

7. — OCCLUSION INTESTINALE. —  
ÉTRANGLEMENT INTERNE. — COLIQUE DE MISERERE.  
INVAGINATION, etc.

Il y a occlusion intestinale chaque fois que le calibre de l'intestin est oblitéré ou diminué au point de rendre impossible le cours des matières dans sa cavité <sup>1</sup>.

La diversité des causes, capables de produire cette occlusion, explique le grand nombre de termes employés pour la définir : *colique de miserere, passion iliaque, étranglement interne, ileus, volvulus, invagination, intussusception, obstruction*, etc ; mais ces dénominations ne peuvent s'appliquer qu'à des cas particuliers et non à cet ensemble de symptômes si remarquables par leur uniformité, quel que soit le point de départ, symptômes qui se rattachent directement au pincement de l'intestin, à l'arrêt des matières et auxquels convient si bien le nom d'*occlusion intestinale* proposé par O. Masson.

**Pathogénie et anatomie pathologique.** — Nous étudions : 1° les causes capables de produire l'occlusion ; 2° les altérations de l'intestin.

**CAUSES DE L'OCCLUSION.** — Des causes fort diverses peuvent arrêter le cours des matières. Elles peuvent être divisées en trois groupes : — A. Les unes siègent EN DEHORS DE L'INTESTIN ; — B. Les autres DANS L'ÉPAISSEUR DE SES PAROIS ; — C. Les autres enfin DANS SA CAVITÉ.

A. CAUSES SIÉGEANT EN DEHORS DES PAROIS. — Bien que très diverses, ces causes peuvent être légitimement réunies en un même groupe, car elles agissent toutes de la même façon : elles compriment l'intestin au point d'en rapprocher ou d'en accoler les parois, de telle sorte que la lumière du canal n'est plus assez libre pour laisser passer les matières <sup>2</sup>.

1. Lorsque la portion d'intestin étranglée est située en dehors de la cavité abdominale, la maladie porte le nom de *hernie étranglée*.

2. Il faut même remarquer que l'occlusion tend à augmenter de plus en plus par le fait de l'accumulation des matières au-dessus du point rétréci.

Cet ordre de causes comprend : 1° les tumeurs de voisinage ; 2° les brides péritonéales et les orifices dans lesquels l'intestin peut s'engager.

1° *Tumeurs de voisinage.* — Lorsqu'un des organes abdominaux est atteint d'une hypertrophie, d'une tumeur (cancer, kyste), d'un déplacement quelconque, on conçoit aisément qu'il puisse comprimer l'intestin au point de déterminer l'occlusion. Cependant le fait est assez rare ; il a été observé dans certains cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses de l'utérus.

2° *Brides et orifices.* — L'intestin peut s'engager et s'étrangler dans les orifices divers situés, les uns dans la cavité de l'abdomen, les autres dans ses parois. Ces orifices sont de deux ordres : — les uns existent normalement, tels sont les anneaux (inguinal, crural, ombilical, etc.), l'hiatus de Winslow, etc. <sup>1</sup> ; — les autres sont accidentels et formés : soit par une perforation du diaphragme (hernie du diaphragme), du mésentère ou de l'épiploon <sup>2</sup> ; soit par des brides ou des adhérences, reliquats d'anciennes péritonites, étendues en forme de ponts, de cordes, etc., d'une anse intestinale à l'autre, entre deux organes quelconques, et qui constituent des défilés étroits, des orifices dans lesquels l'intestin peut s'engager et s'étrangler ; parfois c'est l'appendice vermiculaire ou un diverticule intestinal qui contracte des adhérences et occasionne l'accident. — Quoi qu'il en soit, ces cas méritent le nom d'*étranglement interne* qui leur a été donné : ce sont, en effet, de véritables hernies qui ne diffèrent des hernies extérieures ou chirurgicales que par leur siège dans l'abdomen <sup>3</sup>.

1. On a vu la masse intestinale presque tout entière pénétrer dans l'arrière-cavité des épiploons en passant par l'hiatus de Winslow : Treitz a réuni ces faits et les a décrits sous le nom de *hernie rétro-péritonéale*.

2. Pendant mon internat chez Le Fort, j'ai vu un jeune homme succomber à une occlusion intestinale produite par un coup de pied de cheval sur le ventre ; à l'autopsie, nous pûmes constater que l'intestin s'était engagé dans une ouverture de l'épiploon et s'y était étranglé.

3. On les a désignées sous le nom de hernies intra-abdominales

Qu'il s'agisse d'une hernie externe ou interne, le mécanisme de l'étranglement est le même : l'intestin s'est engagé à la suite d'un effort, etc., ou sous une influence inconnue, dans un orifice étroit, le cours des matières et du sang a d'abord été simplement gêné, puis ses parois se sont congestionnées, enflammées, et l'oblitération est devenue complète. L'étranglement porte le plus souvent sur l'intestin grêle.

B. CAUSES SIÉGEANT DANS L'ÉPAISSEUR DES PAROIS. — Elles comprennent : 1<sup>o</sup> l'enroulement et la torsion de l'intestin sur lui-même ; 2<sup>o</sup> son invagination ou intussusception ; 3<sup>o</sup> le cancer et les tumeurs de diverse nature de l'intestin ; 4<sup>o</sup> les cicatrices ; 5<sup>o</sup> le spasme de l'intestin ou ileus.

1<sup>o</sup> Enroulement et torsion de l'intestin (*volvulus*, de *volvère*, enrouler). — Dans certains cas et sans qu'il soit possible d'en préciser les causes, l'intestin tourne sur lui-même, s'enroule autour d'autres anses intestinales, se fléchit brusquement, ou encore c'est l'épiploon qui l'enlace comme le ferait une corde ; dans ces diverses circonstances son calibre est rétréci ou effacé. Le *volvulus* est rare<sup>1</sup> ; il porte sur le gros intestin et principalement sur sa partie descendante, l'S iliaque.

2<sup>o</sup> *Invagination et intussusception*. — On donne ce nom à la pénétration d'un segment intestinal dans un autre, de telle sorte que la séreuse est adossée à elle-même, et qu'au niveau de la pénétration il existe trois parois intestinales adossées (supposez un doigt de gant en partie rentré dans lui-même) ; le mésentère exerce sur la partie invaginée une traction qui contribue beaucoup à diminuer le calibre de l'intestin. C'est la cause la plus fréquente de l'occlusion. L'invagination est la

Faucon, qui vient d'en faire une étude complète, en distingue une foule de variétés et, se conformant à l'opinion de Gosselin, il croit qu'un grand nombre de ces hernies internes ne sont autre chose que des hernies primitivement externes et qui ont été réduites en masse ; il faut donc s'enquérir si le malade n'a jamais porté une hernie.

1. Besnier, qui a pu réunir dix cas de *volvulus*, ne l'a observé que chez les hommes.

plupart du temps *rétrograde*, mais elle peut être *ascendante*.

Souvent l'occlusion fait périr le malade, cependant il peut guérir ; ainsi les parties de l'intestin invaginé s'enflamment

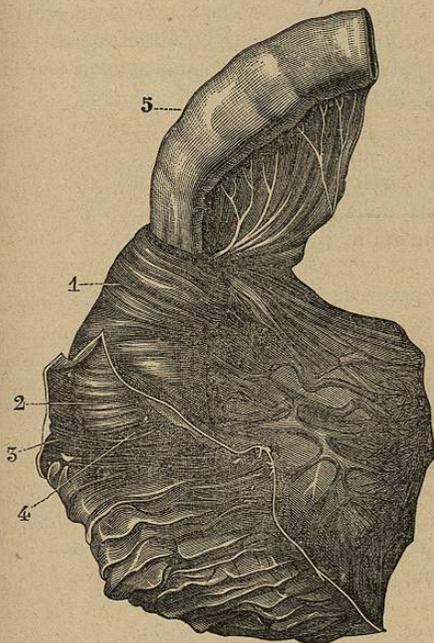


Fig. 51. — Exemple d'invagination intestinale.

1) portion de l'intestin dans laquelle s'est engagé le segment intestinal placé au-dessus. Une incision pratiquée sur cette portion de l'intestin a permis de l'ouvrir et de l'étaler (3) de façon à montrer la portion invaginée (2) dont l'orifice (4) est constitué par le bourrelet circulaire que forme l'intestin replié sur lui-même. — (5) portion d'intestin allant s'invaginer dans la portion sous-jacente.

et, par suite, les séreuses adossées contractent entre elles des adhérences qui maintiennent définitivement les parties

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 réciproquement<sup>1</sup>. 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 matières<sup>2</sup>.

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* <sup>1</sup>.

**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 <sup>2</sup>, 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

degrés) : le pouls est petit et filiforme, la peau est froide, visqueuse, terreuse ; les traits sont grippés, le nez est effilé, les yeux sont enfoncés dans l'orbite et cerclés de noir ; la cyanose est l'indice d'un étranglement très serré ; il survient de la *dyspnée*, du *hoquet* ; le malade est anéanti, sa voix se casse, des plaques violacées marbrent son corps et son visage, et il meurt au moment où l'apaisement des douleurs lui faisait entrevoir la guérison.

**Durée et terminaison.** — La durée varie avec le degré de la constriction. Un *obstacle complet et absolu tue en cinq ou six jours*. Mais si l'occlusion est incomplète, de temps à autre l'obstacle est franchi, le malade est soulagé pour un temps plus ou moins long ; ces constipations opiniâtres, suivies de diarrhées très abondantes désignées sous le nom de débâcles, s'observent surtout dans le cancer intestinal.

La *mort* peut survenir de plusieurs façons : — soit par *asphyxie* tenant au refoulement des organes thoraciques par le météorisme colossal du ventre ; — soit par *péritonite* (avec ou sans perforation) : elle s'annonce alors par le redoublement des douleurs et l'élévation de la température ; — soit par *épuisement*.

La *guérison* se produit dans plusieurs cas : lorsque, par exemple, les matières ou corps étrangers sont expulsés, que l'enroulement ou l'invagination disparaissent ; nous avons déjà signalé la possibilité du sphacèle de la partie invaginée, d'une soudure entre les deux bouts de l'intestin et par suite du rétablissement du cours des matières, ou la création d'un anus artificiel.

**Diagnostic.** — Il doit répondre à trois questions : 1° Existe-t-il une occlusion intestinale ? 2° Quel en est le siège ? 3° Quelle en est la cause ?

1° L'*occlusion* se reconnaît à la réunion des symptômes que nous venons d'exposer : *douleurs abdominales, météorisme, vomissements, constipation, apyrexie*. Il n'est point d'autres affections qui présentent cet ensemble.

La *péritonite* peut se présenter avec quelques-uns des caractères de l'occlusion, mais seulement lorsque cette péritonite est très grave, consécutive à une perforation ou survenue dans l'état puerpéral. D'ailleurs, dans la péritonite, les vomissements sont verdâtres, porracés et non fécaloïdes ; la constipation n'est pas aussi absolue que dans l'occlusion ; la température s'élève dans la péritonite, elle reste très basse dans l'occlusion, etc. Rappelons d'ailleurs que la péritonite vient souvent compliquer l'occlusion, ce que l'on reconnaît à l'élévation de la température et à la manifestation de douleurs vives et superficielles.

2° *Quel est le siège de l'obstacle ?* La douleur a souvent son maximum au niveau de l'obstruction. Au début elle est même circonscrite en ce point. Nous avons vu que lorsque l'occlusion occupe l'intestin grêle, le météorisme soulève les parties centrales de l'abdomen, tandis qu'un obstacle placé sur le gros intestin produit un ballonnement général.

Lorsque les urines sont rares, les vomissements précoces et que le malade conserve longtemps des lavements abondants, il y a lieu de croire que l'obstacle siège sur un point élevé de l'intestin, car l'anurie précoce indique la non-absorption des liquides ingérés.

3° *Quelle en est la nature ?* Il faut, avant toute autre chose, examiner scrupuleusement toutes les régions qui peuvent être le siège des hernies ; car on a bien souvent cru à une occlusion intestinale interne, alors qu'il s'agissait d'un étranglement herniaire, sur lequel on pouvait directement agir.

L'étude des antécédents sera d'un grand secours. Si le malade présente depuis longtemps des alternatives de constipation et de diarrhée, s'il maigrit, pâlit, prend une teinte jeune paille, surtout s'il existe une tumeur, il y a lieu de croire à l'existence d'un *cancer*. A-t-il été antérieurement atteint de *dysenterie*, de *péritonite*, de *syphilis*, on pourrait croire à un rétrécissement cicatriciel, à un étranglement par une bride péritonéale, ou même à un rétrécissement syphilitique ; ceux-ci siègent habituellement sur le rectum.

Le début brusque appartient plutôt au *volvulus* : un indi-

vidu jusque-là bien portant est pris tout à coup des symptômes de l'étranglement; ils présentent une rapidité et une acuité toutes spéciales: il n'y a guère que deux choses probables, l'enroulement de l'intestin sur lui-même ou sa hernie extérieure ou intérieure.

L'invagination a des allures moins vives; elle occupe de préférence le gros intestin et peut être parfois accessible au toucher; au-dessus d'elle se forme une tumeur cylindrique.

Si les accidents surviennent brusquement chez une femme hystérique, il y a lieu d'espérer qu'il ne s'agit que d'un spasme ou ileus.

En tout cas, il ne faut jamais négliger l'exploration par le vagin et le rectum.

**Traitement.** — Le traitement présente plusieurs indications. Voici les principales: 1° activer les contractions de l'intestin; 2° calmer les douleurs; 3° diminuer le météorisme; 4° comme dernière ressource, ouvrir aux matières une voie artificielle.

1° ACTIVER LES CONTRACTIONS INTESTINALES. — Les moyens les plus propres à obtenir ce résultat sont les lavements, les purgatifs et l'usage de la glace.

Les lavements consisteront en irrigations intestinales, à l'aide du bock, avec de l'eau bouillie additionnée de borate de soude et d'une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'alcool camphré et de teinture de benjoin (Ch. Bouchard); ou en lavements d'eau additionnée, soit de sulfate de soude et de séné, soit d'huile de ricin.

Les purgatifs auxquels on doit donner la préférence sont ceux qui produisent une abondante transsudation séreuse (calomel, huile de ricin), car ils ont le double avantage de dissocier les matières et d'exciter les contractions intestinales. L'invagination est une contre-indication, car les purgatifs ne font qu'exagérer le mal.

On a longtemps préconisé les lavements de tabac en décoction (4 gr. pour 200 gr. d'eau) ou en fumée.

La glace constitue un moyen précieux, auquel il convient toujours d'avoir recours. Elle agit de plusieurs façons: elle active les contractions intestinales, condense les gaz et, par conséquent, diminue le météorisme; enfin elle concourt peut-être à prévenir

la péritonite. On l'administre de deux façons; par la bouche (le malade laisse fondre un fragment de glace dans la bouche), et en applications permanentes sur le ventre (glace concassée et enfermée dans une vessie de porc ou de caoutchouc, séparée de la peau par une flanelle).

On peut aussi employer dans le même but des pulvérisations d'éther.

L'électricité peut aussi éveiller les contractions intestinales: Leroy (d'Étiolles) place un pôle dans le rectum et l'autre dans la bouche; cependant, dans maintes circonstances, une contraction énergique pouvant déterminer la déchirure du bout supérieur surdistendu par des matières et par des gaz, il est plus prudent de suivre l'exemple de Jaccoud qui localise l'action électrique sur le bout inférieur en plaçant un des pôles dans le rectum et l'autre sur l'hypogastre.

2° CALMANTS. — Bien qu'on ne connaisse pas d'une façon précise l'importance du rôle joué par le spasme dans le mécanisme de l'occlusion intestinale, on a eu maintes fois l'occasion de constater les bons effets de la médication calmante, de l'opium lui-même qui semblerait devoir agir contre le but que l'on se propose puisqu'il suspend les contractions intestinales<sup>1</sup>; mais, en général, on donne la préférence à la belladone ou aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

3° DIMINUER LE MÉTÉORISME. — La distension excessive du bout supérieur par les gaz a l'inconvénient de paralyser l'intestin et de gêner considérablement la respiration; il est donc urgent de la diminuer. On atteint ce but d'abord par l'usage de la glace, puis, si ce moyen reste inefficace, par des ponctions capillaires faites avec un appareil aspirateur<sup>2</sup>.

4° INTERVENTION CHIRURGICALE. — ENTÉROTOMIE ET LAPAROTOMIE. — Si les divers moyens que nous venons de proposer restent impuissants, si la lésion n'est pas de nature cancéreuse, s'il n'existe pas de péritonite, il reste une précieuse ressource, c'est l'intervention chirurgicale.

1. C'est là une preuve du rôle joué par l'élément spasmodique. Le Fort attache une grande importance à l'emploi de l'opium dans certains cas d'occlusion intestinale.

2. Nous recommandons spécialement ces ponctions capillaires: les avantages qu'en retirait depuis si longtemps la médecine vétérinaire eussent dû les faire entrer plutôt dans notre pratique. M.

On peut avoir recours à la *laparotomie*, qui consiste à ouvrir largement l'abdomen pour aller à la recherche du point où siège l'occlusion et dégager l'intestin : ce traitement, dont les indications sont données dans les traités de chirurgie, est devenu de plus en plus fréquent depuis que les progrès de l'antisepsie permettent de réaliser facilement les diverses opérations de la chirurgie abdominale.

L'*entérotomie* consiste, sans se préoccuper du siège de l'occlusion, à ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle, ce qui est facile en raison du relief des anses intestinales du bout supérieur distendues par les gaz, et à le fixer à l'abdomen de façon à créer un anus contre nature.

#### 8. — DES COLIQUES INTESTINALES.

On donne le nom de coliques à des douleurs abdominales très vives, occupant l'intestin, comparables à un resserrement, à une déchirure, à une constriction, etc.

Ces douleurs sont probablement la conséquence de la contraction exagérée des tissus musculaires, à fibres lisses, innervés par le grand sympathique.

**Caractères.** — Bien que présentant des variétés infinies, les douleurs de la colique sont habituellement très vives et peuvent même plonger le malade dans une angoisse inexprimable. Il a recours à toutes sortes de comparaisons pour exprimer ses souffrances : c'est un resserrement, un tortillement, une déchirure, etc. Les uns se roulent dans leur lit, se couchent sur le ventre ; chez d'autres, au contraire, le moindre contact exagère les douleurs <sup>1</sup>. L'accroissement de la sensibilité de l'intestin rend ses mouvements appréciables ; aussi le malade a-t-il, pendant la colique, une sensation très nette des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques.

Les coliques intestinales s'accompagnent d'un besoin impé-

1. Cependant, un des meilleurs caractères différentiels entre les douleurs de la péritonite et celles de la colique, c'est que les premières s'exaspèrent par le moindre contact, le mouvement le plus léger, etc., qui, en général, n'augmentent pas les douleurs de la colique.

rieux d'aller à la garde-robe ; les efforts sont souvent suivis de l'expulsion de matières qui ne tardent pas à devenir molles, mais dans d'autres cas ils restent infructueux (*colique sèche*).

En général, le pouls reste calme ; cependant il peut devenir petit, faible, irrégulier, en même temps que le visage se couvre d'une sueur froide et visqueuse.

Ajoutons que, loin de présenter cette intensité, les coliques peuvent être légères. Leur durée est subordonnée à leurs causes.

**Pathogénie.** — On sait que le grand sympathique préside aux contractions de la tunique musculaire de l'intestin, de l'utérus, du canal cholédoque, de l'uretère ; on sait également que, contrairement à l'opinion ancienne, son excitation pathologique provoque de vives douleurs. Or, en analysant les différentes conditions dans lesquelles se produit la colique, en tenant compte du caractère expulsif de la douleur, on est conduit à considérer *les coliques comme le résultat d'une tension ou d'une contraction exagérée des muscles à fibres lisses* qui forment la tunique de l'intestin <sup>1</sup>.

1. Le fait n'est-il pas évident dans les contractions utérines qui président à l'accouchement, dans les coliques néphrétiques ou hépatiques provoquées par la présence d'un calcul, dans les coliques intestinales qui accompagnent l'étranglement interne ? Il l'est d'autant plus que, lorsque l'obstacle est levé, les contractions se calment et les douleurs s'apaisent. — Or, si certaines coliques ne se produisent que lorsqu'un obstacle surexcite la contractilité musculaire (coliques hépatiques ou néphrétiques produites par des calculs, coliques utérines produites par la présence du fœtus, de tumeurs ou de caillots sanguins, etc.), on peut parfaitement admettre la possibilité de l'excitation du grand sympathique sous l'influence réflexe de lésions éloignées de l'intestin.

Cependant, d'après Tripier et Paviot, les affections des viscères abdominaux ne donneraient lieu à des crises douloureuses que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu, et les douleurs seraient d'autant plus vives que l'exsudat liquide serait moins abondant ; les douleurs de l'appendicite aussi bien que celles de la colique hépatique, etc... semblent toujours liées à un peu de péritonite locale.