

VINGT-HUITIÈME LEÇON

OCCLUSION INTESTINALE CONSÉCUTIVE

A L'APPENDICITE

- I. — Occlusion intestinale précoce, pendant cicatrisation d'un abcès appendiculaire incisé. Rôle des brides, des adhérences pelviennes. Forme subaiguë et intermittente des accidents. Gravité considérable du pronostic. Indication d'aller de préférence à la recherche de l'obstacle par la plaie iliaque préalable.
- II. — Occlusion intestinale tardive due aux brides, reliquats de la péritonite ancienne. Les accidents sont aigus. Nécessité d'intervenir par laparotomie médiane.

Il est actuellement connu de tout le monde qu'une péritonite antérieure est, par les brides qu'elle laisse parfois après elle dans la cavité péritonéale, une des causes habituelles de l'occlusion intestinale aiguë. Personne n'a donc été surpris quand on a constaté qu'il n'était pas rare de voir l'occlusion survenir chez des malades ayant souffert récemment ou autrefois d'une appendicite aiguë ou chronique, opérée ou non opérée.

C'est à cette étude de l'occlusion mécanique par bride que je vais me borner. Certes, elle n'est pas la seule dont puisse se compliquer l'appendicite, et, comme au cours de toutes les péritonites septiques diffuses, la paralysie réflexe de l'intestin peut causer un arrêt complet des matières et même des gaz pendant qu'évolue une péritonite aiguë appendiculaire. Il semble même que des accidents analogues, quoique moins graves, puissent être provoqués par un appendice chroniquement enflammé, dont la résection fait

tout cesser quoi qu'on n'ait rencontré en opérant aucune bride comprimant l'intestin.

Les faits de ce genre peuvent prêter à des considérations cliniques et thérapeutiques fort importantes : à l'état aigu, pour ne pas se tromper entre une péritonite suraiguë et une occlusion intestinale ; à l'état chronique, pour déterminer dans quelles conditions l'appendice doit être enlevé lorsque cependant les signes locaux attirent peu l'attention vers lui. Pathogénie et traitement ne sont pas ici comparables à ce qu'ils sont lorsqu'une bride, reliquat de péritonite, arrête mécaniquement le cours des matières : et c'est de ces cas seulement que je veux parler aujourd'hui.

Ces faits, à leur tour, doivent être divisés en deux catégories bien distinctes, selon que l'occlusion vient compliquer l'évolution d'un abcès appendiculaire incisé et non encore cicatrisé, ou selon qu'elle éclate après une période plus ou moins longue de santé parfaite chez un sujet ayant souffert d'une appendicite suppurée ou non, opérée ou non. Vous verrez à quelles conclusions chirurgicales tout à fait différentes on arrive dans ces deux ordres de cas.

I

L'occlusion intestinale par bride au cours d'un abcès appendiculaire incisé n'est pas fréquente : je ne l'ai observée que trois fois. Cette rareté est heureuse, car la gravité de la complication est grande : mes trois malades sont mortes toutes les trois — il s'agit de trois filles, sans que je sache pourquoi — et vous allez voir que cela s'explique par les difficultés opératoires avec lesquelles le chirurgien se trouve aux prises. C'est ce qui va ressortir de l'analyse succincte de mes trois observations.

Le 4 juillet 1896 on m'apporta, à l'hôpital Trousseau, une fille de onze ans¹, qui, après cinq ou six jours de malaises abdominaux vagues, avait été prise d'accidents brusques le 1^{er} juillet, en rentrant de l'école. Vomissements, diarrhée passagère, épistaxis

1. Obs. 69, p. 98, de la thèse de Mlle Gordon, Paris, 1896-1897.

au début firent croire à une fièvre typhoïde, mais, quand l'enfant fut admise à l'hôpital, on diagnostiqua nettement une appendicite, avec classique foyer à droite. Je fus appelé d'urgence et, par l'incision de Roux, je donnai issue à une abondante collection de pus très séreux et fort peu odorant. Le toucher rectal pratiqué avant l'opération ne fournit aucun renseignement positif.

Pendant les jours qui suivirent, l'évolution fut celle d'un foyer se vidant d'abord assez mal. Comme cela est fréquent, la température ne tomba pas tout d'un coup. A 40° lors de l'opération, elle resta aux environs de 39° jusqu'au 10 juillet, puis autour de 38° jusqu'au 25 juillet. A partir de cette date seulement elle devint tout à fait normale; mais, pendant tout ce temps, l'état général était resté bon, tous les accidents péritonéaux avaient cessé, et, sauf cette persistance un peu trop grande de la fièvre, tout paraissait aller très bien. Aussi, lorsque je partis en vacances, le 1^{er} août, après une semaine d'apyrexie, l'abcès se comblant avec rapidité, la guérison n'était plus, à mes yeux, qu'une question de jours.

Grande fut ma surprise lorsque, rentrant de congé le 16 août, j'appris que l'enfant avait succombé l'avant-veille, après avoir été opérée, pour des accidents d'occlusion, par mon ami Jalaguier qui avait bien voulu me suppléer pendant mon absence.

Toujours, jusqu'au début des nouveaux accidents, nous avions eu à lutter contre une constipation notable. Mais le 6 août les lavements furent impuissants à provoquer une selle; et le soir, à 6 h. 1/2, débutèrent des vomissements porracés, qui se renouvelèrent à 9 h. 1/2. Le pouls étant normal et le facies excellent, on ne s'inquiéta pas outre mesure; mais l'huile de ricin resta inefficace, trois lavements de même. Le quatrième fut suivi, enfin, d'une selle copieuse, avec émission de gaz.

Après cette alerte, le régime lacté fut prescrit. Le 7 août, un lavement eut un heureux résultat. Mais le 9, nouveau vomissement: une selle abondante fut obtenue par massage abdominal. Malgré cela, le 10 encore, survint un vomissement bilieux; l'état général resta d'ailleurs excellent. Le 12 août, le ventre commença à se ballonner; mais une potion à l'extrait de badiane fut très carminative et fort soulageante et, en somme, l'inquiétude de Jalaguier

n'était pas extrême, lorsque brusquement, le 14 août, la scène changea: aux vomissements et à la constipation se joignirent la fréquence du pouls à 150 et l'altération caractéristique du facies. Le ventre était peu douloureux, mais le toucher rectal révéla que le plancher pelvien était blindé par un plastron très dur, qui immobilisait tous les organes.

La laparotomie médiane fut donc pratiquée: adhérentes dans le bassin, trois brides épiploïques, dont une grosse comme le petit doigt, étranglaient l'intestin grêle. Elles furent sectionnées entre deux ligatures, mais cela ne rétablit pas le cours des matières; aussitôt après l'opération survinrent des vomissements fécaloïdes, le pouls devint incomptable, et à 7 heures du soir l'enfant succomba. A l'autopsie, on vit que les anses intestinales, restées affaissées, formaient dans le petit bassin un magma adhérent, constituant le plastron senti par le toucher rectal. On comprenait, dès lors, que la section des brides épiploïques n'eût pas suffi à arrêter les phénomènes d'occlusion.

C'est seulement en décembre 1899 que j'eus l'occasion de recueillir une observation comparable à la précédente. Une fille de treize ans, en général constipée, souffrant depuis quelques mois de douleurs abdominales, fut prise, le 4^{er} décembre 1899, le soir, de douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite et de vomissements alimentaires; pendant la nuit, la fièvre s'alluma. Ces symptômes persistèrent, et on se décida, le 4 décembre, à faire appeler un médecin qui conseilla le transfert à l'hôpital.

A l'entrée, nous constatâmes un foyer bien localisé à droite, avec 38°4 de température; pouls à 104, bien frappé. Le traitement par la glace et l'opium fut institué et amena une sédation rapide des symptômes; il n'y eut plus aucun phénomène de péritonite, le pouls tomba à 92. Mais la température resta à 38°, et, le 9 décembre, il existait certainement un abcès iliaque que j'ouvris par l'incision de Roux: il sortit un pus infect, contenant quelques débris sphacelés.

Le lendemain, la température étant à 37°8, l'amélioration était considérable, l'enfant se trouvait bien et demandait à manger, ce qui d'ailleurs ne lui fut pas accordé. Mais le 12, sans que rien fût

anormal du côté de la plaie, débutèrent des vomissements bilieux, avec des douleurs épigastriques, et, à partir de ce moment, les symptômes furent les mêmes que dans l'observation précédente. Les liquides ingérés furent vomis, l'estomac se ballonna, la constipation fut opiniâtre, de temps en temps vaincue en partie par un lavement; et bien certainement aucun nouveau foyer ne se collectait dans l'abdomen. Sans doute, du 17 au 21, il y eut un peu d'hyperthermie, entre 38° et 38°5 le soir; mais aucun point n'était empâté ni douloureux à la palpation, le ventre ne présentait comme signe anormal que du météorisme épigastrique, le pouls était bon. Le 14 décembre, le toucher rectal permit même de constater que le petit bassin était libre et souple.

Dix jours plus tard, il n'en était plus de même : dans le cul-de-sac de Douglas, à gauche de la ligne médiane, on sentait une masse indurée, non fluctuante, évidemment formée par des anses intestinales agglomérées. Avec des accidents un peu plus lents, l'histoire était donc identique à celle que je vous narrais tout à l'heure, et, après avoir encore hésité, car je ne me dissimulais pas toutes les difficultés de la tâche, je me décidai à opérer.

J'incisai donc l'abdomen sur la ligne médiane, et je vis l'intestin grêle très distendu, très vascularisé. En suivant les anses météorisées, ma main arriva dans le petit bassin et, là, sentit, comme le toucher l'avait fait diagnostiquer, un amas d'anses affaissées, accolées contre la paroi pelvienne gauche; vers la droite de ce paquet descendait une première anse dans laquelle une coudure brusque, par adhérence du bord mésentérique, arrêtait le cours des matières : en la libérant, j'ouvris l'ancien abcès que j'avais drainé par la voie iliaque, et par le trou je vis sortir de la poche, à peu près sèche, un petit calcul stercoral. Après quoi, la même anse, pour devenir perméable, dut encore être affranchie de deux autres adhérences qui la coudaient. Je drainai largement par la fosse iliaque et par l'incision médiane, en protégeant le haut du ventre par des mèches de gaze, mais il me paraissait impossible qu'un foyer pelvien ainsi infecté pût être impunément ouvert dans la grande séreuse : en effet, la température qui, depuis le 20 décembre, était normale, monta le soir à 39°, et l'enfant

succomba le lendemain matin, sans avoir vomi, mais avec tous les autres symptômes de la péritonite diffuse suraiguë.

L'autopsie confirma ce que j'avais vu pendant l'opération, et nous fit trouver, en outre, un petit abcès au milieu des anses agglomérées dans le bassin. L'appendice, dirigé en bas et en dedans, était amputé au sommet et venait adhérer à l'anse intestinale que j'avais libérée.

Voilà donc deux observations tout à fait comparables, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique : elles nous ont offert le type de ces occlusions lentes, dues aux coudures multiples des anses intestinales dans un foyer de péritonite adhésive subaiguë.

Et vous comprenez que le diagnostic ne puisse pas aisément être posé d'emblée : en effet, à un degré léger ces symptômes sont très fréquents après l'ouverture des foyers enkystés de péritonite en général, des abcès appendiculaires en particulier. Il est de règle que pendant la résorption des exsudats de péritonite plastique, grâce auxquels s'est faite la limitation du mal, la constipation persiste plus ou moins. Sans doute, elle est loin d'être absolue, les gaz retrouvent en général vite leur chemin, les vomissements sont peu nombreux ou nuls, le ventre ne se météorise pas. Mais de temps à autre on a, après l'opération, quelques jours d'inquiétude, lorsque enfin une purgation amène la débâcle définitive.

Aussi, dès le début, se pose devant nous un problème assez ambigu, — analogue d'ailleurs à celui qui se pose pour toutes les occlusions chroniques ou même subaiguës : à quel moment devons-nous renoncer aux purgations, aux lavements, et recourir au bistouri ? Nous savons, en effet, que si les adhérences sont constantes, si assez souvent elles causent quelques ennuis, elles se libèrent presque toujours d'elles-mêmes, à mesure que l'intestin reprend sa tonicité et que l'inflammation péritonéale s'apaise. Cela est si vrai que, même lorsque nous échouons en fin de compte, comme vous l'avez vu pour les deux malades précédentes, comme vous le verrez pour la suivante, à plusieurs reprises purgatifs et lavements amènent de vraies débâcles, telles que pendant un jour

ou deux on se croit maître de la situation. On ne désespère donc de la médecine que très tard, lorsque l'on voit l'état général s'aggraver ; mais il est juste d'ajouter que, pas plus dans le cas de Jalaguiet que dans le mien, ces hésitations — que je crois obligatoires — n'ont eu pour résultat d'amener sur l'intestin les lésions de gangrène, de perforation, qui trop souvent frappent de stérilité les opérations trop différées chez les malades atteints d'occlusion.

Cela se comprend car, dans aucun de ces cas, il n'y avait striction de l'intestin. Il y avait des adhérences molles, agissant par couture, et ne menaçant par conséquent pas la paroi de sphacèle. La preuve en est que, chez la première malade, la section des brides n'a pas rétabli la perméabilité des anses agglomérées dans un magma pseudo-membraneux peu résistant ; et, chez mon opérée, les trois adhérences qui coudaient l'iléon cédèrent à une minime traction, en déchirant la poche de l'abcès, mais non les tuniques de l'intestin.

Un peu de retard n'est donc pas ici très préjudiciable, contrairement à ce qu'on ne doit pas se lasser de répéter pour les autres occlusions intestinales. Mais la grosse difficulté, c'est de savoir exactement comment il convient d'opérer. La première pensée qui vient à l'esprit, c'est évidemment de recourir à la laparotomie médiane. Or, au moins lorsque le toucher rectal révèle des adhérences pelviennes, cette voie est sûrement défectueuse : ou bien, comme Jalaguiet, on se borne à sectionner une ou plusieurs brides épiploïques, mais les coutures par péritonite plastique continuent leurs méfaits ; ou bien, comme moi, on veut aller plus loin, et on libère les anses coudées, mais alors on ouvre forcément dans le ventre un foyer encore infecté, et la péritonite suraiguë consécutive paraît presque fatale.

De ces deux faits, de leur observation clinique, du résultat opératoire, des constatations d'autopsie, j'ai donc conclu que, dorénavant, dans des conditions semblables, je renoncerais à la laparotomie médiane. D'autant que la situation est comparable à celle où nous sommes, quand, par suite d'adhérences à la paroi du bassin et à la section du vagin, nous nous trouvons en présence

d'une hystérectomie vaginale compliquée d'occlusion intestinale, avec cette aggravation qu'ici les adhérences correspondent toujours à un foyer infecté, ce qui n'a pas lieu dans toutes les hystérectomies vaginales, pour cancer ou pour fibrome par exemple. Or il est aujourd'hui bien connu qu'en pareille occurrence la libération par voie haute est très dangereuse et que les résultats sont bien meilleurs si, avec le doigt, avec un instrument moussé, on va à l'aveuglette, au fond du vagin, changer un peu la position des anses agglutinées ; si, cette manœuvre ayant échoué, on établit, sans rien libérer, un anus artificiel de Nélaton. Et je me promets, le cas échéant, de ne plus agir que dans le foyer primitivement ouvert.

Malheureusement, l'occasion ne tarda pas à s'offrir, et vous allez voir que la conduite à laquelle je me suis arrêté était raisonnable ; car, si l'enfant a succombé, ce ne fut que longtemps après la cessation de tous les phénomènes d'occlusion.

Le 30 janvier 1900, je fus appelé auprès d'une fillette de huit ans, atteinte depuis trois jours d'une crise classique d'appendicite aiguë, avec plastron iliaque droit. Lorsque j'arrivai, le traitement médical, institué la veille au soir par Sevestre, avait eu un effet sédatif manifeste. Mais la résolution ne fut pas complète, et le 6 février il fut évident qu'un abcès existait, sans réaction péritonéale, avec température entre 38° et 38°5, avec pouls entre 80 et 100. Je l'ouvris par l'incision de Roux, je mis deux drains en canon de fusil, et d'abord tout marcha à souhait. L'enfant bientôt prit du bouillon et du lait, et elle ne vomit plus, mais elle n'eut pas de selle spontanée, et je lui prescrivis de l'huile de ricin. Cela provoqua de vives coliques, mais de selle point ; du calomel à dose fractionnée fut efficace, et l'alimentation put être commencée. Mais, au lieu de s'amender, la constipation s'aggrava, des crises violentes de coliques eurent lieu de temps à autre, calmées après l'émission de quelques gaz ; l'épigastre se ballonna ; il n'y avait d'ailleurs pas de vomissements, et rien n'était suspect autour du foyer opératoire. Quoique rien ne fût appréciable au toucher rectal, je redoutai tout de suite une occlusion partielle par adhérences, et bientôt l'occlusion fut complète, le calomel n'agit plus,

en sorte que je résolus d'intervenir, ce que je fis le 17 février.

Mon plan fut d'élargir un peu la plaie, actuellement presque cicatrisée, et de voir si, au fond, je ne trouverais pas, par la percussion, une anse sonore distendue, que je me bornerais à ponctionner. L'anus artificiel serait ainsi établi, sans ouverture de la cavité péritonéale, sur un point de l'iléon sûrement très proche du cæcum; et lorsque les adhérences se seraient résorbées tout autour, il eût été facile d'oblitérer la fistule stercorale, comme je l'avais fait récemment pour une fistule stercorale par ulcération de l'intestin grêle, consécutive à un abcès appendiculaire de la fosse iliaque.

En effet, une chiquenaude sur le fond de la plaie débridée rendit un son aérique, et je ponctionnai : quelques gaz sortirent, et ce fut tout. De même en deux autres points. Il était dès lors certain, ou bien que des coutures multiples isolaient plusieurs anses, ou bien que, l'occlusion étant incomplète, quelques gaz avaient pu passer au-dessous de l'obstacle, d'où la sonorité des anses ponctionnées et l'inefficacité de la ponction pour établir un anus contre nature.

Cela étant, mon parti fut vite pris : décollant la lèvre interne de l'incision, j'effondrai quelques adhérences et, en protégeant avec des compresses la partie inférieure suppurante, j'entrai délibérément dans le péritoine; et de l'index je constatai qu'une bride s'enroulait autour d'un paquet intestinal adhérent à la fosse iliaque et à la paroi abdominale. Recourbant le doigt en crochet, au-dessous du pédicule, j'attirai le tout au dehors, je sectionnai la bride, formée par la pointe de l'épiloon, et j'étalai cet épiloon autour de la plaie. J'eus tout de suite la preuve que l'obstacle était levé, car des matières liquides, jaunes, abondantes, sortirent par un orifice de l'intestin grêle, puis par le second, situé environ à 15 centimètres plus bas; et une longue anse, d'abord coudée, se déroula au dehors, où la maintint une mèche circulaire de gaze iodoformée. Rien ne sortit par ma première ponction intestinale.

J'étais à peu près certain que les matières fécales, avec grand soin dirigées au dehors et fort loin de la plaie, n'avaient pas contaminé le péritoine; mais, malgré toutes mes précautions,

n'avais-je pas infecté la séreuse par la rupture des adhérences autour de l'ancien abcès iliaque? Je n'étais pas autrement rassuré. Mais, dès le lendemain, j'avais partie gagnée : tous les symptômes d'obstruction avaient cessé, rien ne faisait redouter une péritonite. L'évolution ultérieure fut des plus simples : au bout de cinq à six jours j'enlevai la mèche circulaire, et, peu à peu, l'anse herniée se réduisit, l'enfant put être alimentée et engraisa à vue d'œil; la santé générale devint parfaite.

Mais il persistait sur la fin de l'intestin grêle deux larges fistules par lesquelles s'écoulaient toutes les matières fécales, et, lorsque l'enfant fut en bon état, lorsque, deux mois après le début de l'appendicite, je pus espérer que les adhérences seraient en majeure partie résorbées, je tentai, le 28 mars, d'oblitérer par l'entérorraphie les orifices intestinaux.

L'opération fut horriblement laborieuse. D'abord j'eus à libérer l'appendice qui, ascendant, allait adhérer par sa pointe à une couture très abaissée du côlon transverse. Dans ce trajet, il passait devant l'embouchure de l'iléon dans le cæcum et l'aplatissait : et c'est pour cela que le cours des matières n'avait eu aucune tendance à se rétablir dans le gros intestin. L'appendice une fois réséqué, il fut très facile d'oblitérer par quelques points de Lembert une petite perforation que je trouvai sur le cæcum, et qui résultait d'une de mes ponctions lorsque j'avais établi l'anus contre nature.

La recherche et la libération, cependant indispensables, de l'appendice, avaient déjà été délicates; mais ce n'était rien auprès de ce que me réservaient les deux fistules de l'intestin grêle. Lorsque je les eus fermées par entérorraphie, je constatai que, par rebroussement à l'intérieur de la muqueuse éversée, la lumière de l'intestin se trouvait obstruée, et je dus me résoudre à pratiquer l'entérorraphie circulaire après résection de l'anse, longue d'environ 25 centimètres, qui portait les deux perforations.

Tout cela dura une heure et demie; pendant ce temps l'hémorragie en nappe par les adhérences libérées fut abondante, et le fait est que l'enfant était à moitié en syncope quand elle fut reportée dans son lit. Malgré les procédés classiques de réchauf-