

sopompe, lorsque l'intestin est libre, ou au moyen d'un irrigateur pourvu d'un long tube, à faire pénétrer plusieurs litres d'eau dans l'intestin (voir le commencement du chapitre concernant le rectum). Avec une pression un peu forte et une occlusion suffisante de la part du sphincter anal, on peut faire arriver le liquide jusqu'à la valvule de Bauhin; en effet, chez la plupart des individus, d'après les expériences de SIMON sur des cadavres, cette valvule ne ferme pas hermétiquement, mais laisse passer une partie de l'eau injectée.

Mais lorsque par tous ces moyens d'exploration on est arrivé à la conclusion que le gros intestin n'est pas le siège de l'occlusion, il n'en reste pas moins à examiner toute une série de causes de rétrécissement ou d'étranglement de l'intestin grêle. Pour le diagnostic du siège de la lésion l'époque d'apparition des vomissements est alors d'une grande importance; lorsqu'ils surviennent de très bonne heure, l'étranglement intéresse volontiers une partie élevée de l'intestin grêle.

Quant au diagnostic de la cause de l'occlusion, on le basera sur l'anamnèse qui est alors relativement très importante et doit être interprétée à la lumière des faits anatomiques et des conditions mécaniques de l'étranglement, tels que nous les avons exposés plus haut.

L'existence antérieure de processus inflammatoires qui surviennent surtout chez la femme dans la région du bassin, fera admettre de préférence un rétrécissement de l'intestin par des adhérences. Les individus atteints de hernies, et surtout d'épiplocèles adhérentes, sont exposés au danger de l'étranglement de la part de l'épiploon; cependant ils offrent aussi dans ces conditions une prédisposition aux torsions et aux rétrécissements de l'intestin. Les accumulations de matières fécales et de corps étrangers dans l'intestin, l'existence de tumeurs et d'ulcérations en voie de cicatrisation déterminent le plus souvent, non pas des accidents d'étranglement, mais bien des symptômes d'obstruction, qui s'aggravent peu à peu jusqu'à la constipation absolue et aux vomissements.

Mais même lorsqu'on a rassemblé toutes les données du problème, lorsqu'on a bien pris en considération tout ce que nous connaissons des conditions anatomo-mécaniques de l'étranglement, ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on réussit à poser un diagnostic sûr.

Il va sans dire que le pronostic de toutes ces formes d'étranglement est extrêmement grave, lorsqu'on ne réussit pas à rétablir le cours des matières. Le plus souvent la mort survient à la suite des symptômes décrits plus haut, et bien qu'on ait vu dans quelques rares cas la guérison s'opérer à une période avancée de la maladie, on ne peut absolument pas compter sur une heureuse terminaison. La perforation spontanée de l'intestin, avec formation d'une fistule et rétablissement incomplet du cours des matières, est un mode de terminaison relativement favorable.

§ 76. — Le fait d'observation que la guérison de l'occlusion, lorsqu'elle vient à s'opérer, s'annonce par d'abondantes évacuations alvines, a de tous temps engagé les médecins à administrer aux malades présentant

des symptômes d'étranglement des médicaments simplement laxatifs ou drastiques. En réalité les remèdes de ce genre ne peuvent avoir d'efficacité que dans les cas de véritable coprostase, pourvu toutefois que l'obstacle ne siège pas dans la portion la plus inférieure de l'intestin; dans ce dernier cas, en effet, il est évident que l'on n'agira pas par la voie stomacale, mais que l'on adressera directement au rectum nos moyens d'évacuation.

Par contre, dans les formes aiguës de l'étranglement interne, qu'on en connaisse ou non la cause, on devra s'abstenir de l'emploi des purgatifs. Que dirait-on, en effet, de nos jours, d'un chirurgien qui, à un individu atteint de hernie étranglée, ferait prendre du calomel, du jalap ou de l'huile de croton? Et cependant l'emploi des drastiques n'est absolument pas plus justifiée dans l'occlusion intestinale que dans la hernie étranglée.

Une partie des étranglements internes sont de véritables hernies, d'autres se rapprochent beaucoup de ces dernières, au point de vue des conditions mécaniques de leur production; tel est le groupe considérable des occlusions dues à des adhérences ou à des brides étranglant l'intestin. Enfin, dans un troisième groupe d'étranglements internes, les torsions et formations de nœuds, on peut affirmer à bon droit que les purgatifs sont encore plus nuisibles que dans les hernies étranglées. Les drastiques activent d'abord les mouvements de l'intestin; or nous avons vu que ces derniers doivent être considérés comme l'agent principal du volvulus et de la formation d'anses et de nœuds de constriction entre les différentes portions de l'intestin. On peut admettre, par conséquent, que les mouvements provoqués par les drastiques agissent dans le même sens, qu'ils augmentent encore la torsion de l'intestin et resserrent plus fortement le nœud de constriction. Un autre inconvénient de l'emploi des drastiques, c'est qu'ils élèvent notablement la pression intra-abdominale en produisant une forte transsudation dans le tube intestinal. Aussi l'effet de ces médicaments se révèle-t-il bientôt par une aggravation des symptômes et des dangers que court le malade.

Le moyen le plus propre à favoriser le dégagement spontané de l'anse intestinale étranglée, consiste à limiter le plus possible les mouvements de l'intestin au-dessus du siège de l'étranglement, et à réduire à un minimum l'introduction dans l'estomac de substances qui ne feraient qu'augmenter la pression dans l'intestin et la cavité abdominale. Ces indications se trouveront remplies par l'administration de l'opium à des doses moyennes, par l'application de vessies de glace sur l'abdomen, et par l'ingestion de fragments de glace et de petites quantités de boissons.

Un moyen qui a été aussi beaucoup employé, et certainement dans bien des cas avec succès, ce sont les injections forcées d'air ou de liquide; dernièrement on a assez souvent utilisé dans ce but les injections par l'anus d'eau contenant de l'acide carbonique. Les publications médi-

cales renferment toute une série d'observations, dans lesquelles ce moyen a fait disparaître les symptômes d'étranglement et guéri le malade, et, de fait, dans un grand nombre de formes d'occlusion on comprend très bien que ces injections puissent avoir un résultat favorable. En effet, les mouvements provoqués par l'injection sont toujours dirigés de l'obstacle vers la périphérie de l'intestin, et, d'autre part, la réplétion du tube intestinal au niveau de l'étranglement exerce une traction dans la même direction. On peut très bien supposer que cette traction ait pour effet de libérer l'anse intestinale étranglée. SIMON a fait remarquer que cette action est déjà moins sûre dans l'**invagination** parce qu'ici le liquide dilate le bout inférieur de l'intestin et peut ainsi favoriser l'intussusception de nouvelles portions du tube intestinal; cependant on peut aussi espérer que le liquide refoulera le segment invaginé, et il est hors de doute que les injections ont déjà guéri un certain nombre d'invaginations. De même dans les torsions et formations de nœuds, si l'on se reporte aux considérations mécaniques énoncées antérieurement, la réplétion du bout inférieur de l'intestin doit, semble-t-il, exercer une action en sens inverse de celle qui a causé l'étranglement. C'est pourquoi nous conseillons d'essayer ce moyen de traitement en procédant de la manière décrite plus haut, mais d'y renoncer aussitôt si l'on voit se produire à la suite des injections une aggravation des symptômes.

L'introduction dans l'estomac de grandes quantités de mercure, lequel est sensé devoir, par son poids, libérer l'anse intestinale étranglée, est d'une efficacité fort douteuse, bien qu'on en ait vanté les heureux effets.

Tous les moyens énumérés jusqu'ici sont bien imparfaits et incertains dans leur action. Aussi devons nous attacher une grande importance à un nouveau procédé de traitement imaginé il y a peu de temps par KUSSMAUL, et grâce auquel on a déjà réussi dans un certain nombre de cas à mettre fin aux symptômes d'étranglement (KUSSMAUL, SÉNATOR etc.). Ce procédé consiste dans l'évacuation et le lavage de l'estomac par l'introduction d'une grosse sonde molle et l'emploi du siphon. Plusieurs fois déjà l'issue par la sonde de grandes quantités d'un liquide à contenu fécal provenant non seulement de l'estomac, mais encore de l'intestin à travers le pylore béant, a été suivie bientôt de la disparition des phénomènes d'iléus (hoquet, vomissements stercoraux, ballonnement de l'abdomen, collapsus). Vu notre ignorance des causes de l'étranglement dans chaque cas particulier, il est difficile de s'expliquer le mode d'action de la pompe stomacale; cependant il est hors de doute que l'évacuation du contenu des intestins fait de la place dans la cavité abdominale, et peut ainsi lever certains obstacles au cours des matières; d'autre part, il est possible que les mouvements péristaltiques se calment et qu'une cause d'aggravation des accidents se trouve ainsi éliminée. Bien que nous ne puissions, pour le moment, donner une

explication suffisante du mode d'action des lavages de l'estomac, nous devons reconnaître que nous possédons, grâce à KUSSMAUL, un nouveau moyen de traitement qui n'offre aucun danger et peut donner de bons résultats; aussi ne pouvons nous que conseiller vivement d'en faire l'essai¹.

Lorsque, en dépit des moyens de traitement mentionnés jusqu'ici, les symptômes d'étranglement ne disparaissent pas, et qu'au contraire, ce qui est ordinairement le cas, ils tendent à s'aggraver, que le pouls devient de plus en plus faible, le nez froid et effilé, et qu'un état de collapsus s'empare du malade, doit-on laisser succomber le malheureux sans rien tenter de plus pour le sauver?

Dans les cas où un ballonnement régulier de l'abdomen annonce une augmentation générale de la pression intra-abdominale due à la tympanite de l'intestin, on peut soulager le malade, au moins passagèrement, à l'aide d'une **ponction capillaire** des anses intestinales dilatées. Dans la plupart des cas cette petite opération est tout au moins sans inconvénient, car l'orifice de la ponction pratiquée avec un fin trocart se ferme le plus souvent lorsque l'intestin est revenu sur lui-même, grâce à l'évacuation d'une partie de son contenu. **L'aspiration** a peut-être pour avantage d'augmenter encore l'effet de la ponction. Celle-ci peut d'ailleurs être répétée plusieurs fois. Théoriquement il semblerait que l'évacuation d'une portion considérable de l'intestin devenue le siège d'un étranglement, dût avoir pour effet de faire cesser l'état de torsion ou d'enroulement des anses intestinales, ou de permettre à un segment d'intestin ainsi vidé de s'échapper de l'anneau constricteur formé par une bride; mais en réalité cet heureux résultat n'est que bien rarement obtenu. La ponction soulage, il est vrai, passagèrement le malade, mais elle a le plus souvent aussi pour conséquence de retarder le moment de l'opération définitive. Aussi, à l'exemple de TUNGEL, conseillons-nous de ne pas perdre un temps précieux à des ponctions répétées, et de même que dans les hernies étranglées, de ne pas laisser passer le moment favorable à une intervention chirurgicale plus importante.

1. Récemment l'**électrisation** a été vivement conseillée par BOUDET comme moyen de traitement de l'occlusion intestinale. Il se sert d'une pile de GaiFFE composée de 14 à 16 éléments. Le pôle rectal formé d'une grosse sonde en gomme est introduit aussi loin que possible dans le rectum. Cette sonde est munie d'un mandrin métallique tubulaire, rattaché par un fil conducteur à l'une des électrodes de la batterie, et raccordé, d'autre part, par un tube en caoutchouc, à la canule d'un irrigateur plein d'eau salée. Cette eau traverse le mandrin, s'y électrise et remplit l'intestin en portant l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse. Le pôle externe consiste en une large plaque de peau de chamois mouillée, posée sur la région dorsale. Le courant est appliqué pendant un quart d'heure, et s'il n'y a pas de débâcle, on renouvelle deux ou trois fois la tentative. Le sens du courant importe peu; cependant le pôle rectal doit être de préférence négatif. (TILLAUX, *Chirurgie clinique*). (Note du trad.).