

dans cet état ; l'inflammation s'apaise et par suite l'orifice, bien que restant toujours étroit, s'élargit cependant assez pour laisser passer les matières ; ou encore, le segment invaginé se mortifie, tombe dans la cavité de l'intestin et est éliminé ; mais les adhérences créées par le travail inflammatoire, entre les deux parties de tube intestinal juxtaposées, s'opposent à l'extravasation des matières dans le péritoine.

Les causes de l'invagination sont inconnues. On a cependant attribué sa production aux diarrhées avec pneumatose, à la dysenterie, aux polypes ; aux entérites qui troublent les mouvements péristaltiques, de telle sorte que deux ondulations inverses marchant à la rencontre l'une de l'autre, les parties de l'intestin qui en sont le siège, se pénètrent réciproquement¹. On l'a encore attribuée aux contractions énergiques d'une partie de l'intestin, tandis que la portion suivante reste relâchée.

3° Le *cancer* et les *tumeurs diverses* (polypes, kystes hydatiques) nés dans les parois de l'intestin, peuvent déterminer des occlusions dont le mécanisme s'explique assez naturellement pour qu'il soit inutile de le décrire.

4° *Cicatrices*. — On sait que le tissu cicatriciel est doué d'une grande rétractilité ; aussi les ulcérations de l'intestin produites par les tubercules, la dysenterie, la fièvre typhoïde, la syphilis, peuvent-elles, lorsqu'elles guérissent, déterminer une rétraction, un froncement des tuniques de l'intestin capables de gêner sérieusement le cours des matières².

5° *Spasme ou ileus*. — Les anciens faisaient jouer au spasme de l'intestin un grand rôle dans le mécanisme de l'occlusion intestinale. Tantôt le spasme rétrécit l'intestin ; tantôt, par suite d'une aberration dans les mouvements de l'intestin, les matières remontent et sont rendues par vomissement au lieu de suivre leur cours naturel vers l'anus. De nos jours on n'ad-

1. Ce mécanisme a été surtout invoqué pour les invaginations des enfants.

2. Les ulcérations syphilitiques siègent souvent sur le rectum (Voy. *Rétrécissement du rectum* dans ma *Pathologie chirurgicale*).

met plus aussi volontiers ce genre d'obstacle ; cependant on ne saurait nier que l'élément spasmodique ne vienne souvent compliquer un obstacle matériel et contribuer pour une large part à l'arrêt des matières.

6° F. Gordan a signalé, comme cause d'occlusion intestinale, la dégénérescence graisseuse de l'intestin, avec perte de sa contractilité, chez les obèses prédisposés aux dégénérescences graisseuses viscérales.

C. OBSTACLE OCCUPANT LA CAVITÉ DE L'INTESTIN. — Ces obstacles se rencontrent fréquemment et ce sont les plus durables : c'est tantôt une accumulation de matières fécales durcies, ou de substances non digestibles (noyaux de fruits, corps étrangers quelconques), des entérolithes (c'est-à-dire des concrétions formées dans l'intérieur de l'intestin par des phosphates calciques et ammoniaco-magnésiens), des amas de vers intestinaux et surtout d'ascarides lombricoïdes, etc. L'inertie de l'intestin est la première cause des accidents de cette nature : aussi les personnes qui en sont atteintes souffrent-elles d'une constipation opiniâtre, longtemps avant la manifestation des accidents.

Altérations de l'intestin. — Quelle que soit la nature de l'obstacle, l'intestin présente toujours les mêmes altérations, car elles se rapportent à l'arrêt de la circulation des matières et du sang ; il est *dilaté et distendu au-dessus du point rétréci, effacé et vide au-dessous*. La muqueuse est gonflée, congestionnée, infiltrée de sérosité dans une certaine étendue ; les vaisseaux veineux sont dilatés. Le péritoine est enflammé ; la péritonite est souvent circonscrite, limitée au point rétréci et à peu près insignifiante, mais elle peut être générale ; c'est même ce qui a lieu habituellement lorsque l'intestin est mortifié et perforé. Dans les points où l'intestin n'est pas recouvert par le péritoine, on voit survenir des phlegmons (pérityphlite, périrectite). Lorsque la partie sphacélée est située hors de l'abdomen, ainsi que cela a lieu pour les hernies, elle peut se détacher, créant ainsi par sa chute une ouverture d'où s'é-

chappent les matières : c'est ce qu'on appelle un *anus contre nature* ¹.

Symptômes. — Le *début* est lent ou brusque suivant l'évolution de la cause originelle. Mais, une fois constitué, l'arrêt se traduit toujours par les symptômes : *douleur, météorisme, constipation, vomissements*, altération profonde mais *apyrétique* de l'état général.

Douleur. — Elle est vive, sans avoir l'acuité des douleurs qui se rattachent à la péritonite, et elle revient par accès au moment des contractions intestinales ; son point de départ se trouve dans la partie rétrécie, et de ce foyer elle s'irradie en divers sens ; elle s'apaise et peut même disparaître quelques heures avant la mort.

Constipation. — Après avoir rendu les gaz et les matières que contenait le segment intestinal inférieur à l'occlusion, le malade est atteint d'une constipation absolue ², avec ce caractère capital qu'il n'y a plus d'émission de gaz.

Toutefois dans certains cas d'invagination du gros intestin, avec état inflammatoire du côlon descendant, on peut voir, surtout chez les enfants, persister des selles dysentériques qui pourraient faire croire à un observateur superficiel que le cours des matières est rétabli.

Météorisme. — Peu de temps après le début des accidents, le ventre *devient sonore et se tuméfié* ; la paroi abdominale est

1. Dans certains cas d'étranglement interne, la péritonite du voisinage fixe l'intestin à la paroi abdominale, ce qui prévient la diffusion des matières ; il en résulte un abcès qui peut s'ouvrir au dehors, s'évacuer et laisser après lui une fistule stercorale ; mais cette heureuse terminaison est des plus exceptionnelles.

2. Ces évacuations des matières contenues dans le bout inférieur ont maintes fois *égaré le diagnostic* ; car si l'obstacle siège très haut, les selles se répètent à diverses reprises avant que la constipation se produise.

Les Anglais considèrent la *diminution d'urine* comme un symptôme d'occlusion : cette diminution serait d'autant plus notable que l'étranglement siège plus haut car le champ de l'absorption se trouve ainsi très restreint.

distendue au point de ne plus pouvoir être déprimée par la palpation. Le segment intestinal, placé au-dessus de l'obstacle, se contracte avec énergie pour en triompher, ses anses soulèvent la paroi abdominale en prenant la *forme de gros cylindres et de serpents enroulés* ; ses *contractions spasmodiques* se répètent à des intervalles variés et provoquent des crises douloureuses ; elles s'accompagnent de *borborygmes* ou *gargouillements*, dus au mélange et à l'agitation des gaz avec les liquides.

Laugier a fait remarquer que, lorsque l'occlusion a son siège dans le gros intestin, le météorisme est considérable dès le début ; s'il occupe l'intestin grêle, le ballonnement du ventre reste longtemps circonscrit au pourtour de l'ombilic, et ce ballonnement forme un relief d'autant plus accentué qu'autour de lui le gros intestin est effacé.

Le météorisme prend bientôt des proportions telles que le jeu du diaphragme se trouve sérieusement gêné ; il en résulte de la dyspnée et du hoquet. De plus, la surdistension de l'intestin augmente encore l'inertie de sa tunique musculaire et la rend incapable de lutter davantage contre l'obstacle.

Vomissements. — Les vomissements surviennent d'autant plus vite que l'obstacle siège plus haut : d'abord *alimentaires* et constitués par le contenu du bout supérieur, ils deviennent ensuite *muqueux et verdâtres*, c'est-à-dire formés par les produits que sécrètent la muqueuse intestinale et l'appareil biliaire irrités et congestionnés. Plus tard encore les vomissements sont *fécaloïdes* : c'est une purée jaunâtre avec quelques grumeaux de même couleur qui, en traversant la bouche du malade, lui fait éprouver une horrible saveur ; ces matières ressemblent à celles que l'on trouve vers la fin de l'intestin grêle. Les vomissements se répètent à des intervalles variés et sont suivis de quelques instants de soulagement.

Etat général. — La température se maintient au minimum physiologique (36 degrés et demi environ) et, vers la fin de la maladie, elle *s'abaisse de 1 ou même 2 degrés au-dessous* (35