

ment en passant dans l'anse formée par le diverticule que l'intestin s'étrangle ; le même accident a lieu quand l'intestin s'engage sous le pont formé par l'adhérence du diverticule, soit avec les viscères abdominaux, soit avec les parois de l'abdomen. On peut ranger dans la même catégorie de causes, les adhérences anormales de l'extrémité libre de l'appendice cœcal, donnant lieu à la formation d'une bride sous laquelle s'engagent les viscères.

D'autres fois une portion d'intestin s'introduit dans une ouverture anormale du mésentère (Biangini), ou bien s'engageant dans l'arrière-cavité des épiploons par l'hiatus de Winslow, sort par une ouverture anormale du mésocôlon transverse (Blandin). On a trouvé l'intestin engagé dans une ouverture du diaphragme (Sigaud), dans une *déchirure* du mésentère ou de l'épiploon. Dans d'autres cas, ce sont des brides péritonéales de formation plus ou moins ancienne, sous lesquelles l'intestin s'introduit et s'étrangle (Louis, Gaubric). Chez un sujet, on trouva, à l'autopsie, l'épiploon roulé en corde et entourant toute la masse des intestins et le mésentère (Vidal). Les viscères abdominaux, en contractant des adhérences ensemble ou avec des replis péritonéaux, forment des espaces à travers lesquels les intestins peuvent s'engager et s'étrangler. Mackenzie et Trousseau ont signalé des cas de torsion de l'S du côlon sur elle-même, d'où un obstacle au cours des matières. L'enroulement d'une anse de l'intestin autour du pédicule d'un kyste de l'ovaire a été constaté par R.-L. Hardy. Dans un cas, rapporté par Alonzo, l'étranglement de l'intestin reconnaissait pour cause un déplacement de la rate et du pancréas. Dans ces diverses circonstances, on trouve que la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle est considérablement distendue par l'accumulation de matières fécales et de gaz ; les parois en sont épaissies. Quelquefois la partie étranglée est enflammée ; il y a des traces de péritonite.

Causes. Elles sont obscures. L'invagination de l'intestin atteint surtout les enfants de la première année ; les garçons plus souvent que les filles. Dance en rapporte le point de départ à des inflammations intestinales. Le professeur J. Cloquet cite un cas où l'invagination a été occasionnée par un polype qui a entraîné l'intestin. L'étranglement interne proprement dit s'observe surtout chez les adultes et les vieillards. Quelques malades sont affectés pendant un certain temps de coliques et de vomissements. Il en est chez lesquels les accidents éclatent après un écart de régime, une mauvaise digestion, des efforts violents, des violences extérieures portées sur l'abdomen.

Symptômes. Il convient de les examiner pour les cas d'invagination de l'intestin et pour ceux où il existe un étranglement interne :

1° Dans les cas d'*invagination*, il y a des douleurs de ventre dont le siège est variable, des alternatives de diarrhée et de constipation, des troubles dans les digestions. Plus tard arrivent des nausées, des vomissements bilieux, des coliques souvent très-violentes ; le ventre est sensible à la pression. Par la palpation de l'abdomen, on constate l'existence d'une tumeur oblongue, souvent très-volumineuse, mate à la percussion. Tantôt il y a

des selles liquides, brunâtres, sanguinolentes et même fétides ; tantôt il existe une constipation opiniâtre ; le plus souvent il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. Dans les premiers temps, la face est peu altérée, le pouls peu fréquent ; plus tard, il y a de la fièvre, une soif intense, des éructations, des régurgitations, des vomissements ; du hoquet ; la face est altérée, il survient de l'amaigrissement et le malade éprouve de l'anxiété. Plus tard encore, le ventre est volumineux, sensible, ce qui est dû à la péritonite développée autour de l'invagination. Il y a des selles brunâtres et liquides avec épreintes, ou de la constipation ; la face est grippée, le pouls petit ; la peau se refroidit.

2° Dans les cas d'*étranglement interne*, l'affection débute quelquefois brusquement ; d'autres fois elle est précédée de troubles digestifs, notamment de coliques et de constipation. Quand l'étranglement est accompli, il se manifeste dans un point de l'abdomen une douleur très-vive. Le ventre se distend en raison de l'accumulation de gaz dans les intestins. Les malades se plaignent d'une sensation de constriction de la poitrine ; ils ont de l'anxiété, des nausées, des vomissements. Les garde-robes sont rares ; le plus souvent il existe une constipation opiniâtre. Plus tard, la douleur s'étend à tout l'abdomen, qui est très-ballonné ; la respiration est laborieuse ; les yeux sont enfoncés dans l'orbite, la face est altérée, anxieuse ; il y a des vomissements bilieux d'abord, de matières fécales ensuite ; la chaleur de la peau est diminuée, le pouls devient insensible.

Marche. Terminaisons. L'*invagination* de l'intestin se termine quelquefois par la guérison ; une portion plus ou moins considérable de l'intestin est expulsée avec les garde-robes ; on a observé des cas où la partie détachée avait 1 mètre de long. Cette expulsion est précédée ordinairement de selles muqueuses, sanieuses, sanglantes ; suivie presque toujours d'une hémorragie intestinale. Alors la guérison survient promptement, ou bien après des douleurs abdominales et de la diarrhée persistant plus ou moins longtemps. D'autres fois le malade succombe avec de la diarrhée, des selles sanglantes, des douleurs vives. Il est encore possible que le sujet guérisse par un *dégagement* de la portion invaginée ; c'est ce qui arrive, d'après Rilliet, dans la première enfance ; l'*élimination* étant, suivant ce médecin, le mode de terminaison le plus fréquent dans la seconde enfance. Il ne faut pas perdre de vue que ce travail d'expulsion offre de la gravité : en effet, si les adhérences ne sont pas suffisantes au moment de la séparation, il y a de grandes chances pour une péritonite. Si le sujet échappe à ce péril, il est possible que la cicatrisation consécutive de la solution de continuité intestinale se fasse vicieusement et qu'il en résulte un rétrécissement du calibre de l'intestin.

L'*étranglement interne* offre en général une marche intermittente. Il y a plusieurs attaques de plus en plus violentes, ou des rémissions dans la marche du mal ; quelquefois il se fait une issue de gaz par l'anus sans que l'état s'améliore. Dans quelques cas, l'affection a une marche suraiguë. La mort est la terminaison presque constante de l'étranglement interne.

Diagnostic. On ne confondra pas l'étranglement interne avec les phé-

nomènes occasionnés par l'étranglement d'une hernie, si on a le soin d'explorer les ouvertures et les canaux herniaires. La péritonite diffère de l'étranglement interne par la marche rapide de l'affection, le ballonnement du ventre entier, qui sont propres à la première. Il n'est pas facile de distinguer l'invagination de l'intestin de l'étranglement interne proprement dit. L'invagination donne lieu à la production d'une tumeur souvent volumineuse, de forme cylindrique, allongée, suivant presque toujours le trajet d'une portion du gros intestin et occupant le plus souvent le flanc gauche. Dans l'étranglement interne, il n'y a généralement pas de tumeur, ou si celle-ci existe, elle n'a pas de siège précis dans une région déterminée de l'abdomen; elle n'a pas non plus ni la forme ni la direction de la tumeur propre à l'invagination. Dans celle-ci, les selles sont brunes, sanieuses, fétiides; dans l'étranglement interne, les selles sont consistantes, rubanées; ou bien, ce qui est plus fréquent, il y a constipation absolue.

Pour l'étranglement interne, il est important de déterminer la portion d'intestin qui a subi la constriction. En cas d'étranglement du *gros intestin*, le ballonnement du ventre est porté, dès le principe, à un degré considérable. En cas de constriction de l'intestin grêle, il existe, pendant un certain temps, après le début des premiers symptômes, un ballonnement du ventre plus ou moins circonscrit aux environs de l'ombilic, pendant que les régions de l'abdomen, correspondant au côlon ascendant, transverse ou descendant, restent déprimées et souples.

Pour juger de l'opportunité d'une des opérations qui seront mentionnées plus bas, il importe de savoir si l'étranglement interne n'est pas compliqué de péritonite. On juge qu'il en est ainsi, quand le ventre est distendu irrégulièrement, qu'il n'est pas douloureux à la pression, qu'il conserve sa souplesse, que les anses intestinales se dessinent sous les téguments. L'étranglement est compliqué de péritonite, si le ventre est uniformément ballonné, très-douloureux au toucher.

Pronostic. Il est très-grave; cela découle du tableau précédent.

L'intussusception offre moins de périls que l'étranglement interne proprement dit.

Traitement. Il est médical et chirurgical.

Les moyens médicaux sont nombreux mais peu efficaces. Les *purgatifs* soulagent quand l'étranglement n'est pas complet; ils aggravent les symptômes quand il y a constriction très-prononcée. Autrefois on administrait par la bouche des *substances pesantes*, balles de plomb ou d'or, mercure métallique, pour faire cesser l'invagination. Des *lavements* avec décoction de *tabac*, en provoquant des contractions vives de l'intestin, arrivent parfois à dégager ce dernier de l'anneau qui l'enlace. Deux fois ce moyen m'a réussi. La *strychnine*, employée par Homolle, a donné aussi des résultats favorables. Hanius et Taufflieb se louent des préparations de *belladone*. Leroy (d'Étiolles) a préconisé l'*acupuncture* de l'intestin; Word les *insufflations d'air* par le rectum; Grisolle les applications de *glace* sur le ventre; Hervieux a réussi par l'application du marteau de Mayor sur la paroi abdominale.

Les moyens chirurgicaux sont la *gastrotomie* et l'*entérotomie*. Signalons aussi la simple *ponction* de l'intestin avec un trocart fin, dans le but de remédier à la tympanite; les gaz évacués, on espère que la tunique musculuse de l'intestin distendu outre mesure reprendra sa contractilité et que la partie étranglée se dégagera.

Gastrotomie. C'est une opération qui consiste à ouvrir la cavité abdominale pour découvrir le siège de l'étranglement et opérer ensuite les tractions nécessaires au dégagement de la constriction. Cette méthode a donné des succès à Barbette, Bonet, Fuchs, Nuck, Hilton. On lui reproche avec raison l'incertitude du chirurgien pour déterminer le point de l'intestin où siège l'étranglement, les manœuvres longues et périlleuses pour dégager l'intestin, manœuvres qui exposent à la péritonite.

Entérotomie. Anus artificiel. C'est une opération qui consiste à ouvrir une anse intestinale au-dessus du point rétréci ou étranglé, afin de donner passage aux matières fécaloïdes. On établit de cette façon un anus artificiel, sauf à chercher plus tard à oblitérer ce dernier si le bout inférieur de l'intestin reprend sa perméabilité. Cette méthode a été proposée par Dupuytren et Maunoury (de Chartres), exécutée pour la première fois par Monod, en 1838. On lui reproche de laisser subsister la constriction de l'intestin, et, par conséquent, de maintenir l'imperméabilité du bout inférieur; de risquer à établir l'anus artificiel trop près de l'estomac, ce qui rendra la nutrition insuffisante. Les partisans de l'entérotomie répondent que, comme l'étranglement occupe le plus souvent l'iléon, en établissant l'anus aux dépens d'une des anses d'intestin *distendues* dans la région iliaque, on s'éloigne suffisamment de l'estomac. La persistance d'une infirmité n'est pas non plus, suivant eux, un motif suffisant pour rejeter l'entérotomie, parce que l'anus artificiel peut guérir. Enfin cette opération ne présente pas plus de dangers que la gastrotomie, au point de vue des chances de la péritonite.

Procédé Nélaton. Le sujet est couché sur le dos, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin. On choisit pour l'établissement de l'anus artificiel la *région iliaque droite*. On pratique une incision, longue d'environ 7 centimètres, parallèlement et un peu au-dessus du ligament de Fallope, en dehors de l'artère épigastrique. On divise avec le bistouri la peau, le tissu cellulaire, la couche musculo-aponévrotique et le fascia transversalis. On ouvre le péritoine en dédolant, et on agrandit l'ouverture de la séreuse sur la sonde cannelée, en prenant garde de ne pas blesser l'intestin. Si des vaisseaux artériels ont été ouverts, on en pratique la ligature.

Au fond de la plaie de la paroi abdominale apparaît une anse d'intestin *distendue par des gaz et des matières fécaloïdes*. C'est cette anse qu'il faut fixer aux lèvres de la paroi abdominale avant d'ouvrir l'intestin, afin de prévenir un épanchement de matières dans le péritoine. Pour cela on traverse de part en part l'intestin et les deux lèvres de la plaie abdominale, avec une aiguille courbe portant un fil, à chacune des extrémités de l'incision des parties molles. Les chefs du fil sont noués sur la peau correspondant à l'une des lèvres de la plaie. L'intestin est ensuite perforé au milieu de la portion fixée, et à distance égale des deux angles de la plaie extérieure,