

vissements, tantôt sans aucun phénomène prémonitoire, parfois à la suite d'un violent effort, d'une contusion de l'abdomen, le malade est pris tout à coup d'une douleur abdominale plus ou moins violente. La douleur est souvent localisée et se montre sous forme de paroxysmes, puis elle s'étend à l'abdomen tout entier. En outre on voit presque toujours survenir tôt ou tard des vomissements; ces derniers se montrent d'autant plus tôt que le siège de l'étranglement se trouve plus rapproché de l'estomac. Lorsque le siège de l'occlusion est loin de ce dernier, les vomissements se produisent plus tardivement, mais les matières vomies ne tardent pas alors à être mélangées de masses stercorales de mauvaise odeur. On ne saurait mettre en doute la possibilité de l'évacuation par

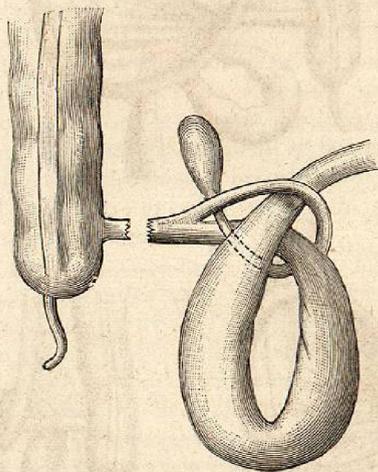


Fig. 31. — Formation d'un nœud diverticulaire.

l'estomac du contenu du gros intestin, depuis que des expériences ont démontré que par des injections d'eau dans le rectum on pouvait faire pénétrer le liquide jusque dans l'intestin grêle à travers la valvule de Bauhin.

Il se peut qu'une fois l'étranglement survenu, le malade ait encore une selle, mais ensuite toute évacuation alvine cesse; tout au plus parvient-on par des lavements à faire sortir encore quelques matières stercorales, qui se trouvaient dans la partie de l'intestin située au-dessous de l'étranglement.

En même temps on voit survenir d'une façon très caractéristique les signes d'une prostration extrême. La face est blême, les yeux enfoncés dans leur orbite, la température s'abaisse; le plus souvent, dans les cas aigus, cet abaissement de température devient bientôt générale, et s'observe déjà de bonne heure au nez et aux oreilles. L'énergie cardiaque diminue, le pouls de plus en plus faible devient bientôt imperceptible;

la faiblesse du malade est extrême. La mort arrive évidemment dans la plupart des cas par paralysie du cœur.

Dans ces formes aiguës d'étranglement, les signes physiques au niveau de l'abdomen sont variables. Souvent, au début, le ventre n'est pas ballonné d'une façon notable; parfois même il est plutôt déprimé; peu à peu seulement on le voit se gonfler de plus en plus. Parfois on voit se produire déjà de bonne heure des dilatations locales des anses intestinales qui se remplissent au-dessus de l'étranglement. Une forte tympanite générale de l'intestin se produit plutôt dans les cas moins aigus, dans les rétrécissements. Si alors les parois abdominales sont minces, on voit souvent se mouvoir au-dessous d'elles des masses épaisses en forme de boudins, ce qui est un signe caractéristique de l'imperméabilité d'une partie de l'intestin. On peut ordinairement exagérer ces mouvements d'une façon notable par une excitation exercée sur les parois abdominales.

Parfois ce n'est que tardivement que l'on voit survenir une forte tympanite due au développement d'une péritonite; or les cas typiques d'étranglement interne sont précisément ceux qui, le plus souvent, se distinguent par l'apparition tardive de l'inflammation du péritoine.

Les phénomènes de collapsus qui prennent une place si grande dans le tableau symptomatique de l'étranglement interne, s'effacent, par contre, plus ou moins dans une autre série de cas, dans les rétrécissements progressifs de l'intestin par des tumeurs, par des ulcérations et des rétractions cicatricielles, par des corps étrangers, etc.; on observe alors une constipation de plus en plus opiniâtre, qui peut s'amender à la suite d'une diarrhée ou faire place, au contraire, peu à peu à un tableau clinique analogue à celui de l'occlusion intestinale esquissé plus haut (voir § 66).

Si ces quelques indications suffisent pour nous mettre en état de poser le diagnostic d'iléus d'une manière générale, par contre nous nous trouvons dans une incertitude bien plus grande lorsqu'il s'agit de reconnaître le siège et la cause spéciale de l'étranglement dans chaque cas particulier. Il va sans dire qu'avant de préciser le diagnostic dans ce sens, on doit être absolument sûr que l'étranglement est véritablement interne. On aura soin, par conséquent, d'examiner très scrupuleusement tous les orifices qui peuvent livrer passage à une hernie, ainsi que leur voisinage; on apportera une attention particulière à ceux de ces orifices dont les hernies correspondantes échappent facilement à l'examen (hernie obturatrice, ischiatique, etc.); enfin on n'oubliera pas d'explorer l'anus et le rectum. Nous étudierons ailleurs les rétrécissements de cette partie du tube intestinal.

J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte soi-disant d'étranglement interne, et chez laquelle une stricture membraneuse mince fermait

presque complètement l'anus. Cette membrane aurait pu être facilement déchirée avec l'index, si l'on avait eu l'idée de pratiquer le toucher rectal dans un but d'exploration.

En ce qui concerne le **diagnostic du siège de l'étranglement**, on a d'abord cherché à tirer des conclusions de la forme que présente la tuméfaction abdominale dans chaque cas particulier. On a admis que la portion d'intestin située au-dessus de l'étranglement tendait toujours à se dilater, et l'on en a conclu que dans les cas d'occlusion de l'intestin grêle, l'abdomen devait présenter une saillie au niveau des régions ombilicale et hypogastrique, tandis que le ballonnement s'étendrait d'une façon régulière à tout l'abdomen lorsque l'obstacle siège sur un point du côlon (HYRTL). Cette opinion est contraire aux lois de la physique, car si l'intestin grêle se trouve distendu par son contenu tandis que le côlon est vide, les anses intestinales se répandront partout où elles trouveront de l'espace, c'est-à-dire dans la cavité abdominale toute entière. En outre, dans un très grand nombre de cas, l'hypothèse d'une dilatation de l'intestin au-dessus de l'étranglement ne se trouve pas vérifiée (KUTTNER); en général, l'abdomen reste d'abord plat, et le ballonnement ne se produit qu'avec l'apparition de phénomènes de péritonite. Un signe bien plus sûr, c'est la présence constatée d'une tuméfaction locale de la portion d'intestin qui est le siège de l'étranglement. Nous avons déjà appris à connaître l'importance de ce symptôme dans nombre de cas d'invaginations et de tumeurs de l'intestin; nous ajouterons que cette tuméfaction locale peut être aussi parfois constatée dans les cas d'étranglement par torsion et formation d'un nœud, et qu'elle a de la valeur pour le diagnostic lorsqu'elle s'accompagne d'une douleur localisée dans ce même point. Mais, dans d'autres cas, le gonflement occupe une étendue considérable, par exemple s'il s'agit de la formation d'un nœud entre l'S iliaque et l'iléon; les anses intestinales comprises dans l'étranglement s'étendent alors à la plus grande partie de l'hypogastre, et un diagnostic de localisation devient par le fait impossible.

Lorsque l'abdomen ne se trouve pas dans un état de tension par trop considérable, le toucher vaginal, mais surtout la méthode d'exploration de SIMON, pourra nous fournir de précieux renseignements. Cette dernière nous permettra toujours de constater si l'occlusion siège dans le rectum ou la partie inférieure de l'S iliaque; en outre, dans les conditions favorables indiquées plus haut, elle nous mettra à même de découvrir soit un bourrelet d'invagination, soit une hernie interne ou un nœud formé autour de l'intestin etc.

§ 75. — **L'introduction de la sonde dans le rectum** a aussi une certaine importance pour le diagnostic, mais on devra bien avoir présents à l'esprit les limites qu'il convient de ne pas dépasser.

WACHSMUTH ayant réussi parfois à introduire la sonde à une profondeur de

4 à 5 pieds, a émis l'opinion que l'on pouvait la pousser au moins jusqu'au côlon transverse, la longueur totale du gros intestin étant de 3 1/2 à 7 pieds (KRAUSE). Mais SIMON a démontré d'une façon convaincante que l'on ne pénètre sans doute jamais au-delà du côlon descendant, bien que l'on introduise 5 pieds de tube et que l'on croie sentir l'extrémité de ce dernier dans le côlon transverse, à droite de la ligne médiane. La cause doit en être cherchée dans l'S iliaque qui très souvent a une longueur anormale (2 à 3 pieds) et décrit alors tantôt une longue courbure à droite, tantôt un huit de chiffre ouvert en bas et s'étendant également du côté droit.

Nous dirons ici deux mots du procédé à employer pour l'introduction de la sonde. SIMON se sert, dans ce but, d'un tube élastique d'une longueur de 5 pieds, ayant à peu près l'épaisseur du petit doigt, et armé à son extrémité d'un embout plus épais perforé dans le sens de sa longueur. Avant de l'introduire, on le plonge dans de l'eau chaude pour le rendre plus flexible. Une fois le tube arrivé dans le rectum, on peut faciliter son introduction ultérieure de la manière suivante; tandis que le chirurgien pousse le tube dans la direction de l'intestin, un aide fait couler continuellement de l'eau par son extrémité libre, au moyen du clysopompe de MAYER, ou d'un irrigateur pourvu d'un tube d'une longueur de 4 pieds. L'eau en pénétrant par l'autre extrémité dans l'intestin, fraye un passage à l'instrument. Si l'on ne réussit pas d'abord à faire pénétrer le tube de la partie inférieure à la partie supérieure du rectum, on arrive souvent au but en suivant la courbure du sacrum, le malade étant couché sur le côté gauche. On peut aussi dans le même but, forcer un peu l'injection en maintenant l'anus fermé; le liquide ouvre alors le passage vers la partie supérieure du rectum et l'on pousse la sonde en s'aidant d'un ou de plusieurs doigts introduits dans le rectum. Les obstacles siégeant plus haut peuvent être surmontés, si l'on a soin de retirer quelque peu le tube et d'augmenter la force de l'injection.

Si l'on parvient à introduire la sonde à une profondeur de 4 ou 5 pieds, on peut en conclure que l'obstacle ne siège pas dans la région de l'S iliaque ou de la partie inférieure du côlon descendant. Mais lorsque la sonde se trouve arrêtée, on n'est pas autorisé pour autant à admettre que la profondeur à laquelle elle a pénétré indique le véritable siège de l'étranglement. Une pareille conclusion ne pourrait être admise que dans les cas où la cavité abdominale ne se trouve pas soumise à une pression considérable. Mais lorsque la pression intra-abdominale est augmentée, et que, par exemple, les anses de l'iléon fortement dilatées compriment l'S du côlon contre la face interne de l'os iliaque, il peut en résulter un obstacle à la pénétration de la sonde, d'autant plus que l'on ne doit pas user de force dans l'introduction de cette dernière.

De même la quantité d'eau que l'on peut injecter par le tube ne permet de tirer que des conclusions approximatives sur le siège de l'occlusion (AMUSSAT).

Les injections dans l'intestin sont pratiquées également, de préférence, d'après le procédé décrit plus haut, soit dans un but de diagnostic, soit comme moyen de traitement (voir plus loin). On parvient aisément à l'aide d'un cly-