

cules intestinaux, les hernies favorisent encore leur production. Dans 5 cas connus, os de pied de mouton (Acad. sc. 1722), patte de mauviette [Petit], cerise (Denonvilliers), le corps étranger introduit dans une hernie amena l'étranglement, la gangrène et la perforation de l'intestin.

**Symptômes.** — Le plus souvent le corps étranger suit le cours des matières; il n'y a pas d'accidents, ou ils sont légers; — c'est le cas le plus fréquent. — D'autres fois le corps étranger évolue plus lentement; il progresse par poussées suivies d'arrêts momentanés qui se traduisent par quelques symptômes souvent difficiles à reconnaître; douleurs plus ou moins vives, coliques, troubles digestifs, constipation, ou encore de la diarrhée; — enfin le corps étranger franchit le rectum; on le retrouve dans les selles. Des complications ont pu survenir: péritonite adhésive, péri-entérite plastique.

Lorsque le corps étranger se trouve arrêté définitivement dans l'intestin, ou bien il y est *toléré*, des faits incontestables le démontrent, ou bien il survient des accidents graves: phénomènes de compression et d'occlusion d'une part, phénomènes d'inflammation et d'ulcération d'une autre. L'occlusion est surtout le fait des corps volumineux, en particulier de ceux qui présentent les caractères de la tumeur stercorale: volume, sensibilité, consistance pâteuse, siège spécial au niveau du gros intestin; elle est aussi le résultat des lésions inflammatoires qui se produisent autour d'un corps étranger même peu volumineux. Nous nous bornons à les indiquer:

L'intestin offre les lésions de l'entérite ulcéreuse ou non. — Autour de lui se développent des épaissements: péri-entérite plastique, péritonite adhésive; parfois les lésions sont plus accentuées: péri-entérite aiguë, pérityphlite, péritonite aiguë. — Enfin, on observe des perforations intestinales précédées d'adhérences et suivies d'une tumeur phlegmoneuse ouverte le plus souvent vers l'ombilic ou dans la fosse iliaque droite. Si les adhérences n'ont pas eu le temps de se former: péritonite suraiguë et mort. — Les phlegmons de la paroi abdominale aboutissent à la formation de *fistules stercorales* simples ou stercoro-purulentes: fistules pyostercorales de Blin.

Le **diagnostic** des corps étrangers de l'intestin est ou très facile ou très difficile: les commémoratifs, l'examen du malade, 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 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, 2 à Bryant, 1 à White, qui a retiré par cette voie une cueiller engagée dans l'intestin.

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

## CHAPITRE II

### 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, le volvulus, nous a fait admettre une autre division : (*th. 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<sup>re</sup> 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 pour 100 invaginations :

- 44 iléo-cæcales,
- 18 purement cœliques,
- 8 iléo-cœliques,
- 30 de l'iléon seul.

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 brusque-

ment, 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 constricteur. 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 feuilletts péritonéaux emboîtés permet à cette élimination de se faire sans que la cavité péritonéale soit pénétrée 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<sup>e</sup> 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 constricteur.

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, 1873.

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 mésocôlique* (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, antévésicales 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 *épiploïque*, 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. (Th. 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 vermiforme 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 Parise*.

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 d'*étranglement interne*, et la *forme chronique*, qui 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 pre-

mier moment, se ballonne ; les selles, l'émission des gaz, sont suspendus ; 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<sup>o</sup> la douleur ; 2<sup>o</sup> la constipation ; 3<sup>o</sup> le météorisme ; 4<sup>o</sup> les vomissements ; 5<sup>o</sup> les symptômes généraux qu'on peut résumer dans ces deux mots : *apyrexie et hypothermie.*

1<sup>o</sup> 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 du 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<sup>o</sup> *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<sup>o</sup> *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<sup>o</sup> 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°, 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 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 8-10 jours et davan-

tage, 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 intro-abdominales et