

périnée. Chez l'homme, elle s'insinue entre le rectum et la vessie; chez la femme, elle glisse entre le rectum et le vagin.

6° La *hernie vagino-labiale*. — L'intestin occupe l'épaisseur de la grande lèvre, où il arrive à travers une éraillure du muscle releveur de l'anus.

7° La *hernie vaginale*. — Elle consiste dans la saillie de l'intestin reposant sur la paroi postérieure du vagin. Elle complique ordinairement le prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

8° Les *hernies diaphragmatiques*. — Sous ce nom, on désigne des hernies des viscères abdominaux qui se font dans le thorax, à travers une déchirure, un écartement des fibres ou une ouverture naturelle du diaphragme. Elles peuvent être congénitales.

Les viscères qu'on y rencontre le plus fréquemment sont l'estomac, le colon transverse, l'épiploon. Tantôt ils sont revêtus d'un sac formé par le péritoine et par la plèvre; tantôt l'une de ces membranes est déchirée; si elles le sont toutes deux, la hernie est dépourvue de sac.

Les hernies diaphragmatiques se manifestent surtout par des troubles digestifs, des douleurs stomacales qui peuvent varier d'intensité, suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, par des tiraillements dans la région épigastrique. Quelquefois, lorsque les viscères herniés occupent dans le thorax une place considérable, la respiration est affaiblie de ce côté.

Le traitement ne peut être que palliatif. On conseille aux malades de garder le repos, d'éviter les efforts, de suivre un régime doux, etc.

V. — HERNIES ENVISAGÉES D'APRÈS L'ORGANE DÉPLACÉ.

Nous n'avons pas à revenir sur les hernies formées par l'intestin ou l'épiploon; elles ont fait l'objet de notre étude. Nous voulons seulement signaler quelques variétés rares de hernies dans lesquelles on peut rencontrer exceptionnellement certains viscères qui y font ordinairement défaut.

La hernie de l'estomac se fait presque toujours à travers le diaphragme. Nous l'avons déjà signalée suffisamment en parlant des hernies diaphragmatiques. Cependant, dans quelques cas très-rares, on a vu l'estomac faire issue par les anneaux de la paroi antérieure de l'abdomen.

La hernie du *cæcum* occupe en général l'anneau inguinal ou l'anneau crural droits. On l'a vue une fois à gauche. Tantôt cette hernie est dépourvue de sac, tantôt il en existe un, formé par le péritoine qui tapisse la face antérieure du viscère, et qui est refoulé au-devant de lui. Ces hernies s'étranglent rarement.

On a cité quelques cas de hernie des *ovaires* et de l'*utérus*. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une véritable éventration survenue pendant la grossesse.

Il nous resterait à parler de la hernie de la *vessie*, cystocèle, la seule qui mérite d'attirer l'attention. Mais cette question, d'une importance réelle, sera traitée avec les maladies de la vessie.

ARTICLE QUATRIÈME

OCCLUSION INTESTINALE

Examen du malade. — On constatera, par le regard, le ballonnement du ventre, quelquefois la saillie des anses intestinales qui se dessinent sous les téguments; la palpation causera de vives douleurs; la percussion permettra de reconnaître la sonorité exagérée de l'abdomen distendu par les gaz.

On pratiquera, dans tous les cas, le *toucher rectal*, pour s'assurer s'il n'existe pas dans la dernière portion de l'intestin un obstacle accessible au doigt; on examinera avec soin les orifices par lesquels peuvent se faire les hernies, pour ne pas confondre un étranglement herniaire avec une occlusion intestinale.

Il faudra tenir compte des antécédents du malade, du mode de début de la maladie, de l'absence absolue d'évacuations, et de tous les symptômes généraux.

Il y a occlusion intestinale toutes les fois que le cours des matières est interrompu dans l'intestin, quelle que soit la cause de l'obstruction.

La description de l'occlusion intestinale embrasse celle de l'étranglement interne, du *volvulus*, de l'*iléus*, de la *colique de miserere*, expressions diverses, indiquant chacune une variété d'occlusion.

Voici l'ordre que nous suivrons, afin d'être plus facilement compris: 1° symptômes; 2° causes, anatomie et physiologie pathologiques; 3° diagnostic; 4° pronostic; 5° traitement.

Symptômes, marche et terminaison. — 1° *Début.* — L'occlusion de l'intestin est quelquefois subite; le malade ressent une douleur vive en un point limité du ventre; les symptômes de la maladie confirmée surviennent rapidement. Souvent, au contraire, le début est lent. Dans la manifestation des symptômes propres à l'occlusion, le malade se plaint de coliques et de constipation, phénomènes dont l'origine est presque toujours méconnue.

2° *Symptômes confirmés.* — Les symptômes confirmés présentent la plus grande analogie avec ceux que nous avons indiqués, lorsque nous avons étudié les accidents des hernies. Il y a une constipation opiniâtre; en même temps, des nausées et des vomissements. Ceux-ci sont d'abord alimentaires ou muqueux, puis ils deviennent bilieux; enfin, ils sont formés de matières fécaloïdes, et quelquefois de matières fécales.

Du côté du ventre, il y a du ballonnement; souvent on peut voir les anses intestinales dilatées se dessiner à travers la paroi abdominale.

L'état général se ressent de ces désordres: le pouls est déprimé, quelquefois filiforme; les extrémités sont froides; la face est grippée. La

température s'abaisse. Dans les derniers jours elle peut descendre à 35° et même au-dessous. On voit quelle analogie présentent ces symptômes avec ceux de la hernie étranglée.

3° *Marche des symptômes.* — Cette marche est extrêmement variable, ce qui rend souvent le diagnostic de l'occlusion fort difficile.

La marche est en rapport avec la cause de l'occlusion. Si celle-ci est produite par un étranglement interne très-serré, les symptômes marcheront avec la même rapidité que ceux de la hernie étranglée. Si l'occlusion tient à une lésion organique de l'intestin, dont l'oblitération se fera progressivement, la marche sera très-lente, et, de plus, il y aura de temps en temps des rémissions. On comprend, par exemple, que les matières, en s'accumulant au-dessus de l'obstacle, dilatent l'intestin et forcent le rétrécissement. Dans ce cas, il y aura une sorte de débâcle, une intermittence marquée dans les symptômes. D'autres cas peuvent se présenter; l'étude des causes les fera comprendre.

4° La mort est la *terminaison* ordinaire de l'occlusion intestinale, lorsque celle-ci est abandonnée à elle-même. Elle survient presque toujours par *péritonite*. Celle-ci est déterminée soit par l'inflammation simple du péritoine, qui prend naissance au niveau du point malade, et de là s'étend au reste de la séreuse, soit par rupture de l'intestin dilaté au-dessus du point rétréci, et épanchement des matières dans le péritoine, soit par gangrène de la paroi de l'intestin.

Causes. Anatomie et physiologie pathologiques.

Les causes qui déterminent l'occlusion intestinale peuvent siéger dans la cavité de l'intestin, dans ses parois ou à l'extérieur.

1° **Occlusion par causes agissant dans la cavité de l'intestin.** — Les corps étrangers et les tumeurs stercorales peuvent amener l'occlusion intestinale.

a. Corps étrangers. — Les uns viennent du dehors : ce sont des fragments d'aliments incomplètement digérés, des noyaux de fruits, cerises, pêches; des billes à jouer, des pièces de monnaie; des fourchettes, des cuillers, ou autres objets qui ont été avalés par fanfaronnade, etc. Ces corps étrangers peuvent enflammer, ulcérer l'intestin et déterminer la péritonite; mais quelquefois ils obturent l'intestin, et les matières s'accumulent au-dessus de l'obstacle.

D'autres corps étrangers peuvent prendre naissance dans l'intestin : ce sont de vrais calculs intestinaux. Ils ont toujours pour centre de formation soit un corps dur, noyau de fruit, etc., soit une touffe de poils ou de filaments végétaux. C'est autour de ces corps que se déposent les sels calcaires. On appelle *entérolithes* ceux qui ont pour centre un noyau dur. Le nom d'*égagropiles* est réservé à ceux qui se développent autour de filaments pileux ou végétaux.

b. Tumeurs stercorales. — Les matières fécales peuvent s'accumuler en un point quelconque du gros intestin et former une tumeur. On rencontre surtout les tumeurs stercorales dans le cœcum et dans le côlon iliaque. Elles peuvent se développer isolément; mais souvent elles compliquent une autre lésion : c'est ce que l'on observe, par exemple, dans le cas où les matières s'accumulent et durcissent au-dessus d'un obstacle situé dans la paroi intestinale ou en dehors.

2° **Occlusion par causes agissant sur la paroi intestinale.** — Ces causes sont des altérations de la paroi intestinale amenant graduellement le rétrécissement, puis l'occlusion de l'intestin. Ce sont : les *tumeurs malignes* ou *cancéreuses*, les *cicatrices*, les *polypes*, l'*hypertrophie* de la paroi intestinale.

a. Tumeurs malignes. — Elles envahissent toutes les tuniques de l'intestin, surtout la celluleuse et la musculuse. Elles proéminent au dehors de l'intestin, mais surtout à l'intérieur. Comme leur développement est graduel, les symptômes d'occlusion se montrent lentement.

b. Cicatrices. — Une cicatrice de la muqueuse intestinale agit par rétraction de son tissu; quelquefois elle s'observe après l'étranglement herniaire. Il est rare qu'elle détermine une occlusion complète.

c. Polypes. — Ils s'accroissent à l'intérieur du canal intestinal jusqu'à obstruction complète.

d. Hypertrophie. — Celle-ci peut siéger dans la couche celluleuse ou dans la couche musculaire de l'intestin; on voit quelquefois, en effet, les fibres musculaires s'hypertrophier en un point quelconque de l'intestin, sous l'influence d'une inflammation locale persistante, ou bien encore lorsque l'intestin est resté longtemps comprimé au niveau du pédicule d'une hernie.

3° **Occlusion par causes agissant à l'extérieur de l'intestin.** — Ces causes sont nombreuses et déterminent le véritable étranglement interne. Nous allons voir ici le calibre de l'intestin diminué soit par une torsion, soit par une invagination de sa propre paroi, soit par un agent constricteur, soit, enfin, par compression.

a. Torsion. — On observe quelquefois la torsion ou l'enroulement d'une anse intestinale, du côlon iliaque (Trousseau). On comprend que le cours des matières soit ainsi interrompu. C'est là le *volvulus* de quelques auteurs.

b. Invagination. — L'intestin se retourne comme un doigt de gant,



FIG. 38. — Invagination intestinale.

1. Bout supérieur invaginé. — 2. Séreuse du bout inférieur qui reçoit la partie invaginée. — 3. Muqueuse retournée en doigt de gant.

sur une certaine étendue; à mesure que ce renversement a lieu, la portion retournée pénètre, à une distance variable, dans la portion d'intestin qui lui fait suite.

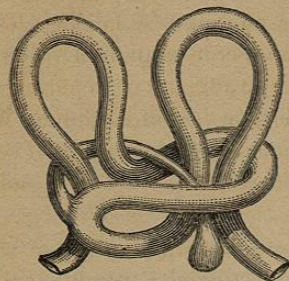


FIG. 39. — Étranglement par diverticulum de l'intestin.

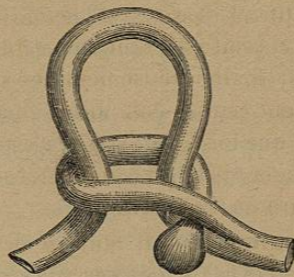


FIG. 40. — Autre exemple d'étranglement par diverticulum.

c. Agent constricteur. — L'intestin peut être serré, comprimé, étranglé : 1° par un *diverticulum* de l'intestin grêle, sorte de cul-de-sac tenant à un vice de conformation et suspendu à l'intestin; 2° par l'*appendice iléo-cœcal*; 3° par les bords de l'*hiatus de Winslow*; 4° par un ancien *sac herniaire réduit*; 5° par le *collet* d'un sac herniaire après la réduction en masse d'une hernie étranglée; 6° par une *ouverture accidentelle* de l'*épiploon* ou du *mésentère*; 7° par l'*épiploon* enroulé comme une corde autour de l'intestin; 8° par des *brides pseudo-membraneuses* résultant d'une ancienne *péritonite*; 9° par des *adhérences viscérales*.

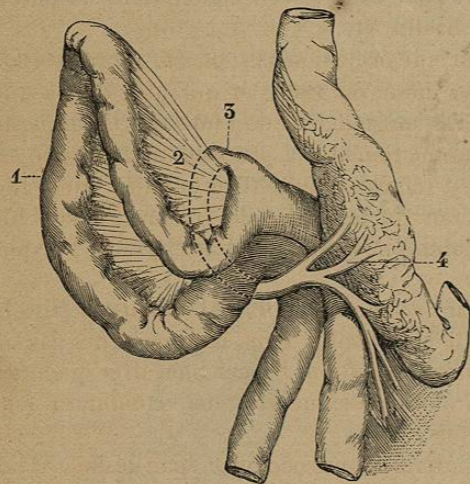


FIG. 41. — Étranglement interne.

1. Anse intestinale. — 2. Mésentère. — 3. Diverticulum. — 4. Adhérences et diverticulum.

d. Compression. — Dans certains cas, une tumeur peut, en se développant, aplatiser, comprimer un point du tube digestif jusqu'à empêcher la circulation des matières intestinales.

On voit que certaines de ces causes agissent lentement et doivent donner lieu aux symptômes d'un étranglement interne à marche lente : telles sont la compression, l'altération des parois de l'intestin et la constriction incomplète d'une anse.

Quelques-unes agissent rapidement : corps étrangers, constriction énergique, etc.

La cause existant, voici ce qui se passe : les matières sont retenues par l'obstacle; elles s'accumulent en dilatant considérablement le tube digestif au-dessus. Si l'occlusion est incomplète, ou si la cause de l'occlusion peut céder, il se produit une débâcle et le malade a des garde-robes; malheureusement les symptômes d'étranglement reparaissent et finissent par se comporter comme ceux de l'occlusion complète. Ici, en effet, une fois que l'intestin est dilaté, l'obstacle ne cédant pas, il se produit à la suite de cette distension exagérée soit une péritonite, soit une rupture de l'intestin.

Diagnostic. — Il faut apporter la plus grande attention pour reconnaître l'existence de certaines occlusions intestinales à marche lente.

1° Lorsque les symptômes sont bien confirmés, on ne peut les confondre qu'avec ceux de la hernie étranglée. S'il n'existe pas de tumeur apparente, il faudra chercher au pli de l'aîne, au périnée, ou ailleurs, s'il ne se trouve pas une tumeur souvent presque inappréciable. On sait en effet que certaines hernies de petit volume s'étranglent dans les parois mêmes de l'abdomen, du petit bassin, etc.

2° On pourrait prendre pour une occlusion ces *pseudo-étranglements* que M. Henrot a décrits dans sa thèse, en 1865, et qui sont dus à une paralysie d'une portion des fibres musculaires de l'intestin. Cette paralysie peut succéder à une inflammation de la séreuse, ou bien elle est réflexe. Lorsque la paralysie est réflexe, elle peut reconnaître un grand nombre de causes : inflammations du testicule, de l'ovaire, calculs biliaires, diverses tumeurs de l'aîne, névroses telles qu'hystérie, hypochondrie, etc.

3° L'occlusion intestinale étant reconnue, il faut chercher à faire le diagnostic de la cause. Or, ici git la difficulté. Dans la plupart des cas, le chirurgien ne peut arriver à aucune solution. Il peut bien tirer quelques soupçons des antécédents : péritonite ancienne, etc.; mais combien il faut être réservé dans les appréciations !

Disons, toutefois, qu'on reconnaîtra une occlusion par lésion organique de l'intestin à la teinte cachectique du malade, à l'existence d'une tumeur abdominale, à des intermittences dans les troubles digestifs, enfin, à la présence du sang dans les matières fécales.

On pourra croire à l'existence d'une tumeur stercorale, si, dans l'une des fosses iliaques, on trouve une tumeur déterminant les symptômes d'un phlegmon de la fosse iliaque, en même temps que ceux de l'occlusion de l'intestin. Cette tumeur est molle, pâteuse, et se montre souvent chez les personnes constipées.

4° Peut-on reconnaître le siège de l'occlusion ? Ici encore on ne peut jamais se prononcer avec certitude. M. Laugier a indiqué un caractère propre à distinguer si l'étranglement siège sur le gros intestin ou sur l'intestin grêle. Dans le premier cas, il se produit rapidement un ballon-

nement considérable de l'abdomen, ballonnement uniforme, occupant à la fois l'ombilic et les flancs; dans le second cas, le météorisme se développe surtout à la région ombilicale, et les trois portions du côlon, n'étant pas distendues, forment autour de la partie centrale du ventre une zone souple et déprimée.

Pronostic. — Cette lésion est extrêmement grave. Il faut donc être réservé dans le jugement qu'on portera sur une occlusion, même lorsque les symptômes marchent lentement ou que le malade se sent soulagé pendant un moment de rémission des symptômes.

Traitement. — Lorsqu'on peut arriver au diagnostic de la cause, c'est contre elle que doivent être dirigés tous les efforts du chirurgien; si l'on ne peut réussir à la faire disparaître, on se contente du traitement palliatif.

Il est rare que le traitement médical donne quelques succès. On a employé les *purgatifs*, les *vomitifs*, les *lavements* d'infusion de tabac, la *glace* en permanence sur le ventre, l'*opium* à haute dose.

On est presque toujours forcé de recourir au traitement chirurgical qui, il faut l'avouer, est bien rarement suivi de succès.

On a pratiqué la *ponction abdominale* avec un petit trocart, pour évacuer les gaz (Labric, Trousseau). On a essayé l'*anastomose intestinale* qui consiste à faire communiquer deux anses intestinales, celle qui est située au-dessus de l'occlusion et celle qui est située au-dessous (Maisonneuve). La *gastrotomie*, dans laquelle on ouvre la cavité abdominale pour chercher à détruire la cause de l'obstruction, est rarement employée.

Aujourd'hui, on a recours à l'*entérotomie* : on fait un anus contre nature.

L'étranglement interne siégeant presque toujours sur l'iléon, on fait une incision sur la partie droite de la paroi abdominale; l'intestin se présente au fond de la plaie; on y fait une incision, en prenant bien soin de ne point laisser pénétrer les matières dans la cavité abdominale, puis on réunit les lèvres de l'incision intestinale à celles de la paroi de l'abdomen. On trouvera les détails de l'opération dans les Traités de médecine opératoire.

CHAPITRE SECOND

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN

Les inflammations peuvent se montrer dans les parois ou dans les parties profondes de l'abdomen; nous décrirons : 1^o les phlegmons et les abcès de la paroi abdominale; 2^o les phlegmons et les abcès de la fosse iliaque; 3^o la psôitite.

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA PAROI ABDOMINALE.

Les phlegmons et les abcès de la paroi abdominale peuvent siéger sur tous les points de la paroi abdominale; ils sont rares.

Leurs *causes* sont souvent inconnues. On les a vus se montrer à la suite d'une violente contusion des parois de l'abdomen, ou de frictions irritantes longtemps continuées. Dans beaucoup de cas, ils sont précédés d'affections intestinales, ce qui a fait dire à M. Bernutz qu'il y a un rapport inconnu entre les affections de l'intestin et les abcès des parois abdominales.

Les *symptômes* sont ceux de tous les phlegmons et abcès. Il faut dire, cependant, que la fluctuation est difficile à percevoir, à cause du peu de résistance de la paroi abdominale; on est souvent réduit à établir le diagnostic du phlegmon ou de l'abcès d'après la douleur, l'empâtement de la région et les symptômes généraux.

Leur *terminaison* varie selon le siège qu'ils occupent, et, souvent, selon des circonstances qu'il est difficile de préciser. Si l'abcès est *sous-cutané*, il s'ouvre du côté de la peau. S'il est situé *entre les muscles*, il se porte tantôt du côté du péritoine, tantôt, et le plus souvent, du côté de la peau. Lorsque l'abcès est *sous-péritonéal*, il peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite mortelle; il peut produire des adhérences entre la paroi abdominale et la vessie ou l'intestin, puis s'ouvrir dans l'un de ces organes creux. L'ouverture de l'abcès dans le péritoine n'est pas très-fréquente, à cause de l'épaississement du péritoine, par suite de l'inflammation et de la pression que l'intestin exerce contre la paroi de l'abdomen.

On pourrait, à la rigueur, confondre un phlegmon de la paroi de l'abdomen avec une entérite, une péritonite, un étranglement interne. Il est, en général, assez facile de lever les doutes par l'examen attentif des symptômes locaux et généraux.

Le *traitement* est le même que celui des autres phlegmons et abcès. Il faut donner issue au pus, aussitôt qu'on sera certain de sa présence.