

d'étranglement interne, et la forme chronique, que désigne plutôt le mot d'*obstruction intestinale*.

A. *Forme aiguë : étranglement interne*. — Après avoir présenté pendant quelques jours des troubles digestifs vagues, ou sans symptômes prémonitoires d'aucune sorte, le malade est pris d'une douleur vive, parfois atroce, dans un point de l'abdomen; des nausées se manifestent rapidement; les vomissements leur succèdent, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis enfin fécaloïdes. La face se décompose, les traits se grippent, les extrémités se refroidissent, la température s'abaisse; le ventre, souvent rétracté au premier moment, se ballonne; les selles, l'émission des gaz, sont suspendues; enfin, après une période d'agitation et d'angoisse, une prostration extrême jointe à une hypothermie croissante marque les derniers moments du malade. Nous indiquerons plus loin les cas bien rares dans lesquels une terminaison favorable peut pourtant s'observer.

Certains points de ce tableau méritent d'être étudiés en détail, et ces principaux éléments du syndrome clinique, occlusion intestinale, sont : 1° la douleur; 2° la constipation; 3° le météorisme; 4° les vomissements; 5° les symptômes généraux qu'on peut résumer dans ces deux mots : *apyrexie* et *hypothermie*.

1° La *douleur* manque très rarement dans les formes aiguës; elle est presque toujours le phénomène initial (Damaschino). Locale, peu intense au début, elle devient rapidement excessive, générale; le moindre mouvement l'exagère; les malades se roulent sans repos en poussant des cris déchirants : c'est la colique de miserere. Elle témoigne par son intensité de la souffrance et de l'irritation du grand sympathique, et peut aller jusqu'à la mort (Le Fort). La précision de son siège est parfois un bon signe de diagnostic au début.

Dans d'autres cas, elle est plus sourde; ou bien c'est une sensibilité excessive de l'abdomen météorisé rendant impossible le contact des draps ou des couvertures (péritonite aiguë généralisée).

2° *Constipation*. — Un des plus importants et souvent aussi l'un des premiers symptômes, la constipation, toujours opiniâtre, ne tarde pas à devenir absolue et non seulement on constate l'arrêt complet des matières, mais on note même l'absence complète d'émission de gaz par l'anus.

3° *Météorisme*. — Cet arrêt dans la circulation des matières et des

gaz provoque bientôt le ballonnement du ventre, signe d'une grande valeur dans certains cas, comme l'a bien indiqué Laugier. Nous y reviendrons à propos du diagnostic du siège de l'occlusion.

Le ballonnement augmente parfois très rapidement; les anses intestinales se dessinent sous la peau du ventre distendu et sonore comme un tambour; le diaphragme est refoulé en haut, les espaces intercostaux sont élargis; la respiration se trouve extrêmement gênée.

4° Les *vomissements* constituent un phénomène constant. Les matières vomies doivent être conservées avec soin et régulièrement examinées; elles sont d'abord alimentaires, puis muqueuses, puis bilieuses, puis enfin *fécaloïdes*. — L'importance de ces dernières est absolument capitale; nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement à propos de l'étranglement herniaire.

En cas de péritonite par perforation, les vomissements peuvent prendre l'aspect porracé.

D'après quelques auteurs, ils seraient d'autant plus précoces que l'obstacle siègerait plus haut; Besnier ne le pense pas; Hilton et Bryant croient également que la précocité des vomissements tient plus à l'étroitesse de la constriction qu'à son siège.

Enfin les *symptômes généraux* complètent le cadre de l'occlusion intestinale : parfois ils sont lents à survenir; dans d'autres cas, au contraire, ils se caractérisent dès le début avec une rapidité et une intensité remarquables.

Non seulement il y a presque toujours *apyrexie* complète, mais encore hypothermie, l'abaissement de température descendant jusqu'à 36 degrés, 35°,5. — Le pouls est fréquent, mais il est surtout petit, dépressible, abdominal en un mot. — La peau, froide, se couvre bientôt d'une sueur visqueuse; les extrémités se cyanosent, les forces tombent dès le premier moment (Erichsen), et le malade arrive rapidement à un état de prostration extrême qui va croissant jusqu'à la mort. Si l'occlusion marche très rapidement, la voix s'éteint, les urines sont supprimées, on peut même observer des crampes dans les mollets, des spasmes convulsifs des muscles de l'avant-bras et de la main; le tableau devient celui du choléra herniaire, du péritonisme le plus marqué. — Le facies est grippé, abdominal, la teinte est terreuse, les yeux profondément excavés, les narines pincées, les lèvres cyanosées, et ces modifications effrayantes s'accompagnent

souvent d'une dyspnée excessive que n'explique aucune lésion pulmonaire.

Cette marche aiguë appartient surtout au volvulus, au plus grand nombre des invaginations, à toutes les constrictions étroites qui méritent anatomiquement le nom d'étranglement interne. Cet état dure 5, 6, 8 jours, quelquefois moins, 24 heures, 48 heures.

B. Forme chronique : obstruction intestinale. — Elle débute insidieusement par des troubles digestifs, des douleurs abdominales vagues, une constipation de plus en plus opiniâtre.

Par moments, la constipation, qui a pu durer 8 à 10 jours et davantage, cède ; une débâcle se produit, suivie d'une amélioration momentanée ; mais ce n'est qu'une rémission passagère : l'obstruction ne tarde pas à reparaitre, s'accroissant chaque fois davantage. Les débâcles deviennent de plus en plus rares, et, lorsqu'elles se produisent, le malade sort très épuisé de cette espèce de crise. Il y succombe à la fin. Il peut aussi périr autrement : l'obstruction devenue complète, accompagnée de vomissements, d'hypothermie, de collapsus, se termine à la façon de l'occlusion ordinaire ; une péritonite par perforation peut avancer la mort. L'affection se prolonge le plus souvent des semaines et des mois.

Les occlusions ano-rectales présentent à un haut degré ce caractère de chronicité.

Terminaison. — Pronostic. — La guérison est possible, à la rigueur, dans l'occlusion intestinale, par l'élimination de l'anse invaginée, l'expulsion d'un corps étranger, l'évacuation d'une tumeur stercorale, plus rarement la rupture d'une bride péritonéale cause des accidents.

Chez certains malades, une péritonite localisée se forme ; l'intestin se perforé et une fistule s'établit après ouverture d'un phlegmon stercoral.

Dans la grande majorité des cas, la mort est la conséquence de l'occlusion ; elle survient par aggravation des symptômes de péritonisme, hypothermie croissante, ou bien elle est le fait d'une péritonite généralisée par perforation.

Le pronostic est donc extrêmement sérieux ; l'occlusion chronique ne le cède guère à ce point de vue à l'occlusion aiguë, le malade pouvant succomber à une attaque ultérieure, s'il vient à guérir de celle qu'on observe. La détermination exacte de la

cause serait ici fort importante. Les invaginations, les torsions de l'intestin sont, par exemple, moins redoutables que les nœuds diverticulaires.

Diagnostic. — En présence de l'appareil symptomatique que nous venons de décrire, le premier devoir du chirurgien qui veut poser sûrement le diagnostic d'*occlusion intestinale* est d'explorer avec soin les régions herniaires pour s'assurer qu'il n'y a pas dans un de ces points une anse ou une portion d'anse intestinale étranglée, et d'interroger avec soin le malade relativement à l'existence d'une petite hernie qui pourrait rester inaperçue.

En second lieu, il faut songer aux hernies intra-abdominales et aux hernies rares : hernie diaphragmatique, hernie lombaire, hernie obturatrice, hernie périnéale, vaginale ou vagino-labiale.

En troisième lieu, il faut s'assurer que le malade est bien atteint d'une constipation opiniâtre et absolue ; ce point établi permettra facilement en général d'écarter le diagnostic de choléra ou d'empoisonnement auquel pourraient faire songer l'hypothermie, la cyanose, les crampes, l'extinction de la voix, la suppression des urines, les vomissements.

Cette distinction n'offre pas de difficultés ; mais il n'en est pas de même de la péritonite chronique et de la péritonite aiguë, principalement de la péritonite par perforation.

En faveur de la péritonite par perforation, on invoque :

1° L'absence de phlegmasie antérieure du péritoine ; 2° la généralisation rapide de la douleur ; 3° le météorisme égal des deux côtés ; 4° la constipation moins absolue : émission de quelques gaz, diarrhée ultime ; 5° les vomissements, plutôt bilieux que fécaloïdes, d'un liquide brun verdâtre, foncé, trouble, intermédiaire entre la coloration jaunâtre du vomissement fécaloïde et le vert porracé du vomissement de la péritonite aiguë généralisée.

Dans un cas, Duplay, qui a fort bien étudié ces formes de péritonite par perforation présentant l'apparence de l'occlusion, a signalé un épanchement assez abondant pour se traduire par de la matité. Henrot insiste sur la présence d'un frisson au début, sur l'élévation de la température.

Dans la péritonite chronique, simple, tuberculeuse ou cancéreuse, les antécédents, l'examen des autres viscères, l'état général, l'allure plus torpide des phénomènes, les signes incomplets, la constipation

moins opiniâtre, la persistance de l'émission des gaz, les vomissements rarement fécaloïdes, permettront de faire le diagnostic, mais il ne faut pas oublier qu'une erreur est facile à commettre. De nombreux exemples l'ont bien prouvé.

Le chirurgien, assuré qu'il a bien affaire à une occlusion intestinale, doit se demander quel est son *siège*.

Le *toucher rectal* permet de reconnaître immédiatement l'existence si fréquente d'un *obstacle ano-rectal* : rétrécissement fibreux, cancer du rectum siégeant à une hauteur variable chez des sujets ayant dépassé la quarantaine, compression par des tumeurs siégeant dans le petit bassin, etc. Il s'agit, dans tous les faits précédents, d'occlusions à marche chronique, et l'attention du chirurgien est le plus souvent appelée du côté du rectum par des symptômes observés depuis longtemps.

Cette exploration n'en est pas moins bonne à faire dans tous les cas ; si elle est négative, on peut diagnostiquer plus sûrement une occlusion intestinale proprement dite.

La *région de l'abdomen* où siège l'affection est parfois indiquée dans l'occlusion aiguë par la *fixité de la douleur* en un point, la *sensation* de la place occupée par la barrière (Fagès, Besnier, Bulteau), ou encore par une tuméfaction limitée qui pourrait être perçue avant que le météorisme ne soit trop considérable. Malheureusement, ces signes sont loin d'être constants, ce qui leur ôte beaucoup de leur valeur.

Certaines indications symptomatiques permettent quelquefois de dire dans quelle portion du tube intestinal siège l'obstacle.

Si le ballonnement est généralisé, les flancs développés dès le début, si les lavements donnés dans un but d'exploration pénètrent mal dans le gros intestin, dont la capacité normale est d'environ 2 litres, si les sondes introduites par l'anus sont arrêtées à une courte distance, *s'il existe du ténesme rectal, malgré la constipation et la vacuité du rectum* (Faucon), on pensera que *l'obstacle siège à la fin du gros intestin*. On a trouvé plusieurs fois des invaginations descendues jusqu'au niveau de l'anus (Pidoux, Buret).

L'exploration du rectum au moyen de la main introduite tout entière par l'anus (méthode de Simon, d'Heidelberg) nous paraît trop difficile et trop dangereuse pour mériter d'être recommandée.

Quelquefois la vacuité du flanc gauche, contrastant avec le

météorisme du reste de l'intestin, permettra de croire à l'existence d'un *obstacle siégeant à la partie moyenne du gros intestin*.

Enfin on devra soupçonner *l'intestin grêle et surtout sa terminaison*, si les flancs sont plats, l'ombilic très développé, le ventre globuleux, saillant à sa partie moyenne, si les phénomènes généraux sont très graves, s'ils sont survenus très rapidement. — La suppression ou la diminution de l'urine avec ou sans ténesme vésical est plutôt en rapport aussi avec l'étranglement de l'intestin grêle.

Ces données, quelque imparfaites et inconstantes qu'elles soient, sont sans doute précieuses pour l'intervention chirurgicale ; mais elles ne nous apprennent que peu de chose sur la *cause de l'occlusion intestinale*.

Pour tenter ce diagnostic de la cause, il faut procéder par élimination, s'appuyant principalement sur les commémoratifs et sur certaines particularités relatives à l'histoire pathologique des diverses affections qui peuvent à un moment donné se compliquer d'occlusion.

A. *Occlusion aiguë*. — La première pensée qui doit venir par ordre de fréquence, c'est *l'invagination aiguë*, s'il s'agit d'un *enfant*. Surtout avant l'âge de quatre ans (Duchaussoy), on ne pourra guère poser d'autre diagnostic.

Les invaginations, nous l'avons vu, occupent ordinairement le gros intestin, 70 fois sur 100 (Leichtenstern) ; on découvre le plus souvent dans le flanc droit le cylindre invaginé sous la forme d'une tumeur perceptible au début, ovoïde, mobile parfois : la vacuité du flanc gauche est remarquable (Dance).

La marche est moins rapide généralement que dans le volvulus ; la constipation n'est pas absolue ; il y a parfois des épreintes anales, du ténesme, des selles muco-sanguinolentes où l'on peut retrouver des portions de l'intestin sphacélé.

Chez l'enfant, en l'absence de signes positifs d'invagination, pourtant il faut songer à la possibilité des étranglements dans des diverticules péritonéaux.

S'agit-il d'un *adulte* ? Si l'affection présente une évolution très rapide, un début brusque, on pensera à un volvulus ou à l'étranglement interne. L'absence de tout antécédent morbide est en faveur de la torsion de l'intestin, ou du volvulus, tandis que des troubles digestifs antérieurs, les commémoratifs d'une péritonite localisée ou