

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 épaisissements : péri-entérite plastique, péritonite adhésive ; parfois les lésions sont plus accentuées : péri-entérite aiguë, péritiphylite, 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, l'état 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 à plusieurs opérateurs. White a retiré par cette voie une cuiller engagée dans l'intestin.

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

QUATRIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU TUBE DIGESTIF

CHAPITRE PREMIER

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*, *étrangement 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. d'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^{re} 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 :

Iléo-cæcales.	44
Purement cœliques.	18
Iléo-cœliques.	8
De l'iléon seul.	30

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 brusquement, 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 mu-

queux (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 péri-

tonéales 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° *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 mésosôlon 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 rétopéritonéale 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 vermiculaire 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° *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^e 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*, que 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 premier 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^o la douleur; 2^o la constipation; 3^o le météorisme; 4^o les vomissements; 5^o les symptômes généraux qu'on peut résumer dans ces deux mots : apyrexie et hypothermie.

1^o *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^o *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^o *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^o *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 degrés, 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 de 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 à 10 jours et davantage, cède; une débâcle se produit, suivie d'une amélioration momentanée; mais ce n'est qu'une rémission passagère : l'obstruction ne

tarde pas à reparaître, 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 intra-abdominales et aux hernies rares : hernie diaphragmatique, hernie lombaire, hernie obturatrice, hernie périnéale, vaginale ou vagino-labiale.

En troisième lieu, il faut s'assurer que le malade est bien atteint d'une constipation opiniâtre et absolue; ce point établi permettra facilement en général d'écarter le diagnostic de choléra, ou d'empoisonnement auquel pourraient faire songer l'hypothermie, la cyanose, les crampes, l'extinction de la voix, la suppression des urines, les vomissements.

Cette distinction n'offre pas de difficultés; mais il n'en est pas de même de la péritonite chronique et de la péritonite aiguë, principalement de la péritonite par perforation.

En faveur de la péritonite par perforation on invoque :

1° L'absence de phlegmasie antérieure du péritoine; 2° la généralisation rapide de la douleur; 3° le météorisme égal des deux côtés; 4° la constipation moins absolue : émission de quelques gaz, diarrhée ultime; 5° les vomissements plutôt bilieux que fécaloïdes, d'un liquide brun verdâtre, foncé, trouble, intermédiaire entre la coloration jaunâtre du vomissement fécaloïde et le vert porracé du vomissement de la péritonite aiguë généralisée.

Dans un cas, Duplay, qui a fort bien étudié ces formes de péritonite par perforation présentant l'apparence de l'occlusion, a signalé un épanchement assez abondant pour se traduire par de la matité. Henrot insiste sur la présence d'un frisson au début, sur l'élévation de la température.

Dans la péritonite chronique, simple, tuberculeuse ou cancéreuse, les antécédents, l'examen des autres viscères, l'état général, l'allure plus torpide des phénomènes, les signes incomplets, la constipation moins opiniâtre, la persistance de l'émission des gaz, les vomissements rarement fécaloïdes, permettront de faire le diagnostic, mais il ne faut pas oublier qu'une erreur est facile à commettre. De nombreux exemples l'ont bien prouvé.

Le chirurgien, assuré qu'il a bien affaire à une occlusion intestinale, doit se demander quel est son siège.

Le *toucher rectal* permet de reconnaître immédiatement l'existence si fréquente d'un *obstacle ano-rectal* : rétrécissement fibreux chez des femmes jeunes et syphilitiques pour la plupart, cancer du rectum siégeant à une hauteur variable chez des sujets ayant dépassé la quarantaine, compression par des tumeurs siégeant dans le petit bassin, etc. Il s'agit, dans tous les faits précédents, d'occlusions à marche chronique, et l'attention du chirurgien est le plus souvent

appelée du côté du rectum par des symptômes observés depuis longtemps.

Cette exploration n'en est pas moins bonne à faire dans tous les cas; si elle est négative, on peut diagnostiquer plus sûrement une occlusion intestinale proprement dite.

La *région de l'abdomen* où siège l'affection est parfois indiquée dans l'occlusion aiguë par la *fixité de la douleur* en un point, la *sensation* de la place occupée par la barrière (Fagès, Besnier, Bulteau), ou encore par une tuméfaction limitée qui pourrait être perçue avant que le météorisme ne soit trop considérable. Malheureusement ces signes sont loin d'être constants, ce qui leur ôte beaucoup de leur valeur.

Certaines indications symptomatiques permettent quelquefois de dire dans quelle portion du tube intestinal siège l'obstacle.

Si le ballonnement est généralisé, les flancs développés dès le début; si les lavements donnés dans un but d'exploration pénètrent mal dans le gros intestin, dont la capacité normale est d'environ 2 litres, si les sondes introduites par l'anus sont arrêtées à une courte distance; s'il existe *du ténesme rectal, malgré la constipation et la vacuité du rectum* (Faucon), on pensera que *l'obstacle siège à la fin du gros intestin*. On a trouvé plusieurs fois des invaginations descendues jusqu'au niveau de l'anus (Pidoux, Buret).

L'exploration du rectum au moyen de la main introduite tout entière par l'anus (méthode de Simon, d'Heidelberg) nous paraît trop difficile et trop dangereuse pour mériter d'être recommandée.

Quelquefois la vacuité du flanc gauche, contrastant avec le météorisme du reste de l'intestin, permettra de croire à l'existence d'un *obstacle siégeant à la partie moyenne du gros intestin*.

Enfin on devra soupçonner *l'intestin grêle et surtout sa terminaison*, si les flancs sont plats, l'ombilic très développé, le ventre globuleux, saillant à sa partie moyenne, si les phénomènes généraux sont très graves, s'ils sont survenus très rapidement. — La suppression ou la diminution de l'urine avec ou sans ténesme vésical est plutôt en rapport aussi avec l'étranglement de l'intestin grêle.

Ces données, quelque imparfaites et inconstantes qu'elles soient, sont sans doute précieuses pour l'intervention chirurgicale; mais elles ne nous apprennent que peu de chose sur la *cause de l'occlusion intestinale*.

Pour tenter ce diagnostic de la cause, il faut procéder par élimination, s'appuyant principalement sur les commémoratifs et sur certaines particularités relatives à l'histoire pathologique des diverses affections qui peuvent à un moment donné se compliquer d'occlusion.

A. *L'occlusion est aiguë.* — La première pensée qui doit venir par ordre de fréquence, c'est l'*invagination aiguë*, s'il s'agit d'un *enfant*. Surtout avant l'âge de quatre ans (Duchaussoy), on ne pourra guère poser d'autre diagnostic.

Les invaginations, nous l'avons vu, occupent ordinairement le gros intestin, 70 fois pour 100 (Leichtenstern); on découvre le plus souvent dans le flanc droit le cylindre invaginé sous la forme d'une tumeur perceptible au début, ovoïde, mobile parfois : la vacuité du flanc gauche est remarquable (Dance).

La marche est moins rapide généralement que dans le volvulus; la constipation n'est pas absolue; il y a parfois des épreintes anales, du ténesme, des selles muco-sanguinolentes où l'on peut retrouver des portions de l'intestin sphacélé.

Chez l'enfant, en l'absence de signes positifs d'invagination, pourtant il faut songer à la possibilité des étranglements dans des diverticules péritonéaux.

S'agit-il d'un *adulte*? Si l'affection présente une évolution très rapide, un début brusque, on pensera à un volvulus ou à l'étranglement interne. L'absence de tout antécédent morbide est en faveur de la torsion de l'intestin, ou du volvulus, tandis que des troubles digestifs antérieurs, les commémoratifs d'une péritonite localisée ou chronique, feront plutôt pencher la balance en faveur d'un étranglement interne par brides péritonéales.

Si l'interrogatoire révèle l'existence d'une hernie disparue, si des efforts de taxis ont été tentés, on pourra penser à une réduction en masse. Tout à fait par exception, on constatera l'existence d'une tumeur profonde, dont le siège permettra de diagnostiquer une *hernie intra-abdominale* : hernie rétropéritonéale, hernie du ligament large, hernie intra-pelviennne.

Ces diverses espèces d'occlusion offrent entre elles de grands points de ressemblance; mais un diagnostic précis entre les diverses occlusions aiguës n'est pas absolument nécessaire, la laparotomie étant toujours indiquée. Malheureusement on voit certaines affections, qui donnent généralement lieu à des occlusions chroniques, évoluer quel-

quefois comme des occlusions aiguës : telle est, par exemple, la marche de quelques cancers intestinaux, de certaines occlusions intestinales produites par les calculs biliaires. Il faut donc toujours, malgré la rareté relative de ces derniers cas, faire des réserves importantes, et, en somme, comme le dit si justement Duplay, parmi toutes les occlusions aiguës, la vérité est que *l'invagination seule pourra être reconnue*.

B. *Occlusion chronique.* — Ainsi que nous l'avons fait remarquer, lorsque les affections du rectum produisent l'occlusion intestinale, celle-ci affecte généralement le type chronique; mais l'examen local suffit alors presque toujours à éclairer le diagnostic.

Les tumeurs abdominales comprimant l'intestin sont assez facilement reconnaissables à leurs signes physiques particuliers; une analyse attentive des résultats fournis par la palpation et la percussion abdominales permettra de distinguer dans certains cas la masse pâteuse produite par l'accumulation des matières de la tumeur dure ou fluctuante qui est la cause de l'obstruction; les commémoratifs révéleront parfois la connaissance antérieure d'une tumeur abdominale et diront son évolution clinique. Le toucher vaginal et rectal, combiné avec la palpation, donnera de précieux renseignements sur les tumeurs si nombreuses, qui ont leur point de départ dans le petit bassin; la cachexie, le développement d'une néoplasie secondaire ombilicale, pourront être les indices d'un cancer de l'épiploon. Mais il ne faut pas se dissimuler que toutes ces distinctions sont fort difficiles.

Il en sera de même plus souvent encore pour les occlusions liées *aux corps étrangers intestinaux*. Sans doute on aura parfois d'utiles commémoratifs sur l'existence d'une lithiase biliaire, mais il sera bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'y rattacher, avant l'évacuation, les accidents d'un calcul d'origine hépatique.

Une constipation antérieure opiniâtre, des renseignements précis sur la nature des matières rendues, parfois la présentation de calculs intestinaux évacués antérieurement, permettront d'attribuer à des concrétions intestinales les symptômes observés le plus souvent, comme dans le cas précédent, chez des femmes âgées.

Les amas de matières stercorales peuvent être soupçonnés aussi dans certaines conditions de paresse habituelle de l'intestin : vieillards, paralytiques généraux, à la suite de l'ingestion d'une grande quantité d'aliments lourds et peu assimilables.

Le cancer de l'intestin ne survient guère avant quarante ans; il s'observe plus souvent chez l'homme; Rathery l'a signalé chez l'enfant; il occupe surtout le gros intestin : S iliaque, cœlon descendant, coudes du cœlon transverse; même, le rectum mis à part, il y serait quatre ou cinq fois plus fréquent qu'à l'intestin grêle; il est assez rare au cœcum. Il se traduit par de la douleur, des alternatives de débâcle et de constipation, parfois de l'entérorrhagie, enfin la tumeur ou la plaque cancéreuse, quand elle existe, siège le plus souvent dans la fosse iliaque gauche, en raison même de la fréquence du cancer de l'S iliaque.

Les commémoratifs : antécédents dysentériques, syphilitiques, sont les seuls indices, bien insuffisants en général, pour reconnaître un rétrécissement de l'intestin; chez les petits enfants on pourra soupçonner un rétrécissement congénital.

Reste l'invagination chronique, fort bien étudiée par Rafinesque dans sa thèse inaugurale, mais aussi fort difficile à reconnaître, puisque le diagnostic n'avait été posé que 10 fois seulement sur 56 cas dont on avait fait l'autopsie. L'occlusion est surtout fréquente dans la première forme décrite par Rafinesque, *forme ordinaire prolongée*; elle peut encore être observée dans la *forme chronique*, elle est plus rare dans la *forme dysentérique*.

Traitement. — Il est médical et chirurgical.

a. Le *traitement médical* consiste d'abord dans l'emploi de certains moyens mécaniques : l'insufflation, pratiquée par Hippocrate et qui a encore donné des succès de nos jours; les injections forcées de liquides et de gaz par la voie rectale au moyen de siphons d'eau de Seltz ou de lavements successifs contenant l'un de l'acide tartrique, l'autre du bicarbonate de soude; le massage; tous ces moyens, à une période un peu avancée de l'affection, doivent être rejetés comme dangereux; ils amènent la rupture d'un intestin ulcéré et distendu. Le lavage de l'estomac à grande eau a été encore recommandé dans ces derniers temps. Il est du moins sans inconvénient.

La thérapeutique fournit d'autres ressources : le café à haute dose, l'opium, la belladone, le tabac en lavements, le froid, les applications continues de glace (Grisolle, Masson). Les purgatifs huileux conviennent seulement aux obstructions.

L'électricité a donné d'excellents résultats, probablement dans cer-

tains volvulus, dans les flexions, torsions, invaginations de l'intestin. Indiquée par Leroy d'Étioles, elle doit être appliquée avec toute complication inflammatoire. On peut se servir des courants induits, comme l'a fait Bucquoy avec succès en 1878, ou bien encore employer les courants continus, qui ont très bien réussi plusieurs fois entre les mains de Boudet de Paris.

Pour diminuer la tension des gaz et parfois favoriser ainsi l'action thérapeutique, on retirera quelque bénéfice dans certains cas des ponctions capillaires de l'intestin, indiquées par Labric, et sur la valeur desquelles Fossagrives avait si fortement attiré l'attention; elles peuvent être répétées un grand nombre de fois sans inconvénient, mais leur utilité curative nous paraît malheureusement très limitée.

b. *Traitement chirurgical.* — Aussitôt que l'insuccès des moyens médicaux paraissant le mieux appropriés est bien constaté, il ne faut pas perdre de temps; on doit tenter l'intervention chirurgicale.

Praxagoras de Cos, et, 500 ans plus tard, Léonidès d'Alexandrie ouvrirent les premiers le ventre pour rechercher l'obstacle; ces tentatives ne furent pas répétées. Les causes de l'occlusion intestinale ne devaient, du reste, commencer à être connues qu'aux xvi^e et xvii^e siècles et dans la première moitié du xviii^e. — Dans le courant du xvii^e siècle, Paul Barbette, chirurgien d'Amsterdam, proposa de nouveau la même opération contre l'iléus rebelle. Cette opération fut pratiquée deux fois à cette époque par des chirurgiens inconnus. Hévin (Acad. roy. de chir., 1768) en fit ressortir tous les dangers.

Les chirurgiens de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, abandonnant décidément l'idée d'aller lever l'obstacle, inclinent vers la création d'une voie artificielle pour les matières. — L'ouverture du gros intestin, indiquée d'abord par Litre (1710) pour des imperforations, fut pratiquée pour la première fois, dans une obstruction intestinale due à un squirrhe du rectum, par Pillore, chirurgien de Rouen (1776). — Seckendorf de (Leipzig) essaya, en 1825, de faire adopter l'entérotomie de l'intestin grêle; mais l'opération ne fut guère appliquée qu'après le mémoire de Maisonneuve (1844) et surtout lorsque Nélaton en eut posé judicieusement les règles. — D'ailleurs les insuccès de Dupuytren et de Malgaigne n'étaient pas faits pour encourager les chirurgiens à pratiquer la laparotomie.

Actuellement, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, l'entérotomie est rentrée au second plan. L'ouverture du ventre, qui permet d'aller découvrir la cause de l'occlusion et de la faire disparaître, est la véritable opération curative. L'entérotomie n'est qu'une opération palliative; mais nous devons convenir tout de suite que ses indications sont encore infiniment nombreuses. Voyons donc à quels cas convient l'ouverture du ventre ou *laparotomie*, et à quels cas doit être réservée l'*entérotomie*.

Dans tous les cas d'occlusion aiguë, la laparotomie est indiquée. Les lésions causales sont en effet ici des vices de position : invaginations, volvulus, torsion, ou des étranglements internes auxquels il est facile de remédier après l'ouverture du ventre, mais l'opération doit être pratiquée de bonne heure pour donner de bons résultats. Un mémoire récent de Schramm montre bien ce que j'avais déjà commencé à établir, à savoir que les succès sont en proportion de la précocité de l'intervention. L'existence d'une péritonite ne constitue pas une contre-indication.

Dans les obstructions chroniques, l'application de la laparotomie est plus incertaine et plus délicate. La désinvagination n'est possible que dans la moitié des cas.

La laparotomie appliquée aux compressions de l'intestin par tumeurs extérieures peut permettre d'enlever l'obstacle, tout au moins de le mobiliser, de le fixer à un autre point de la paroi (Kœberlé); elle peut également être utile dans certains cas de corps étrangers, soit qu'on pratique l'extraction de ceux-ci, soit qu'on facilite leur circulation vers le rectum sans ouvrir l'intestin.

Par contre, l'*anus artificiel* est le plus souvent indiqué dans les tumeurs, les rétrécissements de l'intestin, les obstructions chroniques de cause mal connue; il nous paraît donc être la règle du traitement de l'occlusion chronique, la laparotomie étant l'exception.

La laparotomie sera faite avec toutes les précautions antiseptiques; on se servira de l'incision médiane sous-ombilicale de préférence à l'incision de Parise dans la fosse iliaque droite, ou de l'incision pratiquée au niveau du siège supposé de l'affection.

L'opération sera d'abord exploratrice : cette recherche du siège sera faite aussi méthodiquement que possible en partant du cæcum; puis on cherchera à lever l'obstacle ou à le supprimer : désinvagination, torsion en sens inverse de celle qui existe, section d'une bride, dilata-

tion d'un orifice rétréci, extraction d'un corps étranger, résection même d'une portion d'intestin atteinte de néoplasie.

L'entérotomie peut être pratiquée sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite, méthode de Nélaton; il vaut mieux placer l'anus artificiel sur le gros intestin et le plus bas possible, lorsqu'on a pu se rendre compte du siège de l'obstacle. On pourrait donc, suivant les cas, ouvrir le cæcum ou une portion quelconque du côlon. La colotomie lombaire étant à peu près abandonnée, c'est généralement ou le cæcum ou l'S iliaque qui sont visés par l'opérateur.

CHAPITRE II

TYPHLITE

L'inflammation du cæcum ou typhlite a perdu depuis peu la situation prépondérante qu'elle occupait dans la pathologie de l'abdomen. L'appendicite s'était si bien mise à sa place que Talamon n'hésitait pas à écrire (*Médecine moderne*, 30 oct. 1890) que « la typhlite primitive des auteurs est une maladie purement théorique ». — Depuis cette époque nombre d'observations sont venues démontrer la réalité et la fréquence des lésions isolées du cæcum.

Étiologie. — Les causes invoquées pour expliquer la typhlite étaient surtout jusqu'à ce jour :

1° La coprostase, qui pour beaucoup d'auteurs reste la cause principale;

2° Les accidents dus à la présence de corps étrangers (très rares);

3° Des lésions consécutives à la dysenterie, à la fièvre typhoïde;

4° Il faut faire une place à part à *la tuberculose* qui, déjà signalée en 1845 par Valy et en 1859 par Leudet, a été tout récemment mise en lumière surtout par Terrier, Richelot, Hartmann et Pilliet.

Quelle que soit la cause déterminante, toute typhlite est essentiellement une entérite qui peut se propager au tissu séreux et constituer par suite une pérityphlite.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques de *la typhlite inflammatoire* sont assez mal connues, les malades guérissant le plus souvent. Dans une autopsie de Mariage (Th. de Paris, 1890)