

Duchenne aurait guéri par ce procédé simple et peu douloureux des constipations opiniâtres. Une d'entre elles, qui datait de trois semaines et qui avait occasionné du tympanisme abdominal, céda à une seule excitation du rectum, après avoir résisté quinze jours aux purgatifs de toute espèce.

Dans les cas où l'accumulation de fèces durcies dans l'ampoule rectale met obstacle à la sortie de celles qui sont au-dessus, on est obligé parfois de les extraire avec le doigt, le manche d'une cuiller, la curette, etc. Avec le doigt, on ne risque pas de blesser l'intestin; après l'avoir enduit de vaseline ou de glycérine, on l'enfonce dans la masse stercorale ou bien on l'insinue entre elle et l'intestin, pour la fragmenter et l'expulser morceau par morceau; un grand lavement achèvera l'œuvre commencée par le doigt.

Enfin, quand la constipation est due à une lésion accessible de la dernière portion de l'intestin (rétrécissement, hémorroïdes, fissure à l'anus), on ne peut la guérir qu'en s'attaquant directement à la cause du mal. C'est alors que la dilatation, la rectotomie, l'exérèse, suivant les cas, pourront entrer en scène. Au rétrécissement du rectum convient la dilatation répétée et progressive; la fissure à l'anus sera traitée par la dilatation brusque. Nous n'avons pas à insister sur ces divers traitements qui sont d'ordre absolument chirurgical.

CHAPITRE X

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR

J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

I

Considérations générales.

A. — DÉFINITION

On décrit sous le nom d'occlusion intestinale toute lésion qui a pour résultat d'arrêter le cours des matières dans l'intestin. Tantôt l'obstacle est dû à une affection chirurgicale, à un étranglement herniaire par exemple; tantôt il est d'ordre médical (volvulus, invagination, coprostase, accumulation de calculs, de vers intestinaux, compression par tumeur abdominale, etc.).

B. — APERÇU NOSOLOGIQUE

Avant d'aborder le traitement, il convient d'étudier les causes et les modalités cliniques de l'occlusion intestinale.

Les causes peuvent se diviser en trois groupes, suivant qu'elles ont pour siège la cavité de l'intestin, ses parois, les organes voisins,

1° *Causes internes ou intrinsèques.* — La simple constipa-

tion, l'accumulation des fèces, leur dessèchement et leur induration, peuvent aboutir à un arrêt complet ou incomplet, mortel ou curable, grave ou bénin, qui mérite spécialement le nom d'*obstruction intestinale*. Le calibre de l'intestin est obstrué, au niveau du cæcum ou à la fin du jéjunum, ou dans l'S iliaque, par un amas de matières fécales durcies, quelquefois par des corps étrangers, des noyaux de fruits, des calculs intestinaux (entérolithes), des calculs biliaires, des vers, etc. Norman Moore¹ a cité le cas d'un homme qui avait succombé pendant la laparotomie à une obstruction causée par des calculs biliaires accumulés dans la partie terminale du jéjunum. Deux cas semblables ont été rapportés à la Société clinique de Londres, et dans un de ces cas, la guérison succéda à l'expulsion spontanée des calculs par le rectum.

2° *Causes pariétales*. — L'occlusion intestinale est souvent produite par une lésion de l'intestin lui-même. Nous citerons les diverses variétés de rétrécissements : rétrécissements congénitaux et malformations, rétrécissements cicatriciels consécutifs aux ulcérations de la tuberculose, de la dysenterie, de la fièvre typhoïde, rétrécissements syphilitiques du rectum, rétrécissements cancéreux, etc. Après les rétrécissements, nous devons signaler certaines lésions congénitales de l'intestin (flexuosités exagérées et allongement du gros intestin, dilatation congénitale du côlon avec épaissement de ses parois), le volvulus, les polypes du rectum, l'invagination et le prolapsus. L'invagination intestinale est une cause relativement fréquente d'occlusion intestinale, surtout chez les jeunes enfants. Dans les autopsies de nourrissons, on trouve souvent l'invagination cadavérique de l'intestin grêle sur plusieurs points de son trajet. Quoique cette lésion n'ait rien de pathologique, elle indique la prédisposition du jeune âge à l'invagination intestinale.

3° *Causes extrinsèques*. — Une bride péritonéale, un sac herniaire réduit en masse avec l'intestin, une tumeur, un

1. NORMAN MOORE. — Intestinal obstruction due to Gall Stone, *Pathological society of London*, 18 mars 1897.

déplacement viscéral peuvent comprimer l'intestin, le serrer, l'étrangler au point d'arrêter complètement le cours des matières. Dans tous ces cas, la cause de l'étranglement interne est étrangère à l'intestin, qui subit passivement l'effet d'une maladie qui ne l'avait pas affecté primitivement.

Quelle que soit la cause de l'obstruction intestinale, les symptômes sont toujours les mêmes. On pourra bien noter des différences tenant à ce que l'occlusion est complète ou incomplète, à la rapidité ou à la lenteur de sa formation; mais, en définitive, les effets de l'arrêt des matières ne tarderont pas à se faire sentir. Les malades ne vont pas à la garde-robe, ils ne rendent ni matières solides, ni liquides, ni gaz. Leur ventre se ballonne, devient douloureux; des vomissements se montrent, les traits se tirent, le facies prend le *caractère abdominal*. Tout indique l'empoisonnement imminent et la mort prochaine dans le collapsus et l'algidité. Quelquefois l'occlusion intestinale se complique de péritonite; la fièvre, l'agitation, l'anxiété viennent s'ajouter au tableau morbide, et la terminaison fatale est précipitée.

Le diagnostic de l'occlusion intestinale n'est pas toujours facile; on peut la confondre avec l'appendicite, la péritonite, la colique néphrétique ou hépatique, etc. Il importe, avant de se prononcer, d'explorer avec soin tous les orifices naturels, de pratiquer le toucher rectal, d'étudier minutieusement l'abdomen, en tenant un grand compte des renseignements fournis par le malade ou par son entourage, de la marche de la maladie, etc. Mais parfois le temps manque pour recueillir ces renseignements, le malade a des vomissements fécaloïdes, il va périr si le chirurgien n'intervient pas.

II

Indications thérapeutiques.

La conduite varie beaucoup suivant les circonstances. Soit un nouveau-né qui n'a pas rendu son méconium; on explore

l'anus, on constate qu'il est imperforé, ou bien qu'il se termine en cul-de-sac. L'indication est de faire immédiatement une incision et de chercher à atteindre le bout inférieur de l'intestin pour l'aboucher au dehors. Si l'on n'arrive pas sur cet intestin, on ne peut qu'avoir recours alors à l'opération de l'*anus artificiel*.

Dans quelques cas, le nouveau-né est bien conformé en apparence, mais il a, soit un rétrécissement modéré de l'intestin, soit des flexuosités, soit une dilatation du côlon, etc. On favorisera l'expulsion du méconium et plus tard des garde-robes normales à l'aide du cathétérisme, des grands lavements, etc.

L'indication des *lavements* portés très haut, avec une sonde œsophagienne, se pose encore dans les cas où l'obstruction intestinale est due à l'accumulation des matières dans le gros intestin; il n'y a aucun danger à faire ces lavages, et on doit toujours y avoir recours. Ils offrent à coup sûr beaucoup moins d'inconvénients que les *purgatifs*. Ceux-ci en effet, provoquant parfois des contractions intestinales violentes, peuvent, s'ils s'agit d'un étranglement par brides ou d'une invagination, exagérer l'occlusion au lieu de la dissiper, et favoriser la péritonite par perforation, qui est une menace toujours suspendue sur la tête des malades de ce genre.

Il vaut mieux avoir recours à l'*électrisation* de l'intestin, un pôle introduit dans le rectum, un autre appliqué sur l'abdomen. Boudet de Paris a dû de nombreux succès à cette méthode.

Le *massage abdominal*, pratiqué avec méthode et douceur, agit bien dans les cas de constipation opiniâtre, de coprostase vraie.

Les *ponctions capillaires* de l'intestin, avec ou sans aspiration (Dieulafoy), peuvent être indiquées par le tympanisme, la dyspnée extrême, mais elles ne constituent qu'un palliatif infidèle et aveugle.

Pour combattre les vomissements, pour retarder l'intoxication qui résulte de l'accumulation dans l'estomac des ma-

tières fécaloïdes, le *lavage gastrique* à l'aide du tube Faucher rendra parfois des services signalés. On a vu des malades guéris à la suite de simples lavages de l'estomac.

Un procédé qui a été beaucoup employé et qui a donné également de fort beaux succès est le *lavement gazeux*. Ayant fait pénétrer dans le rectum une grande sonde, on injecte un siphon d'eau de seltz ou même plusieurs siphons qui, agissant de bas en haut, sont parfois capables de réduire une invagination intestinale. Il ne faut pas, en effet, compter sur la guérison spontanée; Wiggin, sur 103 cas d'invagination infantile, n'a relevé que 2 cas authentiques de guérison spontanée par gangrène et élimination du boudin invaginé. Le même auteur conseille de ne pas injecter, dans l'intestin, plus de trois quarts de litre d'eau, en ne dépassant pas la force produite par une colonne de 3 pieds de hauteur. Le lavement ainsi formulé ne doit être employé que tout à fait au début, et l'injection doit être poussée lentement et avec la plus grande douceur, pour éviter les ruptures de l'intestin. « Il faut se garder, dit Jalaguier, de répéter les tentatives qui ne font qu'affaiblir l'enfant et qui le mettent dans les conditions les plus défavorables pour subir la laparotomie, qui est devenue la dernière ressource. Rydygier ne veut pas qu'on fasse plus de deux tentatives¹. Wiggin n'en admet qu'une seule. C'est un moyen aveugle et dangereux qui n'est de mise, suivant Bryant, que pendant les trois premiers jours, et encore seulement dans les cas d'acuité moyenne. Il ne faut pas oublier, en effet, que les altérations peuvent être extrêmement précoces. Les résultats de la distension intestinale par l'eau ou par l'air sont, d'après la statistique de Wiggin, 54 insuccès sur 72 cas; soit une mortalité de 75 p. 100. Tous les faits de guérison ont été observés chez des enfants avant la quarante et unième heure.

Pour me résumer, je dirai : chez un enfant qui vient d'être pris d'invagination intestinale, il est indiqué d'administrer

1. RYDYGIER. — Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, 1895.

avec les plus grandes précautions un lavement d'eau tiède, légèrement salée, dont la quantité ne dépassera pas 1 litre; si la réduction semble se faire, ce dont on est averti par la disparition de la tumeur et par la cessation des symptômes, il convient de tenir l'enfant en surveillance, pour voir si l'invagination ne se reproduit pas. En cas d'échec, on peut renouveler une fois la tentative. Si l'invagination ne se réduit pas, ou si elle reparait après réduction, la laparotomie immédiate s'impose. »

Avant d'aborder l'étude de cette opération aujourd'hui classique, il convient de dire un mot de l'anus artificiel détrôné par elle dans la généralité des cas.

III

Traitement chirurgical.

A. — ANUS ARTIFICIEL

Dans l'opération de l'anus artificiel, on fait bien en réalité une laparotomie, mais seulement pour rendre accessible une anse intestinale et pour l'ouvrir à l'extérieur, sans s'inquiéter de la recherche et de la réduction de l'obstacle au cours des matières. En agissant ainsi, on ne guérit pas la maladie, on se contente d'ouvrir une soupape de sûreté, qui permet de gagner du temps.

Dans une première période, au xviii^e siècle, l'anus artificiel est fait sur le gros intestin de préférence; plus tard, dans la première moitié du xix^e siècle, on fait l'anus artificiel sur l'intestin grêle (Maisonneuve, Nélaton), et on obtient des succès.

L'entérotomie, jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, est restée le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale. Mais, peu à peu, grâce au progrès de l'antisepsie chirurgicale, elle a perdu la faveur générale. Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, a bien montré la valeur comparative de l'entérotomie et de la laparotomie.

Cette dernière opération, regardée aujourd'hui comme inoffensive par les chirurgiens, ne pouvait manquer de supplanter son aînée.

B. — LAPAROTOMIE

La laparotomie largement faite a un double avantage : 1^o Elle permet d'assurer ou de compléter le diagnostic, et par suite d'arriver au traitement radical, à la suppression de l'obstacle; 2^o Si cet obstacle ne peut être levé, elle rend plus facile l'opération de l'entérotomie.

Mais, sans insister sur ces avantages théoriques, voyons les résultats obtenus par les chirurgiens.

C'est dans le traitement de l'invagination intestinale qu'on peut le mieux apprécier la valeur de la laparotomie; la gravité et la marche rapide des accidents rendent le danger pressant et la cure difficile; aussi ne doit-on pas demander au chirurgien des résultats aussi brillants que dans les autres variétés d'occlusion intestinale. Et d'ailleurs, si le chirurgien ne parvient que rarement à sauver ses malades par la laparotomie, c'est parce qu'il est appelé trop tard, après que tous les moyens non sanglants ont été essayés, sans autre effet que d'affaiblir les sujets. Ashurst donne une mortalité de 75 p. 100; Curtis, 76 p. 100 (cas aigus observés surtout chez les enfants); Braun, Barker, 78 p. 100. Barker dit que, sur 23 enfants désinvaginés, après la laparotomie, 5 seulement ont guéri. Trèves, sur 18 cas au-dessous de 2 ans, obtient 4 guérisons et 14 morts; sur 4 cas de 3 à 15 ans, 4 morts. Mais ces statistiques comprennent des cas opérés *in extremis* et suivant une technique imparfaite, des cas compliqués de résection intestinale, d'anus contre nature, d'entéro-anastomose, etc. Wiggin, après avoir cité une mortalité générale de 67,2 p. 100, distingue les opérations faites avant 1889 et celles qui ont été faites après. Les premières donnent une mortalité de 84 p. 100.

Parmi les secondes, éliminant les cas mal opérés, il trouve

14 guérisons sur 18 cas (mortalité 22, 2 p. 100). Ces chiffres encourageants s'appliqueraient aux cas aigus et opérés de bonne heure. Jalaguier cite 5 succès récents obtenus chez des enfants de moins de 1 an opérés rapidement. Les statistiques deviendront satisfaisantes quand on aura pris pour règle d'opérer le plus tôt possible, comme on le fait dans la hernie étranglée.

Au point de vue opératoire, voici les conseils donnés par Jalaguier : ouverture du ventre sur la ligne médiane, ou sur la tumeur quand son siège sera bien déterminé.

L'incision médiane donne plus de liberté pour l'exploration de la cavité abdominale et la recherche de l'obstacle. Si l'intestin est sain, sans gangrène ni perforation, on s'efforce de le désinvaginer avec douceur, en repoussant le boudin de bas en haut, en agissant par pression circulaire à travers sa gaine ; on referme l'abdomen après s'être bien assuré de l'intégrité des organes ; on établit un drainage, s'il y a quelque tache suspecte sur l'intestin. Si l'intestin est malade, enflammé, perforé, gangrené, si l'invagination est irréductible, il faut réséquer les parties malades, faire une entérectomie, opération longue, délicate, peu fructueuse ; quand la gaine est saine, on l'incise longitudinalement pour réséquer le boudin (Widenham, Maunsell, Jessett-Barker).

Malgré leur difficulté, l'incertitude du résultat, ces opérations seront préférées à l'anus contre nature et à l'entéro-anastomose, qui ne donnent pas de guérison dans les formes aiguës de l'invagination.

Quand l'invagination est compliquée de péritonite, de procidence par l'anus, il faut encore tenter la laparotomie. Quand il y a péritonite, la situation est évidemment très grave et quasi désespérée ; cependant, si l'enfant est encore résistant, si le pouls n'est pas trop faible, il faut ouvrir le ventre. Quant à la procidence de l'invagination, si le boudin n'est pas gangrené, elle ne contre-indique pas la laparotomie. Marsh¹ a guéri par

1. MARSH. — *The Lancet*, 1875.

désinvagination après laparotomie un enfant de 6 mois malade depuis treize jours et présentant un prolapsus rectal. Godlee n'a pas été moins heureux chez un enfant de 9 mois, malade depuis quatre jours. Sands, Ainsley, Pollard ont guéri par la laparotomie chacun un enfant dont le boudin d'invagination était descendu dans le rectum.

Dans le cas de Pollard, quoique l'invagination ne datât que de vingt-quatre heures, le boudin était en voie de sphacèle.

Dans les invaginations chroniques, dont on connaît quelques exemples, on est autorisé à insister, plus que dans les formes aiguës, sur les tentatives de réduction non sanglante, quand il n'y a pas de symptômes d'étranglement absolu. Mais il ne faut pas reculer trop loin la laparotomie, sous peine de voir des accidents aigus se greffer sur l'invagination chronique. D'autant plus que, si l'on opère à froid, on peut réduire des invaginations anciennes.

Rydygier a pu désinvaginer après six semaines, après six mois, après neuf mois ; à ces 3 cas remarquables, il faut ajouter 1 cas de Czerny après six mois, 1 d'Obalinski après deux mois et demi. Sur ces 5 opérés guéris, 4 étaient adultes ; 1 n'avait que 8 ans.

Si, après une laparotomie ainsi tardivement faite, dans l'invagination chronique, on trouvait un boudin adhérent, sphacélé, perforé, irréductible, on le réséquerait ; cette résection, pratiquée à froid, offre plus de chance de survie que la résection de l'invagination aiguë.

IV

Conclusions.

La diversité des causes de l'occlusion intestinale explique la diversité des traitements dirigés contre cette dangereuse maladie. Pour le choix de la thérapeutique à instituer, il faut précisément s'inspirer des causes en jeu.

Une obstruction par coprostase ne comporte évidemment

pas la même ligne de conduite qu'un étranglement par bride ou qu'une invagination. Dans le premier cas, on pourra recourir aux purgatifs et aux lavements ; dans le second cas, on devra se résoudre à la *laparotomie*. Une occlusion due à un rétrécissement syphilitique pourra guérir par un traitement *mercuriel* et *ioduré*, aidé d'une *dilatation* sage et progressive. Au contraire, une néoplasie cancéreuse de l'intestin ne laissera que peu d'espoir, même si l'on se résout à une intervention radicale. Certaines occlusions sont curables, d'autres sont naturellement incurables.

Deux ordres de moyens s'offrent à nous pour la cure de l'occlusion médicale :

1° *Moyens médicaux, lavements d'eau* ou de gaz, *électricité, massage, lavage de l'estomac, ponctions capillaires*; il faut user de ces moyens au début, sans entêtement, et savoir les laisser de côté quand la situation s'aggrave. Les *injections d'eau* simple ou gazeuse dans l'intestin notamment ne doivent pas être renouvelées plus d'une ou deux fois ; si l'obstacle ne cède pas, il faut recourir aux méthodes sanglantes.

2° *Moyens chirurgicaux*. — Jusqu'à l'avènement de l'antisepsie chirurgicale, l'*ultima ratio* de l'occlusion intestinale a été l'anus contre nature, l'anus artificiel, qu'on a d'abord pratiqué sur le gros intestin et en dernier lieu sur l'intestin grêle. Dans l'impuissance où s'est trouvé le médecin de rétablir le cours naturel des matières, le chirurgien arrive qui leur crée une voie artificielle.

L'entérotomie, entre les mains des Maisonneuve, des Nélaton et de leurs élèves, a donné d'assez beaux succès. Mais bientôt la chirurgie s'est enhardie, on a osé ouvrir largement le ventre, pour aller directement à la recherche de l'obstacle et le réduire. Cette laparotomie pratiquée *larga manu* est inoffensive, elle permet d'y voir clair, et un grand nombre de malades lui doivent la vie.

Donc l'occlusion intestinale relève, en dernier ressort, de la laparotomie. Grâce à cette opération, on peut fixer le siège, la nature de l'étranglement interne, et le traiter en consé-

quence par la réduction, l'extirpation, ou même on sait s'abstenir quand on se trouve en présence d'un cancer, d'une masse tuberculeuse, etc. Avant la laparotomie, l'intervention chirurgicale était incomplète, palliative, aveugle.

Grâce à la laparotomie, elle est devenue très souvent curative ; cette opération d'ailleurs donne d'autant plus de succès qu'elle intervient plus tôt ; c'est pour cela qu'il ne faut pas perdre de temps dans les tentatives médicales ou empiriques dont nous avons parlé plus haut ; en temporisant, on permet à l'occlusion de se compliquer de gangrène, de perforation, de péritonite, et, quand on se décide, il est trop tard.