l'intestin et de déterminer des entérites plus ou moins graves.

Jusqu'ici, messieurs, je ne me suis occupé que de la constipation déterminée, soit par un défaut de sécrétion, soit par un défaut de contractibilité musculaire, laissant de côté celle qui est due à une obstruction mécanique. Je me propose, dans la prochaine leçon, d'étudier cette forme de constipation, qui mérite des indications toutes spéciales.

CINQUIÈME LEÇON

DU TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE

SOMMAIRE. — De l'occlusion intestinale. — Pathogénie. — Symptômes. — Diagnostic de la cause : certain, probable, incertain. — Diagnostic du siège. — Traitement. — Purgatifs. — Moyens mécaniques. — Mercure. — Lavements. — Irrigations forcées. — Injections d'air, d'acide carbonique. — Lavements d'eau de Seltz. — Lavements de tabac. — Ponctions intestinales. — Café. — Belladone. — Massage. — Électricité. — Traitement chirurgical. — Terminaison des étranglements. — Choix de l'opération. — Laparotomie. — Entérostomie. — Moment de l'opération.

Lorsque, dans les dernières leçons, je vous ai exposé le traitement de la constipation, je vous ai dit, messieurs, que je réservais pour un chapitre spécial celle qui résulte des obstructions mécaniques qui s'opposent au cours des matières et provoquent ainsi l'occlusion intestinale. C'est cet accident, malheureusement trop fréquent, que je veux étudier aujourd'hui, en vous exposant les ressources thérapeutiques qui permettent de le combattre.

Je serai bref sur la symptomatologie, car je ne puis ici vous tracer l'histoire pathologique de l'occlusion intestinale; je vous renverrai à cet égard à vos traités de pathologie et surtout au remarquable mémoire de mon ami et collègue E. Besnier (*a*).

(*a*) E. Besnier, *Des étranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860. On peut aussi consulter pour l'occlusion intestinale, les ouvrages suivants :

En France : Luton, article OCCLUSION INTESTINALE (*Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XIX, p. 328). — Noël Gueneau de Mussy, *Clinique médicale*, t. II, p. 157. — Largier des Bancels, *Etude sur le diagnostic et le traitement des étranglements internes*. Paris, 1870. — Fleuriot, *Du traitement de l'occlusion intestinale interne*. Thèse de Paris, n° 3, 1875. — Dolliger, *De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales*. Thèse de Paris, 1872, n° 417. — Bousier, *Des divers modes de traitement de l'occlusion interne de l'intestin*. Thèse

Causes de l'occlusion intestinale.

Quant aux causes capables de s'opposer à la marche des matières fécales, vous savez qu'elles peuvent siéger soit dans l'intestin, soit dans les parois intestinales, soit en dehors de ces parois; parmi celles ayant leur point de départ dans l'intérieur du canal intestinal, se rangent les corps étrangers, les matières fécales durcies, les calculs intestinaux, etc. Celles qui ont leur origine dans les parois sont plus fréquentes et se présentent dans deux circonstances : ou bien l'intestin est sain, ou bien il est malade. Dans le premier cas, c'est un cancer ou des cicatrices qui diminuent le calibre de l'intestin, c'est le rétrécissement intestinal; dans le second cas, il s'agit d'une invagination ou d'un enroulement de l'intestin, c'est l'iléus ou le volvulus.

Quant aux causes qui agissent en dehors de la paroi intestinale (1), elles sont fort nombreuses et naissent, tantôt de brides provenant soit du mésentère, soit du péritoine, soit d'un diverticule intestinal, tantôt d'un orifice anormal des

(1) Classement des causes de l'occlusion intestinale, d'après Doliger :

I. Par affection organique des parois intestinales.	1° Rétrécissement inflammatoire. 2° Rétrécissement cicatriciel. 3° Rétrécissement hypertrophique. 4° Rétrécissement valvulaire. 5° Rétrécissement par polype. 6° Rétrécissement cancéreux.
II. Par lésion de position des parois intestinales.	1° Invagination. 2° Torsion. 3° Flexion brusque.
III. Par étranglement proprement dit.	1° Hernies internes à travers le diaphragme ouvertures anormales du mésentère, etc. 2° Étranglement par l'appendice iléo-cæcal ou un diverticule intestinal. 3° Étranglement par bride péritonéale. 4° Étranglement de l'intestin par l'intestin.

de Paris, 1873, n° 59). — Bulteau, *De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement.* Thèse de Paris, 1878. — Peyrat, *De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.* Thèse d'agrégation, 1880.

A l'étranger : William Brinton, *Intestinal obstruction.* London, 1867. — O. Leichtenstein, *Wierteljahrschrift für die praktische Heilkunde,* 1873 et 1874. — Jonathan Hutchinson, *A successfull case of abdominal section for intussusception, with remarks in this and other methods of treatment* (*Medico-chirurgical Transactions,* vol. LVII, p. 31. London, 1874).

parois, comme dans les hernies. Enfin, il y a le grand groupe des tumeurs abdominales, qui compriment plus ou moins l'intestin.

Fréquence des causes.

Ce qu'il importe de connaître, c'est la fréquence de ces causes, et Brinton (*a*) a fourni, à cet égard, des données intéressantes. En analysant six cents cas d'occlusion, il a vu que l'invagination occupait le premier rang, 49 pour 100; puis venaient les brides et adhérences, 31,5 pour 100; puis les rétrécissements et les compressions des parois intestinales, 17,5 pour 100; et enfin la torsion ou volvulus, 8 pour 100.

Symptômes.

Les symptômes de l'occlusion doivent être bien étudiés; ils vous permettront d'établir le diagnostic de la cause, et, comme vous le verrez, ce diagnostic a une grande importance au point de vue thérapeutique. Résumons donc brièvement les principaux symptômes, qui sont : la constipation, les vomissements et le tympanisme (1).

La constipation joue un rôle dominant : c'est l'absence absolue des garde-robes et la résistance de cette constipation

IV. Par corps étrangers.	1° Calculs { biliaires. intestinaux. 2° Corps étrangers proprement dits. 3° Vers intestinaux. 4° Matieres stercorales durcies.	Internes.
	1° Rein, utérus ou autre organe comprimant l'intestin. 2° Tumeurs abdominale comprimant l'intestin (*b*).	Externes.

(1) Voici les principaux symptômes qui, suivant E. Besnier, permettent d'établir le diagnostic de la nature de l'étranglement intestinal :

Invagination. Vomissements ordinairement bilieux, rarement stercoraux; constipation rarement absolue; selles diarrhéiques sanglantes, fétides; épreintes et tenesme anal souvent très violent; ventre rétracté

(*a*) Voir aussi le relevé fait par Melchiori (*Annali universali de medica,* Milano, 1859).

(*b*) Doliger, *De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales.* Thèse de Paris, n° 417, 1872.

à une médication purgative, qui constituent l'élément important de cette symptomatologie. N'oubliez pas, cependant, que si l'étranglement siège à la partie supérieure de l'intestin, le malade peut avoir des garde-robes sans que l'obstacle soit levé; l'intestin se vide simplement au-dessous de l'étranglement.

Un autre phénomène important, le vomissement, présente un caractère spécial sur lequel on a insisté, c'est l'apparition des matières fécaloïdes; c'est là, en effet, un des signes pathognomoniques de cette affection.

Enfin, l'accumulation de gaz au-dessus de l'obstacle détermine un météorisme plus ou moins considérable, qui permet quelquefois de juger du siège de l'étranglement. Quant à la marche des accidents, elle se montre sous deux aspects différents : tantôt ils apparaissent brusquement, tantôt, au contraire, ils se produisent d'une façon lente et progressive.

Diagnostic de la cause.

Le diagnostic est des plus importants et porte sur deux points : reconnaître d'abord la cause de l'obstacle, puis le point où siège cet obstacle. Pour établir le diagnostic de la cause on se base sur l'apparition de quelques symptômes, sur la marche des accidents, sur l'âge du patient, etc.; mais considéré d'une façon générale on peut dire que le diagnostic de l'occlusion se présente sous trois aspects : ou il est certain, ou il est probable, ou il est incertain.

au début, ballonnement tardif et peu considérable; tumeur abdominale, cylindrique, coudée, plus longue que large, plus saillante pendant les crises de coliques qu'à l'état de repos.

Rétrécissement. Signes antécédents importants : maladie de l'intestin, état cachectique du malade, alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation, ventre habituellement volumineux, puis vomissements stercoraux, tympanite très développée.

Étranglement proprement dit. Signes antécédents, phlegmasies péritonéales antérieures; signes actuels, douleurs excessivement intenses au moment de l'étranglement, vomissements précoces opiniâtres, constipation absolue, pas d'évacuations sanglantes, pas de tumeur (*a*).

(*a*) E. Besnier, *Des étranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860, p. 92.

Diagnostic certain.

Voyons le premier cas : le diagnostic est certain lorsqu'il existe une tumeur pouvant être perçue par le palper ou le toucher rectal; le diagnostic est certain lorsque, par le doigt introduit dans le rectum, on peut toucher l'obstacle; certain aussi lorsqu'il existe une hernie engouée et irréductible. Du reste, dans la plupart de ces cas, les accidents se produisent lentement et permettent d'établir la cause de l'occlusion.

Diagnostic probable.

Le diagnostic est-il probable, au contraire, on est obligé de s'en rapporter à quelques symptômes spéciaux. Ainsi, par exemple, s'agit-il d'un accident brusque d'étranglement, les garde-robes contiennent-elles du sang, le malade éprouve-t-il un ténesme anal très accusé, la palpation du ventre vous permet-elle de sentir une tumeur allongée ayant la forme d'un boudin et qui suit les mouvements péristaltiques de l'intestin, il est probable que dans ce cas vous avez affaire à une invagination intestinale.

Chez un autre malade, l'accident est presque subit, et, au moment où il s'est produit, le patient a ressenti dans l'abdomen une douleur excessivement vive; les vomissements fécaloïdes sont très abondants, et lorsque vous interrogerez le malade, vous constaterez qu'il a eu autrefois des péritonites; il est probable que, dans ce cas, il s'agit d'un étranglement par brides péritonéales.

Enfin, c'est chez un vieillard que se produit l'étranglement qui a été précédé d'alternatives de diarrhée et de constipation; votre homme est cachectique, il a depuis longtemps des douleurs dans l'abdomen, son ventre est très volumineux, les matières qu'il rendait étaient comme laminées : il est probable que cette fois c'est un rétrécissement carcinomateux de l'intestin qui est la cause de l'étranglement.

Le cancer de l'intestin est une des causes les plus fré-

quentes de l'occlusion intestinale et l'on peut poser comme une loi que, à partir de cinquante ans, tout malade qui présentera les symptômes de l'étranglement intestinal produit d'une façon lente et progressive est atteint de cancer, même lorsque l'état général est relativement excellent. On a vu, en effet, des cancers de l'intestin être compatibles avec l'apparence de la santé la plus parfaite.

Diagnostic incertain.

Enfin existent tous ces cas, malheureusement trop fréquents, où les symptômes sont obscurs, ce qui rend le diagnostic de l'occlusion intestinale souvent fort difficile, et malgré le rapport remarquable fait par Hutchinson au congrès médical de Bath (1), la diagnose exacte de l'étrangle-

(1) Voici, d'après Jonathan Hutchinson, le diagnostic différentiel des diverses variétés d'étranglement :

1° Quand un enfant présente subitement des phénomènes d'obstruction intestinale, il est très probable que l'on a affaire à l'invagination ou à la péritonite.

2° Quand c'est un vieillard, le diagnostic sera : obstruction par des matières fécales ou affection cancéreuse.

3° Dans l'âge adulte, les causes de l'obstruction intestinale peuvent être multiples; mais l'invagination et le cancer se rencontreront très rarement.

4° L'invagination se reconnaîtra aux efforts de défécation, à la présence du sang ou du mucus dans les matières excrétées, à la constipation incomplète et à la présence d'une tumeur demi-molle, qu'on trouvera par l'examen des parois abdominales ou par le toucher rectal.

5° Dans l'invagination, les parois abdominales restent généralement relâchées, et comme il y a peu de météorisme, il est toujours possible avec l'anesthésie, de découvrir l'empâtement.

6° On soupçonnera une lésion cancéreuse lorsqu'un vieillard aura présenté depuis quelque temps des malaises intestinaux ou des périodes de constipation passagère. Dans ces cas aussi, la constipation est souvent incomplète.

7° S'il y a une tumeur qui compromet l'intestin, on doit, en se servant de l'éther, la découvrir par la palpation, soit à travers les parois abdominales, soit par le toucher rectal ou vaginal. Il faut cependant prendre garde de ne pas se laisser induire en erreur par la présence des scybales.

8° Si, entre des attaques graves d'obstruction, le malade a joui d'une santé parfaite pendant de longs intervalles, on peut soupçonner la présence d'un diverticulum anormal ou d'une bride formée par d'anciennes adhérences, ou d'une portion de l'intestin distendue en forme de poche, ou d'un volvulus.

9° Si, dès le début de l'obstruction intestinale, le ventre devient dur et

ment interne est encore un des problèmes les plus difficiles de la clinique.

Diagnostic du siège.

Quant au siège de l'obstacle, nous devons nous baser non seulement sur la cause (1), mais encore sur les renseignements fournis par le toucher rectal; mais c'est surtout la forme de l'abdomen qui peut et doit nous guider. Laugier a montré, en effet, que lorsque l'obstacle siège dans l'intestin

distendu, on est à peu près certain qu'on a affaire à une péritonite.

10° Quand on voit les mouvements de l'intestin à travers les parois abdominales, il est à peu près certain qu'il n'y a pas de péritonite. Ce symptôme s'observe surtout chez les sujets amaigris, qui présentent une obstruction ancienne ayant son siège dans le côlon.

11° La tendance aux vomissements sera en rapport proportionnel avec les trois conditions suivantes : d'abord la proximité du siège de l'obstruction avec l'estomac, puis l'étroitesse du rétrécissement et enfin la persistance avec laquelle on aura donné des aliments ou des remèdes par les voies supérieures.

12° Quand l'obstruction a son siège dans le côlon ou le rectum, les nausées sont complètement absentes.

13° Les violents efforts, les vomissements bilieux, sont souvent plus pénibles dans les coliques hépatiques ou néphrétiques que dans l'obstruction intestinale.

14° Les vomissements de matière fécale ne s'observent que dans les cas où l'obstruction ne siège pas trop bas.

Si ces vomissements apparaissent de bonne heure, c'est un symptôme grave, qui indique une constriction très étroite.

15° L'introduction de la main dans le rectum, d'après la méthode Simon (d'Heidelberg), peu souvent donner de précieux renseignements (*a*).

(1) Voici quelle serait, d'après le docteur E. Besnier, la fréquence du siège de l'étranglement dans ces diverses variétés, d'après l'analyse de 183 observations :

Nature de l'étranglement.	Nombre de cas.	Siège sur l'intestin grêle.	Siège sur le gros intestin.
Invagination.....	47	13	34
Rétrécissement..	26	9	17
Étranglement par torsion.....	10	2	8
Flexion.....	6	5	1
Brides solides....	46	19	7
Application du cæcum.....	9	9	»
Diverticules.....	9	9	»
Brides intestinales.....	5	5	»
Ouvertures anormales des replis péritonéaux.....	11	9	2
Ouvertures du diaphragme...	4		4
Sacs péritonéaux intra-abdominaux...	4	» 4	»
Par compression (tumeurs).....	6	2	4
Total...	183	86	77

(*a*) Simon (d'Heidelberg), *Archives médicales belges*, novembre 1870.

grêle, c'est la partie centrale du ventre qui est tuméfiée; lorsque, au contraire, l'obstacle siège dans le gros intestin, c'est ce gros intestin qui se gonfle en formant une bordure saillante périphérique et laissant la partie centrale déprimée.

Après ces courtes explications, dont vous saisissez bien toute l'importance, abordons, si vous le voulez bien, la partie intéressante du sujet, c'est-à-dire le traitement de l'occlusion intestinale.

Traitement de l'occlusion.

Vous êtes en présence d'un cas d'occlusion intestinale, vous commencez par examiner attentivement votre malade, vous étudiez la marche des accidents, les circonstances qui les ont précédés, vous palpez avec soin l'abdomen, vous explorez le rectum; puis, une fois votre diagnostic posé aussi exactement que possible, vous établissez votre thérapeutique. Par quel moyen débuterez-vous?

Des purgatifs.

Vous commencez le plus souvent, et cela comme moyen de diagnostic autant que comme agent thérapeutique, par administrer un purgatif; mais soyez prudents, ne recourez pas à des drastiques trop énergiques. J'ai gardé un profond souvenir d'un malade que j'ai observé lorsque j'étais chef de clinique de Béhier; c'était un homme atteint d'occlusion; le diagnostic de la cause était incertain, on avait essayé les purgatifs doux sans pouvoir vaincre l'obstruction, on ordonna alors une pilule de croton; sous l'influence du médicament, notre patient fut pris de douleurs atroces, de coliques épouvantables, et il mourut en rompant son intestin. L'autopsie montra la cause de la maladie; c'était une bride péritonéale qui comprimait l'intestin. Ainsi donc, usez des purgatifs huileux ou des purgatifs salins, voire même d'eau-de-vie allemande, mais ne dépassez pas cette dernière comme drastique.

Les purgatifs réveillent la contractilité de l'intestin, votre

malade a des garde-robes, l'obstacle est levé et la guérison est obtenue : tout est, dans ce cas, pour le mieux; mais il n'en est pas malheureusement toujours ainsi, et le plus souvent, au contraire, votre purgatif reste sans produire d'effet, Que devez-vous faire? Usez en second lieu des moyens mécaniques; on les a administrés par la bouche et par l'intestin.

Des moyens mécaniques.

Par la bouche on a conseillé les corps pesants que l'on supposait pouvoir vaincre par leur poids l'étranglement intestinal. Le mercure, à cet égard, a eu grande vogue : Zacutus Lucitanus, Ambroise Paré, Lazare Rivière, Rolland, Belluci, Bonati, Franceschini ont cité un grand nombre de cas dans lesquels le mercure métallique a levé l'obstacle intestinal. On en administrait de 1 livre à 1 livre et demie en une fois, le malade était mis dans un bain, et là deux aides énergiques le secouaient pour faire tomber le mercure dans l'intestin et déterminer la disparition de l'obstruction.

Du mercure.

Messieurs, c'est là un moyen à rejeter complètement; Hanius a montré par des expériences bien faites que le mercure introduit en grande quantité ne descend pas en masse dans l'intestin grêle, et n'y pénètre que lentement, globule à globule, et ceci est tellement vrai, que si, par hasard, l'obstacle est levé, vous ne voyez pas le malade rendre un flot de mercure; il n'en rend que quelques parcelles et pendant des semaines, on trouve du mercure dans les garde-robes. D'ailleurs, la position horizontale gardée par le malade est un obstacle à l'action directe du mercure sur l'obstruction. Aussi, malgré les faits favorables récents de Tessier, Tesson, Houdebine, Feillé, Pousseau, Matignon (1), je suis d'avis de

(1) Matignon a examiné dans dix cas l'action du mercure dans l'étranglement interne. Voici ses conclusions :

1° Le mercure métallique, donné dans l'occlusion intestinale à la dose de 100 à 500 grammes, est parfaitement inerte en tant que remède mercuriel proprement dit;

2° Il agit à la fois par son poids et surtout en divisant les matières stercorales; les déchirures ne sont