

comme SCHÉDÉ l'a fait remarquer dernièrement, le diagnostic peut être extrêmement difficile, sinon impossible, lorsque la tumeur est soudée aux parois abdominales. On peut même croire alors que la tumeur a pour point de départ ces parois elles-mêmes si l'on n'observe pas de phénomènes graves d'obstruction ni des symptômes divers, par exemple des hémorragies, indiquant une affection de l'intestin.

Il n'est pas rare de voir ces tumeurs donner lieu à des troubles fonctionnels. Caractéristiques sont les coliques augmentant peu à peu d'intensité, et combinées avec une certaine irrégularité des évacuations alvines. On observe d'abord de la constipation suivie tout à coup de selles abondantes, puis d'une véritable diarrhée; plus tard ces symptômes alternent avec des accidents typiques d'occlusion intestinale, accidents qui débutent souvent par une accumulation de gaz (tympante) au-dessus du point rétréci. Mentionnons, en outre, les évacuations de sang, de masses muco-purulentes, de fragments de tissus.

Lorsqu'on voit apparaître tous ces symptômes, lorsqu'on voit ces derniers revêtir peu à peu une intensité plus grande, tandis que le malade s'affaiblit considérablement, et que, d'autre part, on sent à la palpation une tumeur mobile, le diagnostic peut être posé avec un degré suffisant de certitude. Nous ne savons encore que peu de choses relativement à l'époque de l'apparition d'un certain nombre de néoplasmes intestinaux. Il existe certainement des tumeurs de l'intestin qui s'accroissent très lentement et mettent une longue série d'années à se développer au point de donner lieu à des symptômes de sténose. La longue durée et l'aggravation très lente des symptômes ne doit pas, par conséquent, nous autoriser à exclure l'existence d'un carcinome de l'intestin.

En présence des phénomènes graves d'occlusion intestinale que déterminent soit des cicatrices à la suite de processus inflammatoires de l'intestin, soit des néoplasmes, l'intervention chirurgicale doit être certainement considérée comme le seul moyen de traitement pouvant avoir quelque efficacité. Mais, d'autre part, il est non moins certain que l'établissement d'une fistule stercorale ne peut remédier que très imparfaitement aux conséquences fâcheuses des obstacles que nous venons de signaler, et que, dans un certain nombre de cas — nous n'avons qu'à rappeler les rétrécissements siégeant dans une portion élevée de l'intestin grêle — cette opération ne peut guère prolonger la vie d'une façon notable. On comprend dès lors que dans le cours des dernières années on ait abordé de plus près la question de la cure radicale des affections capables de déterminer un rétrécissement de l'intestin. On a pratiqué la résection de portions malades de l'intestin (néoplasmes) et réuni ensemble les deux bouts (GUSSENBAUER, CZERNY, BAUM etc.), ou bien, après avoir extirpé un segment d'intestin, on a suturé le bout supérieur dans la plaie abdominale et créé ainsi un anus contre nature (MARTINI, GUSSENBAUER). Dernièrement KOEBERLÉ a même réséqué

un segment d'intestin grêle d'une longueur de 2 mètres et présentant des rétrécissements multiples qui avaient causé des symptômes d'occlusion; il sutura les deux bouts dans la plaie abdominale, et obtint plus tard la guérison de l'anus artificiel. Nous renonçons à décrire ici la technique de ces opérations. La méthode de résection de portions d'intestin affectées de carcinome en est encore à la période de tâtonnement; elle reproduit dans ses traits essentiels la méthode d'excision de l'intestin frappé de gangrène dans les hernies étranglées; c'est à propos de ces dernières que nous décrirons les procédés opératoires actuellement employés, et nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

D'après une statistique de SCHÉDÉ (1884), sur 19 malades auxquels on a pratiqué la résection de l'intestin pour cause de carcinome, 5 ont été opérés alors qu'ils présentaient des symptômes d'iléus; or, ces 5 malades ont tous succombé. Aussi SCHÉDÉ partage-t-il l'avis de BAUM qui veut que l'on s'abstienne d'une résection de l'intestin à cette période et que l'on établisse tout au plus un anus artificiel, vu que les malades dans cet état ne peuvent supporter des opérations de longue durée. En somme, sur 19 opérés 8 ont survécu à l'opération, mais ces derniers n'ont pas tardé à succomber à des récidives. Un malade de SCHÉDÉ mourut presque une année après l'opération d'un carcinome de l'intestin adhérent aux parois abdominales; il succomba à une pneumonie sans avoir eu de récidive. BILLROTH fait remarquer avec raison que le pronostic est relativement meilleur lorsque la résection est pratiquée sur une partie mobile du gros intestin (côlon transverse), que lorsqu'elle intéresse des parties qui ne jouissent pas d'une aussi grande mobilité (côlon ascendant, cœcum, côlon descendant). Le déplacement de l'intestin pendant l'opération a naturellement beaucoup plus d'inconvénient lorsqu'il est fixé par un court mésentère. Pour ma part, j'ai vu un malade auquel j'avais réséqué le cœcum et une partie du côlon ascendant, succomber à une gangrène consécutive de l'intestin due aux tiraillements auxquels avait été soumis le mésentère pendant l'opération.

§ 67. — Une cause assez fréquente d'obstruction et d'occlusion intestinales, c'est la pénétration d'une partie de l'intestin dans une autre.

L'invagination ou intususception s'observe le plus souvent dans les quatre premières années de l'existence. D'après SMITH son maximum de fréquence est entre le 3^e et le 6^e mois, mais elle n'est pas rare non plus à un âge avancé; les hommes en sont atteints plus souvent que les femmes (DUCHAUSSEY, SMITH). Tantôt elle surprend des individus en parfaite santé, tantôt elle est précédée pendant un temps plus ou moins long de diarrhée, de coliques etc. Quelquefois aussi l'invagination succède à une contusion, à un violent effort, à une surcharge de l'intestin par des matières indigestes, ainsi qu'on l'observe, par exemple, chez les individus qui ont avalé des cerises en grande quantité avec leurs noyaux. Nous avons déjà mentionné les cas dans lesquels un polype de l'intestin

a été la cause de l'intususception. Les conditions requises pour la production de l'invagination sont la *fixation d'une portion inférieure large de l'intestin, dans laquelle pénètre un segment supérieur mobile, à la suite d'un péristaltisme intense ou d'une commotion.*

Dans l'invagination tantôt c'est la partie supérieure d'une anse intestinale qui pénètre dans l'inférieure, en entraînant avec elle le mésentère, tantôt, au contraire, c'est la partie inférieure qui est reçue dans la supérieure. Cette dernière forme ne s'observe presque jamais seule, et elle a peu d'importance en pathologie.

La première forme, c'est-à-dire l'**invagination simple descendante** est de beaucoup la plus fréquente (à peu près dans la proportion de 9 : 1). Elle intéresse l'intestin grêle, le gros intestin ou les deux à la fois. L'invagination de l'intestin grêle se produit presque toujours au niveau de la partie terminale de l'iléon : tantôt une partie de ce dernier pénètre dans une autre partie de ce même intestin, tantôt l'iléon refoule devant lui la valvule de Bauhin ainsi que le cœcum et le côlon ascendant qui constituent la partie invaginée ; rarement l'iléon franchit la valvule qui reste en place de même que le cœcum. Très souvent l'invagination débute par la portion initiale du gros intestin, et s'étend du côté du rectum en entraînant successivement les différentes subdivisions du côlon. Fré-

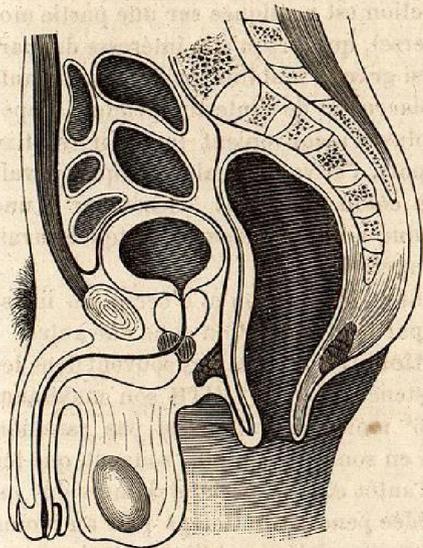


Fig. 21. — Prolapsus du rectum (fig. schématique).

quemment aussi l'intususception se produit au niveau de la partie inférieure gauche du gros intestin ; très souvent alors c'est le rectum ou l'S iliaque qui s'invagine dans le rectum, et franchit même l'anus pour apparaître à l'extérieur.

L'exemple le plus simple d'invagination, est celui dans lequel la partie tout à fait inférieure du rectum fait saillie hors de l'orifice anal. Nous retrouverons le **prolapsus du rectum** dans notre exposé des maladies de cette portion du gros intestin. Nous nous contentons d'en donner ici une figure schématique.

Le bourrelet qui fait saillie hors de l'anus contient deux fois la paroi intestinale.

On ne possède pas d'observations de prolapsus du rectum ayant donné lieu à des symptômes graves d'obstruction. Quant aux invaginations qui

se produisent dans l'intestin lui-même, elles présentent trois cylindres, dont le moyen est compris entre la gaine ou cylindre externe *b*, et le cylindre interne ou invaginé *a* ; ce dernier s'ouvre en entonnoir dans le cylindre externe. Lorsque la partie invaginée franchit l'orifice anal, elle ne possède, comme le prolapsus rectal, qu'une double paroi. Le triple

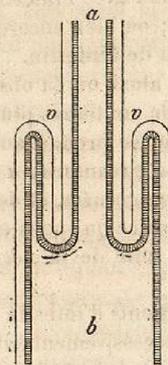


Fig. 22. — Invagination simple.

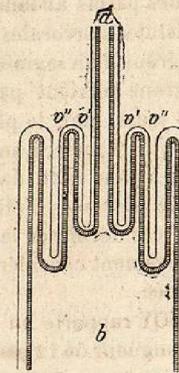


Fig. 23. — Invagination double.

cylindre d'invagination peut pénétrer à son tour dans une autre partie de l'intestin avec laquelle il se continue ; la tumeur ainsi constituée contient cinq fois la paroi intestinale. Ces invaginations doubles ont été observées dans le domaine du côlon transverse, du côlon descendant et de l'S iliaque. On aurait même rencontré des invaginations triples, formées, par conséquent, de 7 cylindres.

La longueur de la partie invaginée est très variable. La portion correspondante du mésentère entraînée par l'intestin est altérée dans sa forme, tendue, allongée, tordue, plissée, etc. Il n'est pas rare que l'intestin lui-même se recourbe ou se replie sur lui-même, et que sa lumière étirée en quelque sorte du côté du mésentère tendu, soit réduite à l'état de fente étroite. Tandis que la gaine d'invagination (cylindre externe) ne présente le plus souvent aucune altération anatomique, la muqueuse de la partie invaginée (boudin de CRUVEILHIER) est ordinairement tuméfiée, hyperémiée et sécrète parfois un mucus sanguinolent. La partie de l'intestin située au-dessus du segment invaginé est dans un état de congestion et de ramollissement inflammatoire. Presque toujours elle est distendue et contient des gaz, du mucus sanguinolent, et parfois une grande quantité d'un liquide coloré en rouge brun par du sang. Rarement on y trouve des amas considérables de matières stercorales.

L'invagination peut se réduire spontanément ou bien, lorsque la partie invaginée n'est pas trop étendue, elle peut rester à l'état latent, grâce à l'accolement et à la soudure des feuilletés séreux appartenant aux cylindres interne et moyen. Mais il se produit toujours un certain degré d'étranglement de la partie invaginée, soit déjà du fait de l'intususception, de la compression qui en résulte pour l'intestin, et de la gêne de la circulation qui est la conséquence des