

conditions anormales du mésentère, soit, d'autre part, à la suite des adhérences qui se produisent entre les feuilletés séreux. Il en résulte une tendance à l'ulcération partielle de la muqueuse de la partie invaginée, ulcération qui naturellement revêt facilement le caractère septique, et après avoir perforé les cylindres interne et moyen peut envahir à son tour la gaine d'invagination (cylindre externe), la détruire et déterminer soit une péritonite diffuse, soit des abcès circonscrits des parois abdominales en communication avec l'intestin, et finalement des fistules stercorales s'ouvrant à l'extérieur; ou bien encore il se produit une gangrène d'un segment plus ou moins étendu de l'intestin.

Cette gangrène survient parfois très rapidement; ainsi on l'a observée déjà au bout de 6 jours, mais le plus souvent elle demande un temps plus long qui peut aller jusqu'à 6 mois. L'inflammation adhésive qui se produit au niveau de l'invagination a pour effet, dans les cas favorables, de circonscire à l'intérieur de l'intestin le processus d'élimination des parties gangrenées, et de préserver du contact de ces dernières la cavité péritonéale. C'est ce qui nous explique le nombre relativement considérable de guérisons à la suite de la nécrose de la partie invaginée.

DUCHAUSOY rapporte un cas dans lequel 8 fragments d'intestin ayant ensemble une longueur de 12 pouces, furent éliminés successivement par les selles dans l'espace de 3 ans; à l'autopsie qui fut pratiquée beaucoup plus tard, on ne constata aucune altération de quelque importance dans la cavité abdominale. On voit certains individus recouvrer une santé parfaite à la suite de l'invagination, tandis que chez d'autres il reste des rétrécissements de l'intestin se manifestant par des rétentions de matières fécales, des diarrhées, des coliques, etc.

§ 68. — L'invagination, de même que les autres obstacles au cours des matières signalés plus haut (§ 66), ne détermine que rarement les symptômes proprement dits d'occlusion intestinale, tels que nous aurons à les décrire dans le second groupe des troubles de canalisation qu'il nous reste à étudier; mais elle forme transition vers ce second groupe en ce sens que l'on peut voir survenir des phénomènes graves analogues, dans les cas où l'invagination entraîne l'occlusion rapide et complète de la portion correspondante de l'intestin.

La marche de l'invagination dans sa forme bénigne est caractérisée par le fait qu'elle ne s'accompagne pas d'un arrêt complet des évacuations alvines. Les malades éprouvent un besoin fréquent de défécation et évacuent alors du mucus, mélangé ou non de matières fécales, et plus tard des fragments d'intestin sphacelés. Rarement on voit survenir de bonne heure des vomissements, et il est tout aussi rare d'observer dans les premières périodes une péritonite ou une tuméfaction considérable de l'abdomen. Dans beaucoup de cas, par contre, on peut baser un diagnostic de probabilité sur la présence d'une tumeur reconnaissable à la palpation des téguments et située soit du côté gauche de l'abdomen, soit quelquefois aussi, dans la région du côlon transverse et du côlon ascendant. Cette tumeur a la forme d'un boudin, et le plus souvent elle est d'une consis-

tance assez dure. Dans quelque cas, on peut suivre sa marche et son accroissement de haut en bas, et donner ainsi au diagnostic un certain degré de certitude. Au-dessus de la tumeur l'intestin distendu par des gaz se reconnaît parfois au son tympanique que donne la percussion. La partie invaginée fait quelquefois saillie hors de l'orifice anal, ou bien on peut atteindre le siège de l'invagination soit avec un seul doigt introduit dans l'anus, soit avec la moitié de la main ou la main tout entière. Un autre moyen de diagnostic qui n'offre pas le même degré de certitude, c'est l'introduction d'une sonde œsophagienne de la manière que nous décrirons plus loin.

Même en l'absence de tumeur, c'est à une intususception de l'intestin que l'on songera lorsque, surtout chez un enfant, on voit survenir les troubles de défécation décrits plus haut; mais le diagnostic devient tout à fait sûr lorsqu'apparaissent des symptômes d'entérite avec selles sanguinolentes, indiquant une gangrène de l'intestin, ou que les selles contiennent des fragments sphacelés de la paroi intestinale. Quant au **prognostic** de l'invagination, il varie naturellement beaucoup suivant les phénomènes observés. Il devient mauvais lorsque se produisent des phénomènes d'étranglement de la partie invaginée, mais même alors, on ne devra pas abandonner tout espoir, car on a vu guérir un assez grand nombre de malades à la suite de l'élimination de portions plus ou moins étendues de l'intestin. Les enfants très jeunes succombent presque tous au collapsus. L'invagination double est presque toujours mortelle, et il en est de même de l'invagination simple chez les enfants au-dessous d'un an. Nous avons déjà fait mention plus haut de l'invagination qui survient dans les cas de tumeurs de l'intestin.

Nous devons dire quelques mots du **traitement de l'invagination** avant de passer à la thérapeutique générale des troubles de canalisation du tube intestinal. Quant à la guérison spontanée de l'invagination par réduction de la partie invaginée, il ne saurait en être question que dans les premiers jours.

Comme l'invagination est presque sans exception descendante, il est clair que pour refouler la partie invaginée hors de sa gaine sans ouvrir la cavité abdominale, il faut agir par une pression exercée de bas en haut. Les purgatifs agissent précisément dans la direction opposée, car ils augmentent le péristaltisme et font pénétrer encore plus avant dans sa gaine le segment invaginé. Lorsque ce dernier apparaît hors de l'anus, ou peut être senti par le toucher rectal, on peut tenter de le réduire directement, mais en usant de précautions, à cause du ramollissement inflammatoire qui se produit toujours au bout d'un certain temps dans la partie invaginée. Déjà en 1865, KADE a obtenu chez une femme la réduction de l'invagination en introduisant jusqu'au coude l'avant-bras dans le rectum. Dans les cas où l'introduction des doigts ou de la main ne donne pas le résultat désiré, on a tenté de refouler l'intestin in-

vaginé au moyen d'instruments, tels que les sondes œsophagiennes etc., dont l'efficacité, toutefois, est fort douteuse. Parfois on a réussi à opérer la réduction en remplissant d'air ou d'eau la partie de l'intestin située au-dessous du segment invaginé, procédé dont nous donnerons plus loin la description ; en tous cas, on peut toujours essayer ce moyen pendant les premiers jours. Dans le cours des dernières années on a publié un certain nombre de cas (WARREN, SCHILLBACH) dans lesquels on a réussi à réduire l'invagination à l'aide des injections d'eau. Une sonde œsophagienne est introduite, si possible, jusqu'au niveau de l'obstacle ; puis à l'aide d'un irrigateur ou d'un clyso-pompe, on injecte de l'eau tiède. La laparotomie a également à son actif un certain nombre de succès. Lorsque le siège de l'invagination se manifeste, à la palpation, par l'existence d'une tumeur, on a l'avantage de pouvoir déterminer exactement l'endroit où doit être pratiquée l'incision des parois abdominales. Les chirurgiens anglais MARSH, FAGGE et HUTCHINSON ont, dernièrement encore, tenté avec succès la laparotomie, et de nos jours, grâce aux précautions antiseptiques, cette opération, dût-elle même rester inachevée, n'aurait, du moins pas par elle-même, de conséquences graves pour le malade. Dans ces derniers temps, HUTCHINSON pratiqua la laparotomie chez un enfant au 10^e jour de l'invagination ; après avoir mis à découvert le siège de cette dernière, par de légères tractions exercées sur l'intestin grêle il opéra la réduction de la partie invaginée. Lorsque le diagnostic peut être posé de bonne heure d'une façon sûre, la laparotomie n'est donc point à rejeter, à la condition, naturellement, que l'invagination s'accompagne de phénomènes graves ; HUTCHINSON conseille d'opérer de bonne heure, dès que la réduction directe, avec les doigts ou la main entière, a été tentée sans succès. On n'y renoncerait que s'il était déjà survenu des symptômes d'entérite. Lorsque dans une laparotomie qui, suivant les circonstances, est pratiquée le long de la ligne blanche ou au niveau de la tumeur appréciable à la vue et à la palpation, on constate l'impossibilité de réduire l'invagination, on fera bien d'établir une fistule de l'intestin grêle, dans le but d'assurer l'évacuation des matières fécales. En somme la laparotomie n'a pas donné jusqu'ici des résultats bien encourageants, ce qui, il est vrai, est dû à la nature même de la maladie. Cependant elle fournit, semble-t-il, de meilleurs résultats que l'expectation, car la statistique de LEICHTENSTERN donne pour les cas abandonnés à eux-mêmes une mortalité plus élevée que celle de BEKLEWSKY comprenant seulement les cas soumis à une intervention opératoire (sur 30 opérés 23 ont succombé¹). S'agit-il d'une invagination du gros intestin dans le

1. BRAUN qui a rassemblé 62 cas d'invagination soumis à une intervention opératoire, est arrivé à la conclusion que les résultats obtenus plaident en faveur de la laparotomie pratiquée aussi tôt que possible dans le but de dégager l'intestin. Chez les enfants âgés de moins de 6 ans, si l'on ne réussit pas à réduire l'invagination, il y a lieu de s'abstenir de pratiquer soit un anus artificiel, soit une résection. Par

rectum avec prolapsus, on pourra suivre avec avantage, l'exemple de MIKULICZ qui, dans un cas semblable, réséqua la partie procidente, réunit l'un à l'autre les bords des deux cylindres sectionnés transversalement, et, enfin, opéra la réduction du reste de la partie invaginée. A 2 centimètres en avant de l'anus, il incisa d'abord la demi-circonférence antérieure du cylindre externe, et réunit le bord supérieur de l'incision au cylindre interne avant de pratiquer la section de ce dernier (suture de Lembert), puis, peu à peu, il divisa tout le cylindre externe et le réunit de la même manière au cylindre interne. Enfin il réunit encore les bords de la muqueuse par une suture continue, et opéra finalement la réduction du reste de l'intestin procident (75 centimètres d'intestin furent ainsi réséqués). La guérison se fit sans accidents. On ne peut qu'approuver MIKULICZ lorsqu'il affirme que la résection de l'intestin avec suture doit être préférée à l'ablation par l'écraseur ou la ligature élastique (WEINLECHNER).

Si l'on se borne à l'expectation, c'est la glace et l'opium qui joueront le rôle principal. Cependant on aura à discuter la question de l'entérotomie dans les cas de sténose très aiguë avec collapsus.

§ 69. — Les troubles de canalisation de l'intestin mentionnés jusqu'ici n'entraînent que dans un très petit nombre de cas les symptômes proprement dits de l'**occlusion intestinale**, ou du moins ces symptômes ne se montrent que tardivement ou peu à peu. Par contre la plupart des formes d'occlusion intestinale que nous allons étudier, et qui, au point de vue pathogénique, offrent beaucoup d'analogies avec la hernie étranglée, déterminent au plus haut degré le tableau symptomatique de l'**étranglement interne** (*iléus, miserere*). Dans tous ces cas un segment plus ou moins long de l'intestin, une anse de ce dernier, privée de ses communications avec les parties supérieure et inférieure du tube intestinal, subit en même temps des **troubles de nutrition** considérables grâce à la **compression plus ou moins complète des vaisseaux mésentériques** au niveau de l'étranglement. Dans l'anse intestinale étranglée dont la longueur varie naturellement dans des limites assez étendues, il se fait une accumulation de gaz et de liquide (transsudat) qui la distendent plus ou moins, tandis que les matières fécales sont arrêtées dans la partie de l'intestin située au-dessus de l'étranglement. En même temps les parois intestinales s'épaississent par suite de la stase veineuse ; la séreuse prend une coloration rouge sale, bleuâtre, rouge foncé, la muqueuse se gonfle également et devient le siège d'infiltrations hémorragiques et d'ulcérations. Lorsque la compression est de longue durée, il peut en résulter une gangrène plus ou moins étendue de l'intestin avec perforation et issue du contenu intestinal, accident qui, du reste,

contre chez les individus plus âgés on pourra tenter l'une ou l'autre de ces deux dernières opérations, suivant les circonstances. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 12, 1886).

(Note du traducteur).