin et extérieurs à lui, peuvent l'enserrer ou le comprimer de façon à produire l'occlusion. Il faut ici distinguer deux ordres d'agents. Les uns, minces, agissent par compression étroite ; ils *étranglent* l'intestin. Les autres opèrent sur une large surface. Tous sont justiciables théoriquement du même traitement curatif ; on dégagera l'intestin en éloignant, coupant, dénouant le corps stricteur.

A. Les *causes des compressions étroites* sont de trois ordres principaux : *a*, les anneaux des hernies intra-abdominales ; *b*, les orifices accidentels ; *c*, les nœuds diverticulaires.

a. Les *hernies intra-abdominales*, déjà étudiées par A. Cooper. Parise, Gosselin, ont fait plus récemment l'objet d'un mémoire très intéressant de Faucon, 1875.

Une grande partie de ces hernies n'est autre chose que le résultat de la réduction en masse d'une hernie extérieure, suivant la théorie de Gosselin, que Faucon a étayée d'un grand nombre de faits, où les

commémoratifs ne laissent guère de doute. — Le type le plus parfait nous en est fourni par les hernies propéritonéales dont nous parlerons plus loin.

Mais il paraît bien, comme le dit Duplay, que, dans certains cas, il s'agit de hernies internes étranglées dans un sac péritonéal diverticulaire.

Telles seraient : la *hernie mé-ocôlique* (A. Cooper, Peacock) étranglée dans une sorte de dédoublement du mésocôlon gauche ; la *hernie de Rieux, variété de hernie iliaque*, décrite par cet auteur en 1855, et dans laquelle l'intestin était enfermé dans un diverticule péritonéal long de 7 centimètres, large de 5, situé au-dessous et en arrière du cæcum ; la *hernie rétropéritonéale de Treitz*, 1857, où une portion extrêmement considérable de l'intestin pénètre par l'hiatus de Winslow dans l'arrière-cavité des épiploons : telles encore certaines hernies du ligament large et quelques autres, très rares également, anté-vésicales ou intra-pelviennes. — La hernie diaphragmatique étranglée rentre presque toujours dans cette catégorie, à cause de son siège interne et des difficultés de son diagnostic.

b. La seconde catégorie des étranglements internes s'effectue par un *orifice accidentel*, et celui-ci est presque toujours constitué par une *bride péritonéale* ou *épiplôïque*, étendue entre deux viscères, entre deux points quelconques de la paroi, ou entre une anse intestinale et la paroi abdominale. Ces brides résultent presque toujours d'inflammation antérieure péritonéale ou pelvi-péritonéale. (Thèse Nouet, 1874.)

Beaucoup plus rarement, il s'agit d'un étranglement produit par une boutonnière, une déchirure du mésentère ou de l'épiploon. — On a encore vu des brides formées par la trompe, l'ovaire, le ligament rond, le pédicule allongé d'une rate supplémentaire.

c. Enfin parfois l'intestin est enserré par un véritable *nœud* constitué par un *diverticule intestinal*. Ces diverticules sont presque toujours des restes du conduit omphalo-mésentérique ; l'appendice vermiculaire du cæcum, qui est lui-même un vestige de développement, peut aussi produire les mêmes effets. Ces prolongements ensèrent d'un véritable nœud simple ou double une portion plus ou moins considérable d'intestin : *Nœuds diverticulaires de Paris*.

B. Les *compressions larges* sont le fait des tumeurs intra-abdominales : tumeurs utérines, surtout tumeurs fibreuses (Faucon),

quelquefois rétroversions ; kystes ovariens ; tumeurs prostatiques ; rate flottante (Barbesin) ; foie (Ulmes) ; anévrysme de l'aorte abdominale (Castex) ; hématoécèles ; tumeurs inflammatoires diverses, etc.

Les troubles fonctionnels résultant de ces compressions sont toujours lents à s'établir. Pendant longtemps l'occlusion reste incomplète, interrompue par des périodes de perméabilité. Tandis que le bout inférieur est vide, le bout de l'intestin placé au-dessus de la portion comprimée se trouve distendu par les matières accumulées. Il peut à la longue s'altérer, se perforer, d'où une péritonite terminale.

5^e Classe : *Obturations par le fait de corps divers contenus dans la cavité de l'intestin.*

Ce que nous avons dit précédemment des corps étrangers de l'intestin suffit amplement. Rappelons que des polypes ont quelquefois joué le rôle de véritables corps obturateurs.

4^e Classe : *Rétrécissements.*

On peut en décrire quatre espèces principales :

a. *Rétrécissement spasmodique, iléus des anciens.* — Il doit exister rarement ; le spasme n'en est pas moins un élément fort important surajouté dans beaucoup d'occlusions de l'intestin.

b. Les *rétrécissements cicatriciels*, bien rarement d'origine traumatique, sont ordinairement le résultat des cicatrices qui succèdent aux ulcérations de la dysenterie, de l'entérite, de la fièvre typhoïde. Les lésions de la dysenterie occupent surtout le gros intestin.

c. Les *rétrécissements produits par des néoplasmes des parois* se rencontrent 96 fois sur 100 au niveau du gros intestin, et 80 fois au rectum (Leichtenstern). L'occlusion produite par les néoplasmes s'établit, dans l'immense majorité des cas, d'une façon lente et graduelle, comme celle qui résulte des compressions larges. Par exception, elle éclate au contraire subitement comme un étranglement interne véritable.

d. *Rétrécissements congénitaux.* — Ils siègent ou à l'intestin grêle, sans doute au voisinage de ce qui fut l'abouchement du conduit de la vésicule ombilicale, ou bien encore à la fin de l'S iliaque et du rectum.

Symptomatologie et marche. — L'occlusion intestinale présente deux formes cliniques assez différentes pour mériter une description isolée : la *forme aiguë*, caractérisée par le terme