

choix des aliments, ils mangent peu, prennent de préférence des choses faciles à digérer et le plus souvent des liquides. Il n'est donc pas étonnant qu'une semblable alimentation ne favorise pas les évacuations alvines. Ce n'est qu'à la faveur d'un régime plus substantiel et qui excite davantage le péristaltisme intestinal, qu'on peut réaliser une amélioration. On doit par conséquent décider les malades à retourner à leur « pot au feu » ordinaire et leur faire prendre, outre une portion adéquate de viande, du pain et des légumes en quantité suffisante. On fera bien de recommander en particulier certaines qualités de pain de ménage ou de tout grain (*pain non bluté, pumpernickel*), du beurre en abondance, des fruits (raisins, pruneaux, dattes sèches et figues), des amandes sèches, des noix et du miel. Tout le monde connaît l'usage très répandu du verre d'eau froide pris le matin à jeun. On sera très réservé sur les purgatifs proprement dits, parce qu'ils ne tardent pas à engendrer l'accoutumance, ce qui oblige à recourir à des doses de plus en plus fortes. Parmi les purgatifs légers, ce sont les eaux minérales (Friedrichshall, etc.) qui rendent le plus de services. On en prescrit habituellement 1 à 2 verres à vin. Les autres purgatifs qui peuvent rarement être employés d'une manière régulière pendant un temps considérable (tamarin, rhubarbe, aloës, gomme-gutte, jalap, etc.), s'administrent en combinaisons diverses sous forme de pilules ou de poudres, dont on trouvera des formules dans l'appendice. Parfois il faut varier le choix et le dosage des remèdes jusqu'à ce qu'on mette la main sur une recette appropriée.

Dans le traitement de la constipation associée à l'hypocondrie, la règle première consiste à s'adresser au moral du malade. On se gardera bien de le plaisanter au sujet de sa maladie et de lui faire sentir d'une manière brutale qu'on ne croit pas ses souffrances aussi réelles qu'il les dépeint. Ces malades ne méritent certainement pas d'être traités avec moquerie, car les peines subjectives qu'ils endurent sont effectivement très déprimantes. Il importe donc de détourner leur esprit de l'objet de leurs doléances. Comme cela arrive pour beaucoup d'autres processus réflexes, une attention soutenue dirigée d'une manière anormale sur le processus évacuateur de l'intestin, peut également avoir sur lui une influence inhibitoire. On exhortera donc les malades à songer aussi peu que possible à leur infirmité, à reprendre leur train de vie régulière et on les persuadera petit à petit de l'inanité de leurs préoccupations. Les purgatifs dont la plupart ont abusé sans résultat, n'ont d'ordinaire aucune utilité. Au contraire, il faut presque toujours les proscrire complètement. Indépendamment d'un régime diététique bien ordonné (v. plus haut), les remèdes externes seront usités pour exciter les mouvements péristaltiques. Ce qui convient le mieux à cette fin, c'est le massage

méthodique de l'abdomen et l'électrothérapie (faradisation des parois abdominales, faradisation et galvanisation à travers l'abdomen). Il est vrai que les succès obtenus par ces méthodes dépendent en grande partie de l'influence suggestive que les malades en ressentent. Au surplus, un traitement général approprié est également en situation : ablutions froides, bains, séjour à la campagne, exercices suffisants, etc. Enfin c'est parfois une prescription très utile que d'engager les malades à se présenter tous les jours sur le siège, à heure fixe, sans que le besoin s'en fasse particulièrement sentir, et de faire quelques efforts pour se procurer une garde-robe. A ce prix on imprime à l'intestin un mode de fonctionner et une espèce d'habitude, qui dans le principe semblaient irréalisables aux malades.

Les moyens susdits ont quelquefois pour effet de faire reprendre du courage et de l'énergie et de finir par conduire à la guérison dans des cas graves et de longue durée (v. le chap. de la dyspepsie nerveuse et de la neurasthénie).

## CHAPITRE ONZIÈME.

### RÉTRÉCISSEMENTS ET OCCLUSIONS DE L'INTESTIN.

**Étiologie et anatomie pathologique.** Des processus anatomopathologiques de diverse nature peuvent, en des endroits limités du canal intestinal, provoquer des rétrécissements et même une occlusion complète. Étant données ces circonstances, comme c'est le résultat purement mécanique du rétrécissement intestinal qui est le principal facteur des manifestations cliniques, le tableau morbide qu'elles engendrent est sensiblement le même, malgré la diversité des causes anatomiques qui y président. Conséquemment nous pouvons, après avoir énuméré les différentes affections qui donnent lieu au rétrécissement de l'intestin, en décrire les symptômes en commun.

Les causes anatomiques des rétrécissements et partant de l'occlusion de l'intestin, sont les suivantes :

1. Les occlusions congénitales se rencontrent à l'anus (*Atrésie anale*) beaucoup plus rarement au colon et à l'intestin grêle. Il n'y a que les premières qui aient un intérêt clinique, vu que, dans quelques cas au moins, on peut y porter remède par une intervention chirurgicale. Toutes les autres occlusions congénitales sont incompatibles avec la prolongation de la vie.

2. Tumeurs et coarctations cicatricielles. Parmi les tumeurs, le cancer seul a de l'importance clinique. Nous avons signalé les principales conditions anatomiques du cancer intestinal et le rétrécissement qui peut éventuellement en résulter.

Les *coarctations cicatricielles* se rencontrent le plus souvent dans le gros intestin après la guérison des *ulcérations dysentériques*. Le *rétrécissement syphilitique du rectum* que nous avons décrit plus haut, présente aussi un intérêt pratique. Les ulcérations typhiques ne conduisent presque jamais à des rétrécissements cicatriciels. Très rarement aussi voit-on l'intestin se rétrécir par la cicatrisation des ulcères tuberculeux. Le rétrécissement, suite d'ulcères cicatrisés du duodénum, eu égard à ses symptômes cliniques, se rapporte plutôt au rétrécissement du pylore qu'à celui de l'intestin.

3. *Obstruction de l'intestin*. La forme la plus fréquente de ces occlusions se produit par la *stagnation des masses stercorales*. A la faveur des nombreuses circonstances qui paralysent les contractions péristaltiques, il se fait, surtout dans le colon, une accumulation de matières fécales (*koprostase*) qui va grandissant et finit par provoquer les signes caractéristiques du rétrécissement intestinal. Mais parce que, dans ces conditions, on admet souvent comme cause première de la constipation, une parésie de la tunique musculuse de l'intestin, on a désigné les vomissements fécaloïdes qui finissent par se manifester, sous le nom d'« *iléus paralytique* ». Il faut remarquer d'ailleurs que dans les rétrécissements provenant d'autres causes anatomiques, la koprostase est parfois une circonstance qui aggrave notablement le rétrécissement.

Il est beaucoup plus insolite que l'obstruction intestinale résulte de causes autres que l'accumulation de matières stercorales. Dans quelques cas on a trouvé, surtout à l'extrémité inférieure de l'iléon, des *calculs biliaires enchâtonnés* bouchant presque complètement la lumière du canal intestinal. Exceptionnellement on a vu de vrais *entérolithes* qui sont d'ailleurs extrêmement rares, venir obstruer l'intestin. Finalement, citons le cas extraordinaire d'un gros *corps étranger* dégluti qui bloque littéralement un point déterminé du conduit. C'est surtout chez les enfants et les aliénés que ces observations ont été recueillies.

4. *Étranglement intestinal*. Le mécanisme de l'étranglement *herniaire externe* étant du domaine de la chirurgie, il nous suffira de mentionner les causes principales de l'*étranglement interne* (*Incarceratio seu strangulatio interna*). Dans la cavité péritonéale il existe des poches et des expansions de séreuse qui sont tantôt des états normaux, tantôt des anomalies de formation, où des anses intestinales viennent se prendre et s'étrangler. La hernie la plus remarquable à signaler, c'est la *hernie duodéno-jéjunale* (dite *hernie rétropéritonéale* de TREITZ) qui se produit par la pénétration de circonvolutions intestinales dans la fosse duodéno-jéjunale. Cette hernie peut acquérir des dimensions très considérables. On la rencontre parfois accidentellement à l'autopsie, sans qu'elle ait occasionné de

symptômes pendant la vie. Dans des cas rares cependant, elle peut provoquer un étranglement aigu interne. Puis il y a lieu de nommer la *hernie de l'arrière-cavité des épiploons* (le passage des anses intestinales par l'hiatus de WINSLOW), la *hernie intersigmoïdale ou mésocolique*, la *hernie sous-cœcale*, etc. On attache une plus grande valeur pratique, puisqu'elle se présente plus fréquemment, à la *hernie diaphragmatique*, et sous cette désignation on comprend tout autant les véritables sinus du diaphragme que le passage de viscères abdominaux à travers des éraillures congénitales ou acquises (traumatiques) de cette cloison. Cette hernie peut également exister sans produire de graves symptômes. Dans d'autres cas au contraire elle occasionne l'oblitération intestinale par étranglement ou torsion des anses intestinales déplacées.

A ces hernies internes il faut ajouter les cas dans lesquels des *fentes et des hiatus anormaux de l'épiploon ou du mésentère* donnent naissance à un étranglement interne.

Enfin des *fibres, des membranes et des pseudoligaments* anormaux qui traversent la cavité péritonéale, constituent quelquefois la cause de l'étranglement interne. Ces brides et ces bandes sont souvent des *reliques d'anciennes péritonites* et peuvent donner lieu à de véritables constrictions et à des inflexions angulaires de segments intestinaux. Une forme particulière de ces pseudoligaments sur lesquels l'intestin peut s'étrangler, c'est la queue du *diverticulum* de MECKEL. On désigne sous ce nom le diverticule qu'on considère comme un vestige du conduit omphalo-mésentérique et qui conséquemment prend toujours son origine à  $\frac{1}{2}$  ou 1 mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale. A l'extrémité libre de ce diverticulum fait parfois suite un appendice fibreux (la veine omphalo-mésentérique oblitérée) qui a contracté de l'adhérence en un point quelconque de la paroi de l'abdomen et peut ainsi devenir la cause d'un étranglement. L'*appendice cœcal* qui s'est fixé à son extrémité libre, a aussi été reconnu dans quelques observations comme ayant produit un étranglement interne.

5. *Torsion de l'intestin (volvulus)* et *formation de nœuds (enroulement de l'intestin)*. La torsion d'une anse intestinale (autour de l'axe du mésentère) et la constriction totale qui en résulte, a lieu le plus fréquemment à l'endroit de l'S iliaque, surtout quand la racine mésentérique de celui-ci est congénitalement trop courte. Le poids de cette anse encombrée de gaz et de matières, d'autres circonvolutions intestinales qui viennent peser sur l'endroit où l'intestin s'incurve, empêchent la coudure anormale de se redresser. Parfois plusieurs segments intestinaux viennent s'enrouler autour de l'intestin tordu sur lui-même, de manière à constituer de véritables nœuds. C'est surtout avec une partie de l'iléon que l'S iliaque s'entortille de cette façon.

Quelquefois c'est un traumatisme qui préside à la formation de ces nœuds. Dans d'autres cas, des contractions péristaltiques exagérées (diarrhées intenses) précèdent immédiatement l'occlusion intestinale. Nous avons vu nous-même un cas d'enroulement de la partie supérieure de l'intestin grêle, à la suite de violents efforts de vomissement (produits par un remède ténifuge administré par un charlatan !).

6. *Invagination de l'intestin (intussusception, emboitement)*. Un segment intestinal qui se renverse dans la partie d'intestin située immédiatement au-dessous, donne lieu au processus d'*invagination*. La cause doit, selon toute apparence, en être recherchée dans la diminution ou la suspension complète du péristaltisme d'une partie circonscrite de l'intestin. Si, à ce moment, des contractions énergiques se produisent dans le segment intestinal qui précède cette partie paralysée, il s'enfonce dans cette dernière. Dans d'autres circonstances il y a peut-être des états *spasmodiques* de la tunique musculuse qui entrent en jeu. — Les invaginations de l'iléon se rencontrent le plus souvent à l'autopsie d'enfants qui ont succombé à l'atrophie. En ce cas elles constituent un *phénomène agonique* qui dépend de ce que les contractions péristaltiques s'arrêtent à des moments différents dans les diverses circonvolutions de l'intestin.

Outre ces invaginations qui n'ont qu'un intérêt anatomique, il se déclare aussi, et surtout chez les *enfants* au-dessous de dix ans, des intussusceptions subites, dont on ne sait d'ordinaire pas déterminer la cause et qui en peu de temps amènent le rétrécissement avec ses symptômes les plus graves. Ces invaginations qui portent souvent sur de grandes étendues d'intestin, peuvent siéger dans un endroit quelconque du tractus intestinal. L'incarcération du cœcum et d'une partie de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le colon, est la plus fréquente (*invagination iléo-cœcale*). Ces invaginations acquièrent parfois chez les enfants une longueur telle que l'iléon invaginé finit par atteindre le rectum et même par faire saillie au dehors. L'intestin invaginé s'enflamme d'ordinaire et contracte des adhérences. La gangrène du segment incarcéré n'est pas rare, par suite de la constriction que subissent les vaisseaux afférents. La partie mortifiée peut s'éliminer et être évacuée avec les selles, — processus qui a quelquefois amené la guérison spontanée de l'invagination et de l'occlusion intestinale qui en était la conséquence.

Mentionnons encore à titre de cause particulière de l'invagination, les *polypes intestinaux* qui, ainsi qu'on l'a constaté à diverses reprises, entraînent petit à petit par leur poids le segment intestinal où ils sont attachés dans la partie de l'intestin située immédiatement au-dessous.

7. Comme cause du rétrécissement intestinal on a observé, dans des cas

rare, la *compression* exercée du dehors par des tumeurs utérines, des kystes ovariens, des abcès pelviens, des tumeurs épiploïques, etc. Dans ces conditions les symptômes du rétrécissement se produisent très lentement, parfois aussi assez subitement.

Il nous reste encore à signaler quelques altérations anatomo-pathologiques qui s'ajoutent à toute occlusion intestinale, quelle qu'en soit la cause.

Tout d'abord les *altérations* ultérieures que subit l'intestin méritent de fixer l'attention. *Au-dessus* de l'endroit rétréci, l'intestin est le plus souvent distendu à un haut degré par des gaz et des matières fécales amoncelées. La paroi intestinale dans toute son épaisseur est dans un état inflammatoire, en partie par un effet mécanique, en partie sous l'influence des agents phlogogènes qui se développent en masse, grâce à la décomposition du contenu de l'intestin. Quelquefois au-dessus de l'endroit coarcté, l'intestin est atteint de diphthérie grave avec ulcération. Dans cette paroi enflammée, friable, amincie par l'énorme distension qu'elle a à subir, il se fait aisément dans l'un ou l'autre point une petite déchirure, plus rarement une véritable perforation ulcéreuse. La sanie intestinale pénètre dans la cavité du péritoine et il en résulte inévitablement une *péritonite* suraiguë purulente ou *putride*. De là vient que la péritonite se rencontre si fréquemment à l'autopsie des personnes qui ont succombé à l'occlusion intestinale. Si le rétrécissement a subsisté un certain temps, on trouve souvent dans l'anse intestinale située au-dessus, outre les signes de l'inflammation, une *hypertrophie* manifeste de la tunique musculuse, suite des contractions péristaltiques excessives par lesquelles elle a tenté de vaincre la résistance. Par contre, la partie de l'intestin située *au-dessous* de l'endroit rétréci, est étroite, contractée et vide.

Les *altérations dans les autres organes* sont en rapport avec l'inanition générale. La découverte de *pneumonies par déglutition de travers* n'a rien qui doive étonner, en présence des forts vomissements (v. ci-dessous) qui ont précédé.

**Marche de la maladie et symptômes.** Au point de vue des symptômes cliniques, il y a lieu de distinguer les cas d'occlusion complète et rapide, de ceux dans lesquels cet état morbide ne se produit que d'une manière graduelle et où conséquemment il n'existe, du moins pour quelque temps, qu'un simple rétrécissement.

1. **Rétrécissement intestinal.** Les symptômes qui apparaissent en premier lieu dans le rétrécissement intestinal, qu'il soit le résultat d'une constriction cicatricielle ou d'un néoplasme, d'une obstruction partielle du conduit ou d'une invagination, etc. ce sont *des troubles de la défécation*. Les selles sont en retard, ne s'évacuent qu'à des intervalles plus éloignés,

et sont souvent accompagnées de douleurs et de ténésme. Déjà en décrivant le carcinome de l'intestin, nous avons fait remarquer que les matières intestinales sont parfois aplaties ou ovillées. Du mucus et du sang se mêlent souvent aux garde-robes, ce qui dépend de la nature de l'affection fondamentale. Dans quelques cas cependant il n'y pas de constipation et même la diarrhée est continue. Les conditions physiologiques expliquent suffisamment comment dans les rétrécissements de l'intestin grêle, dont le contenu est d'une consistance presque fluide, la gêne de la défécation est moindre que dans la sténose du gros intestin, dans lequel les matières stercorales ont déjà pris de la compacité.

L'examen objectif de l'abdomen fournit souvent des résultats importants et précieux. Le ventre est d'ordinaire gonflé par le *météorisme* dû à l'accumulation de gaz au-dessus de l'endroit rétréci. Le degré du météorisme varie considérablement d'après les cas, et chez le même malade, d'après le moment auquel on l'observe. Parfois il fait défaut, surtout quand le rétrécissement siège au bout supérieur de l'intestin. Alors l'estomac peut présenter une dilatation. Des *mouvements péristaltiques tumultueux de l'intestin*, se traduisant nettement à travers les parois de l'abdomen, constituent un signe très caractéristique de la plupart des rétrécissements intestinaux. De temps en temps on voit se dessiner d'une manière frappante les contours de plusieurs anses intestinales et on peut alors sentir l'épaississement de la tunique intestinale, pourvu que la paroi de l'abdomen soit relâchée. Le lieu où se passent ces contractions péristaltiques et le parcours qu'elles suivent, permettent parfois de conclure au siège du rétrécissement. Une règle généralement admise, c'est que le péristaltisme intestinal est beaucoup plus nettement dessiné dans le rétrécissement de l'intestin grêle que dans celui du gros intestin. Disons encore qu'à diverses reprises nous avons été étonné de la grande expansion et de la force des pulsations de l'aorte, que nous pouvions percevoir à travers les intestins météorisés. En appliquant l'oreille sur la paroi antérieure de l'abdomen, on entend de nombreux bruits de gargouillement et de clapotement, quelquefois accompagnés d'une consonance métallique manifeste. Les *renvois* sont fréquents, parfois aussi il y a de temps à autre des *vomissements*.

La durée de tous ces phénomènes diffère d'après la nature de la maladie fondamentale. Graduellement ou d'une manière subite les symptômes du rétrécissement font place à ceux de l'occlusion. Alors se déroule le tableau morbide qu'on observe dans tous les étranglements aigus internes.

2. **Occlusion intestinale.** Les *symptômes* de l'occlusion intestinale appartiennent aux plus sévères et aux plus effrayants que connaisse la pathologie. L'état général du malade subit en peu de temps une aggrava-

tion menaçante. Les signes du *collapsus* se développent rapidement : les yeux s'enfoncent, le facies prend un aspect grippé et anguleux, les extrémités deviennent froides et livides, le pouls se précipite et se dérobe, la voix faiblit et s'éteint. La *chaleur vitale* baisse, quelquefois on aperçoit encore quelques exacerbations fébriles. L'abdomen est fortement météorisé et en même temps très douloureux à la pression (péritonite commençante). Les *évacuations alvines* et l'émission de gaz sont supprimées. Parfois on aperçoit à travers les parois abdominales les mouvements péristaltiques de la partie de l'intestin située au-dessus de l'endroit rétréci. Dans d'autres cas la tunique musculuse est déjà tellement paralysée qu'elle n'est plus capable de se contracter énergiquement.

Le symptôme le plus caractéristique de l'occlusion intestinale, c'est le vomissement de matières à odeur stercorale, le *vomissement* dit *fécaloïde* (*iléus, miserère*). Dès le début de l'occlusion intestinale se produisent des *renvois* fréquents qui alternent avec de véritables vomissements. La matière vomie est primitivement de composition normale, mais elle répand bientôt une odeur *repoussante* et manifeste de matière *stercorale*. L'ancienne opinion qui disait que les mouvements antipéristaltiques ramenaient du gros intestin jusque dans l'estomac de véritables excréments, est controvérsée. Le vomissement fécaloïde ne se montre pas seulement quand l'occlusion siège dans le gros intestin, mais aussi quand elle occupe l'intestin grêle. C'est la conséquence de la *putridité du contenu intestinal qui stagne au-dessus de l'endroit oblitéré*. Une partie de ces masses putréfiées pénètre dans l'estomac par le vomissement, la valvule pylorique cédant peu à peu à l'extension de plus en plus considérable de l'intestin grêle. Le vomissement lui-même, selon toute apparence, dépend en majeure partie du tiraillement du péritoine, peut-être aussi de l'irritation exercée par les substances anormales qui se déversent dans l'estomac.

Enfin il nous reste à mentionner un fait observé dans les différentes formes du rétrécissement intestinal et qui a un intérêt théorique en même temps qu'une valeur diagnostique. Dans le contenu de l'intestin qui stagne au-dessus du rétrécissement, se forment, grâce surtout à la putréfaction des substances albuminoïdes, indépendamment d'autres produits de décomposition, de grandes quantités d'indol et de phénol qui sont en partie résorbées et éliminées par les reins. De là vient que dans les rétrécissements de l'intestin grêle on trouve souvent *dans l'urine une proportion plus considérable d'indican* (1) (JAFFÉ) et de *phénol* (BRIEGER). Dans les rétrécissements

1. La recherche de l'indican se fait de la manière suivante : on mêle quantités égales d'urine et acide chlorhydrique officinal et on y ajoute goutte à goutte, tandis qu'on agite, une solution concentrée de chlorure de chaux. Si la proportion d'indican est considérable dans l'urine, il se produit une coloration bleu-indigo manifeste.

du gros intestin au contraire cette proportion plus forte d'indican dans l'urine fait défaut, attendu que les composés albumineux putrescibles n'existent plus en quantité suffisante dans le gros intestin pour lui donner naissance.

La *marche* de l'occlusion intestinale varie avec la diversité des causes anatomiques qui la provoquent. Dans beaucoup d'étranglements aigus internes, le grave tableau morbide que nous avons esquissé, se dessine parfois en très peu de temps et conduit à la mort après un à deux jours tout au plus. Cependant l'évolution est d'ordinaire un peu plus lente et s'étend à une semaine environ. Quand l'occlusion intestinale fait graduellement suite au rétrécissement, la maladie peut durer plus longtemps encore et présenter de nombreuses variations d'intensité. Dans le simple *rétrécissement intestinal*, il y a encore moins moyen de fournir des données précises sur la durée et la marche de l'affection, puisque les symptômes morbides dépendent entièrement de la nature de la maladie fondamentale.

La *terminaison de l'occlusion intestinale* est défavorable dans la grande majorité des cas. La *mort* vient, soit par le collapsus qui devient de plus en plus profond, soit par péritonite secondaire (v. plus haut), moins souvent par des complications plus tardives (états pyémiques, pneumonies, etc.). La *guérison* peut encore se produire après les manifestations les plus graves, mais elle est rare. Les occlusions par obstruction intestinale sont les plus susceptibles de guérison. Des calculs biliaires enchatonnés, des masses stercorales accumulées, etc. qui s'évacuent, font disparaître les symptômes sérieux. Nous avons signalé plus haut la possibilité de la guérison de l'invagination par élimination du segment incarcéré tombé en gangrène. D'un autre côté, on ne peut affirmer d'une manière absolue que les étranglements internes sont irréductibles ; mais il est en tout cas très hasardeux de se prononcer à cet égard, à raison de l'incertitude du diagnostic dans un cas donné.

Dans les *rétrécissements intestinaux*, la nature de la maladie provoque d'ordinaire également une issue funeste, soit à cause de l'affection fondamentale en elle-même, soit parce que l'oblitération intestinale finit par être complète. Cependant dans certaines circonstances (obstruction intestinale, compression du dehors, etc.) la possibilité d'une guérison ne doit pas être totalement écartée.

Ce serait nous exposer à des redites que d'entrer dans les détails cliniques des *formes particulières* de sténose et d'occlusion intestinales. D'ailleurs, dans la plupart des cas aigus et dans beaucoup de cas chroniques, le diagnostic ne peut porter que sur l'existence d'un obstacle mécanique, et la détermination précise de la *nature* de cet obstacle ne se base que sur des présomptions. Pour ce qui concerne ce dernier point, de même que celui

du *siège* du rétrécissement, nous avons donné quelques indications en parlant de l'étiologie et de la symptomatologie de la maladie.

Il n'y a qu'une seule forme d'occlusion intestinale assez fréquente que nous tenons à mentionner en peu de mots à raison de son importance pratique. Nous voulons parler de l'occlusion due à l'*accumulation d'anciennes et abondantes masses stercorales dans le rectum*. Chez les vieilles femmes qui sont sujettes à une constipation habituelle, ou qui pour tout autre motif éprouvent un retard dans les selles, il se forme parfois une collection réellement monstrueuse de matières dans le rectum. Après quelques légers prodromes d'une certaine durée, se manifestent subitement des symptômes graves qui rappellent complètement l'image d'un étranglement interne : douleurs abdominales vives, parfois sous forme de coliques, grande sensibilité du ventre le plus souvent météorisé, collapsus général et profond, chute des forces, petitesse du pouls, sueur froide par tout le corps, vomissements, etc. Si on essaie d'administrer un lavement, à peine un peu de liquide pénètre dans le rectum. Le doigt introduit rencontre d'ordinaire à une faible hauteur au-dessus du sphincter, d'anciennes masses fécales durcies, et il ne reste le plus souvent autre chose à faire que d'entreprendre la sale besogne d'enlever à la main, une partie au moins des concrétions stercorales. C'est alors seulement que, par des injections répétées coup sur coup et des purgatifs administrés par la bouche, on parvient à donner issue à une quantité parfois incroyable de matières condensées et d'obtenir de cette façon une guérison rapide.

**Traitement.** Dès que le danger d'une *occlusion intestinale* est reconnu, il s'agit pour le médecin de déterminer si le rétrécissement n'est pas justiciable d'un traitement direct. On commencera donc par explorer attentivement les ouvertures herniaires externes, pour ne pas s'exposer à méconnaître une hernie étranglée. Puis on pratiquera l'examen manuel du rectum, afin de reconnaître si le rétrécissement n'y a pas son siège (koprostase, tumeurs rectales, invagination intestinale accessible). Il va sans dire que pour autant que l'état du malade le permet, on portera ses investigations sur tout le reste de l'abdomen, à l'effet de se renseigner, tout en s'aidant de toutes les données anamnestiques, sur la nature du rétrécissement (par obstruction et par compression).

Des renseignements qui précèdent découlent déjà certaines mesures thérapeutiques déterminées. Ainsi les *hernies externes étranglées* réclament un traitement opératoire qui est du domaine de la chirurgie. L'usage prudent des purgatifs peut dans quelques cas de *rétrécissement par obstruction*, venir opportunément en aide. Le traitement des obstructions par accumulation de matières, dont nous avons décrit la forme la plus fréquente, a une

importance particulière. Comme il a été dit, on est souvent réduit à enlever une partie au moins des excréments à l'aide des doigts ou d'un instrument (pince à polype, cuiller). En second lieu, on aura recours à des douches ascendantes d'eau pure ou d'eau savonnée, à renouveler quatre à cinq fois par jour jusqu'à effet. Elles s'appliquent le mieux au moyen d'un entonnoir et d'une sonde œsophagienne (tube intestinal) introduit aussi haut que possible dans l'intestin. Comme moyen adjuvant, on emploiera les purgatifs à l'intérieur, surtout l'huile de ricin et la rhubarbe.

Dans les *rétrécissements du rectum* par cicatrices et néoplasmes, le traitement chirurgical local est également parfois applicable (dilatation, curettage, etc.). Dans ces conditions le traitement de l'accumulation stercorale joue aussi un rôle important. Enfin les cas d'*invagination iléo-cæcale*, dans lesquels l'extrémité de l'iléon invaginé parvient jusqu'au rectum, peuvent encore être soumis à un traitement local. A l'aide d'un « cathéter à éponge » (sonde œsophagienne élastique munie d'une éponge à l'une de ses extrémités) on cherchera à réduire successivement l'intestin. D'autre part, les *insufflations d'air* (soufflerie) ont été recommandées dans ce but par les anciens médecins. En général on emploie dans ce cas des injections abondantes d'eau chaude, qui paraissent quelquefois exercer une action mécanique favorable.

Très souvent il n'y a pas moyen au lit du malade de préciser la cause anatomique et le siège de l'occlusion intestinale. Dans ces cas graves, il ne reste au médecin qu'à faire la *médecine des symptômes*. D'ordinaire on commence, en présence d'une constipation, par faire un essai avec les purgatifs, les plus faibles d'abord, puis de plus forts, et à la fin comme « dernier remède » avec du *mercure coulant* (mercure dépuré, à doses répétées, jusqu'à ce qu'on ait atteint 150 à 300 grm.) qui par sa pesanteur, à ce qu'on prétend, peut même dans des « cas désespérés » exercer un effet mécanique. Néanmoins dans ces derniers temps on incline à croire, abstraction faite de quelques partisans quand même du vif argent, que les purgatifs n'ont le plus souvent aucune utilité et qu'au contraire, en renforçant l'obstacle, ils ont une influence directement nuisible. C'est ce qui fait que de nos jours on s'est adressé de préférence aux *fortes doses d'opium* pour traiter les invaginations graves. L'opium agit surtout en calmant les douleurs, il apaise les vomissements et, en condamnant l'intestin au repos, il empêche le rétrécissement de s'accroître et prévient la déchirure intestinale. En effet le traitement opiacé possède quelques bons résultats à son actif. On a même vu pendant l'administration de l'opium se produire la première garde-robe.

Comme l'emploi interne des purgatifs soulève tant d'objections, il faut recourir aux *lavements à grande eau*, même dans les cas où l'on ne sait pas positivement si le siège du rétrécissement est dans le gros intestin. Ils

doivent être administrés prudemment, avec persévérance et fréquemment répétés ; ils parviennent même dans des cas graves à conduire quelquefois à la guérison. — En outre, dans des cas nombreux de vomissements fécaloïdes, les *lavages méthodiques de l'estomac* (KUSSMAUL, CAHN, etc.) exercent une influence très avantageuse. La sonde débarrasse l'estomac d'une masse de liquide excrémentiel et on comprend en effet que le dégorgeement du ventriculé puisse favoriser le rétablissement du péristaltisme intestinal. Ces lavages ont même une action palliative très appréciable quand la nature du rétrécissement ne permet pas d'espérer une guérison finale.

Il est inutile d'entrer dans des détails concernant le *traitement général*. Il va sans dire que l'on doit, autant que possible, soutenir les forces du malade, et que dans les collapsus graves il faut recourir à tous les excitants possibles (fort café noir, camphre, éther). *Les applications locales sur l'abdomen* ne sont pas bien supportées à cause de la sensibilité du ventre. On peut essayer la glace ou les draps mouillés de PRIESSNITZ. Contre les *vomissements* et les *douleurs*, l'opium est le meilleur remède, assisté au besoin par des *injections sous-cutanées de morphine*. Dans le *météorisme* poussé à un haut degré on peut ponctionner les anses intestinales proéminentes avec la seringue de PRAVAZ et évacuer en partie les gaz, procédé qui est parfois d'un excellent effet.

Remarquons pour finir qu'on est autorisé, dans les cas graves, à proposer la *laparotomie*. Parfois en ouvrant le ventre on peut découvrir et lever l'obstacle. Pour les détails, voir les traités de chirurgie.

## CHAPITRE DOUZIÈME.

### PARASITES INTESTINAUX.

(Helminthiase.)

#### 1. Vers rubanés.

**Histoire naturelle des vers rubanés.** Parmi les vers rubanés (cestoïdes) qui se présentent dans l'intestin, il y en a trois qui ont une valeur clinique, le *ténia solium*, le *ténia médiocanellata* et le *bothriocéphale large*.

1. Le *ténia solium* à l'état de complet développement a une longueur de deux à trois mètres. La tête (fig. 37 et 38) a à peu près la grosseur d'une tête d'épingle, porte quatre *ventouses* fortement saillantes et sur le devant une *couronne* de vingt-quatre crochets environ. Le sommet de la tête (proboscide) est en général fortement pigmenté. A la tête fait suite un fin col