

## LXXVII. — OCCLUSIONS INTESTINALES.

Leurs causes. — Leur mécanisme. — Leur gravité extrême. — Traitement par les moyens médicaux. — La gastrotomie doit être pratiquée dans les circonstances graves.

## MESSIEURS,

Mardi dernier, vous avez vu mon honorable collègue M. le professeur Jobert (de Lamballe) opérer ici, sur mon invitation et sur mes très-pressantes sollicitations, un homme qui était entré dans les salles de la Clinique avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal interne. Cet homme a succombé trente-six heures après l'opération. Je vous dois compte des motifs de mon insistance auprès de M. Jobert, qui répugnait à pratiquer la gastrotomie; je vous en dois compte, parce que, quelle qu'ait été l'issue de cette opération, j'ai encore l'intime conviction qu'elle devait être tentée.

Voici l'histoire du malade :

Il était âgé d'environ cinquante ans. Il racontait que, depuis longues années, il avait des hémorroïdes fluentes, et que souvent il rendait du sang et du pus en allant à la garde-robe; qu'il était sujet à de la constipation alternant avec la diarrhée. A cela près, sa santé n'était pas mauvaise. Depuis treize jours il avait complètement cessé d'aller à la selle, et depuis dix ou onze jours il avait été pris de vomissements. Ces vomissements, d'abord constitués par des matières alimentaires, étaient devenus bilieux. Nous trouvions en effet, dans le crachoir et dans le bassin laissés auprès du malade, non-seulement des matières bilieuses, mais d'autres encore ressemblant à celles que renferme habituellement la dernière partie de l'intestin grêle, à celles que l'on appelle à tort, dans ces cas, matières stercorales. Le ventre était considérablement ballonné, mais médiocrement douloureux. Le visage exprimait cependant la douleur la plus vive, l'anxiété la plus pénible.

En définitive, ces accidents avaient tous les caractères de ceux de la hernie étranglée. Aussi mon attention se porta-t-elle tout d'abord de ce côté, et je cherchai s'il y avait dans l'aîne ou dans le pli de la cuisse quelque tumeur appréciable. Nous n'en découvrîmes aucune.

Les renseignements que nous recueillîmes de la bouche du malade se rapportaient évidemment à une lésion intestinale, et je recherchai avec le plus grand soin quel pouvait être le siège du mal. Les hémorroïdes dont il avait été parlé me firent me demander s'il n'existait pas quelque affection du gros intestin qui aurait fait obstacle au cours des matières fécales. Nous pratiquâmes, M. Jobert et moi, le toucher rectal, et, aussi haut que notre doigt

put atteindre, nous ne découvrîmes rien. Nous en conclûmes que l'obstacle siégeait plus haut, et tout au moins dans l'S iliaque du côlon; qu'en tout cas il était hors de la portée de notre doigt. L'exploration au travers des parois abdominales était impossible, en raison du ballonnement énorme du ventre. Quelle que fût la cause, quel que fût le siège de cette occlusion dont les symptômes étaient incontestables, la gravité des accidents, l'anxiété extrême, la petitesse du pouls, indiquaient que le danger était imminent, et que la mort arriverait certainement avant vingt-quatre heures.

Il y avait déjà trop de temps de perdu; attendre encore les résultats douteux des différents moyens proposés en pareil cas, compter même sur la ponction des intestins distendus par les gaz, me paraissait livrer au hasard la vie du malade, et la gastrotomie, que deux fois dans ma pratique privée j'avais vue réussir, me semblait seule offrir une chance de salut. C'est alors que je priai M. Jobert de venir la pratiquer, et que je pressai d'agir mon honorable collègue qui s'en défendait. Ainsi que moi, il comprenait toute la gravité de la situation; il savait que si en elle-même la gastrotomie n'est pas plus dangereuse que la herniotomie, elle allait, en cette circonstance, être faite dans des conditions beaucoup plus défavorables que celles dans lesquelles on opère d'ordinaire les hernies étranglées: or, comme après l'opération de la hernie, lorsqu'on a trop longtemps tardé, il est assez commun de voir succomber les malades, M. Jobert ne se dissimulait pas les suites fâcheuses auxquelles nous devions nous attendre.

Il se rendit cependant à mes instances, voyant bien qu'en réalité son intervention chirurgicale pouvait seule nous donner une chance de salut, quelque faible qu'elle fût.

La gastrotomie fut donc décidée. Par cette opération on se proposait, en ouvrant un anus artificiel dans la région iliaque droite, de donner issue aux matières arrêtées dans l'intestin, c'est-à-dire de remédier immédiatement aux accidents déterminés par l'obstruction.

Cette ouverture donna issue à une grande quantité de liquides et de gaz. Les lèvres de la plaie intestinale furent fixées à la plaie de l'abdomen par des points de suture et une sonde fut introduite dans le bout supérieur de l'intestin afin d'assurer l'écoulement des matières; néanmoins le ballonnement du ventre ne diminua qu'en partie, et les accidents persistèrent à un certain degré. Dans la nuit, le malade fut pris d'une espèce de diarrhée cholérique, et rendit, par la sonde de gomme introduite et laissée à demeure dans l'intestin, une grande quantité de liquide d'un blanc jaunâtre. Il eut des vomissements. Les douleurs de ventre se prononcèrent davantage. Le pouls augmenta de fréquence; la peau se refroidit, et la mort arriva le lendemain dans la journée.

L'autopsie nous fit voir que l'intestin grêle avait été ouvert par le bistouri dans une de ses dernières portions, et qu'il était arrivé ici ce qui arrive, comme l'expérience le démontre ordinairement, lorsqu'on pratique l'incision au voisinage de la région du cæcum: on avait atteint l'extrémité inférieure de

l'iléon. Fait capital, car en pratiquant l'ouverture plus haut, il n'y aurait plus entre l'anus contre nature et l'estomac une longueur d'intestin suffisante pour que la digestion pût s'accomplir, et l'on risquerait de voir les malades mourir d'inanition.

Les lèvres de la plaie de l'intestin adhéraient déjà parfaitement aux lèvres de la plaie de l'abdomen; bien qu'un temps très-court se fût écoulé, l'inflammation du péritoine, qui paraissait dater de quarante-huit à soixante-douze heures, avait favorisé cette rapide soudure; quelques jours plus tard celle-ci eût été aussi parfaite que possible et eût enlevé toute espèce de crainte d'épanchement dans la cavité péritonéale des matières fournies par le tube digestif.

La cause de l'obstruction siégeait dans l'S iliaque du côlon, qui, énormément distendu par les gaz, semblait en outre quatre ou cinq fois plus long qu'il ne l'est habituellement. Il était retourné sur lui-même, de telle sorte que sa courbure gauche s'était portée à droite, que la droite s'était jetée à gauche, et que le mésocôlon renversé lui formait une bride qui le resserrait encore.

L'intestin grêle était affaissé, débarrassé des liquides qu'il avait pu contenir et qui s'étaient échappés à travers l'orifice artificiel pratiqué par le chirurgien. Nous constatons encore l'existence d'une autre lésion: le bord libre de l'épiploon venait s'insérer à l'appendice iléo-cæcal par l'intermédiaire d'une espèce de fausse membrane allongée plongeant dans la cavité du bassin, qui, tendue et fixée à ses deux extrémités, formait une espèce de pont. Nous verrons que des accidents analogues à ceux éprouvés par notre malade sont souvent occasionnés par des brides de cette nature, sous lesquelles les intestins viennent s'engager et s'étrangler. Mais ici, cette bride n'avait été pour rien dans ce que nous avons observé, puisque, en ouvrant le ventre avec la plus grande précaution, nous nous étions assurés qu'elle ne comprenait pas d'anse intestinale.

Lorsque nous eûmes sous les yeux les pièces anatomiques, il nous fut facile de nous expliquer comment, dans ce cas, une ponction à l'intestin pratiquée cinq ou six jours avant la mort eût pu être utile. Elle aurait eu en effet pour résultat de débarrasser l'S iliaque du côlon des gaz qu'il contenait, et de rendre sa contractilité au plan musculaire paralysé par le fait même de la distension énorme qu'entraînait cette accumulation de gaz. Il aurait pu se faire dès lors que des mouvements péristaltiques énergiques ramenassent l'intestin dans sa situation normale.

Ce que j'ai à vous dire aujourd'hui de l'occlusion intestinale vous fera saisir toute ma pensée.

En général, messieurs, on ne saurait apporter trop de soin à déterminer, autant que possible, le siège précis des obstructions intestinales. Vous comprendrez sans peine en effet, et l'observation que je viens de vous rapporter en est une preuve, combien il est important de reconnaître si l'arrêt des matières a lieu dans le gros ou le petit intestin. Chez l'adulte, dans la grande majorité des cas, l'intestin grêle est le siège des occlusions et la connaissance

de ce fait vous rend compte des succès que l'on obtient en général en incisant l'intestin grêle dans l'opération de l'anus contre nature. Alors l'intestin se décharge rapidement des matières qui étaient accumulées au-dessus de l'occlusion.

Mais dans les cas où l'opération porte sur une portion de l'intestin qui est située beaucoup au-dessus de l'obstruction, cette opération a grande chance d'être inutile. C'est ce qui est arrivé dans l'observation qui fait le sujet de cette conférence. L'S iliaque était le siège de l'obstruction et, l'anus artificiel ayant été pratiqué dans la fosse iliaque droite et sur l'intestin grêle, les accidents ont continué et amené la mort du malade.

S'il nous eût été possible avant l'opération de reconnaître le siège de l'obstruction, certes mon collègue M. le professeur Jobert et moi nous n'aurions pas hésité et nous aurions fait choix de la méthode de Littré, c'est-à-dire que nous aurions pratiqué l'anus artificiel sur l'S iliaque elle-même et il est probable que le malade nous eût dû son salut.

Sous le nom d'*iléus*, de *volvulus*, de *passion iliaque*, de *colique de miséréré*, de *vomitus stercoris*, etc., on désignait autrefois la maladie caractérisée par une suspension complète des évacuations alvines, accompagnée de vomissements violents, incessants, incoercibles, de ballonnement du ventre, de douleurs vives, accidents qui se terminent presque invariablement par la mort, quand le malade est abandonné à lui-même, souvent même alors que la médecine intervient d'une manière active. Cette maladie était considérée, dans le principe, comme une affection spasmodique. Cependant, déjà dans le siècle dernier, l'anatomie pathologique avait éclairé les médecins sur sa véritable nature: elle leur avait fait voir la grande analogie qui existe entre l'iléus et la hernie étranglée; elle leur avait montré que le prétendu spasme était quelque chose de plus matériel, et que ces redoutables accidents reconnaissaient pour cause un obstacle au cours des matières contenues dans l'intestin. A notre époque, on substitua aux expressions que je viens de vous rappeler celle d'*étranglement interne*, qui spécifie mieux la condition la plus générale de la production de la maladie. Un interne distingué de nos hôpitaux, M. le docteur Oscar Masson (1), a proposé de remplacer la dénomination d'*étranglement* par celle d'*occlusion intestinale*, qui a l'avantage de s'appliquer à tous les cas dans lesquels l'intestin se trouve accidentellement oblitéré, et cela aussi bien à toutes les variétés de hernies qui en sont les causes les plus fréquentes, mais dont je n'ai point à vous entretenir, qu'aux occlusions qui se produisent dans l'intérieur même de la cavité abdominale, les seules dont nous ayons à nous occuper ici.

Ces occlusions présentent de nombreuses variétés, suivant les causes qui les ont déterminées.

(1) Oscar Masson, thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 2 mars 1857.

Ces causes sont elles-mêmes très-multipliées : les unes, indépendantes de l'intestin, sont celles qui, développées en dehors de lui, viennent agir sur ses parois de façon à les comprimer et à diminuer son calibre ; les autres ont leur origine dans l'intestin lui-même, soit dans sa cavité, soit dans l'épaisseur de ses membranes.

Parmi les premières, je vous signalerai les tumeurs abdominales lorsqu'elles acquièrent un certain volume et occupent une certaine position par rapport aux intestins. Ce peuvent être, par exemple, des masses ganglionnaires tuberculeuses ou cancéreuses développées dans les mésentères, des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. Ce peuvent être des viscères déplacés et augmentés de volume, l'utérus, la rate, comme dans les cas auxquels M. Masson fait allusion dans sa thèse.

Mais de ce premier genre de causes qui ont leur point de départ en dehors de l'intestin, les plus communes sont celles qui produisent l'étranglement interne proprement dit. Telles sont les adhérences établies entre les différents organes par des exsudations morbides ; telles sont encore les brides pseudo-membraneuses, qui, sous l'influence d'une inflammation le plus souvent latente, se sont formées dans la cavité abdominale.

Supposons qu'à la suite d'une péritonite, l'appendice iléo-cæcal ait contracté des adhérences, soit avec une autre portion de l'intestin, soit avec l'ovaire, la trompe utérine, le ligament large ; supposons que ces adhérences se soient formées entre d'autres parties de l'intestin, il en résultera des sortes de ponts sous lesquels une anse intestinale pourra être engagée. Il en sera de même pour les brides pseudo-membraneuses dont le nombre, l'étendue, le siège, la disposition, peuvent varier à l'infini. Si, dans quelques cas, ces sortes de ponts sont assez larges pour permettre à une anse intestinale qui s'est engagée sous elle de s'en dégager, il peut arriver aussi qu'une anse un peu trop volumineuse vienne se prendre. D'abord, elle ne se trouve que légèrement serrée ; s'il ne s'agissait que d'un tube inerte, les matières contenues dans l'intestin pourraient encore circuler, quoique moins librement ; mais, dans ce tube vivant, il se passe des phénomènes vitaux, qui vont devenir à leur tour cause de l'obstruction. La circulation capillaire embarrassée amène l'engorgement des parties, et consécutivement un épaissement des parois de l'intestin, dont le calibre diminue par ce fait, et diminue d'autant plus, que la contractilité musculaire s'exagère à son tour sous l'influence de l'irritation. Les liquides de l'intestin, les gaz, gênés dans leur cours, s'accumulent dans le conduit qui les renferme, celui-ci s'engoue et finit par se fermer complètement.

En d'autres cas, l'étranglement interne est produit par un mécanisme très-singulier. C'est l'appendice iléo-cæcal qui s'enroule autour d'une anse intestinale et la serre dans un nœud quelquefois double.

De même les diverticules de l'intestin peuvent devenir une cause d'étranglement interne, mais pour cela il faut qu'ils aient une longueur de plusieurs

centimètres et que l'inflammation ait déterminé l'adhérence de leur extrémité libre ; on comprend alors, qu'à la façon de l'appendice iléo-cæcal, ces diverticules puissent embrasser et étrangler une anse intestinale.

Enfin, l'étranglement interne peut se produire par une sorte de hernie de l'intestin dans une ouverture naturelle, telle que l'hiatus de Winslow, ou accidentelle, comme une éraillure du diaphragme, une déchirure du mésentère ou de l'épiploon.

Les causes d'occlusion qui ont leur point de départ dans l'intestin lui-même sont également très-variées.

En première ligne, je mentionnerai les lésions organiques, et avant toutes, les affections cancéreuses, principalement celles du gros intestin, qui, à mesure qu'elles font des progrès, amènent des rétrécissements et une oblitération plus ou moins complète du canal. Je citerai les rétrécissements syphilitiques, les rétrécissements produits par l'épaississement des parois intestinales consécutivement à une inflammation chronique ; ceux produits par l'épanchement de sang entre les tuniques de l'intestin, ainsi que Bretonneau dit en avoir observé ; ceux enfin déterminés par des adhérences établies entre des cicatrices d'ulcérations, par des végétations, des polypes, etc.

L'accumulation des matières stercorales suffit, dans quelques circonstances, pour provoquer les accidents les plus graves de l'occlusion intestinale. Vous avez certainement rencontré plus d'une fois, dans les hôpitaux, des individus — ce sont généralement des femmes — qui portent dans la région du côlon descendant et même dans la région du côlon transverse des tumeurs quelquefois énormes. Ces tumeurs, formées par des amas de matières fécales, se déplacent et disparaissent complètement sous l'influence d'un purgatif un peu énergique ; mais, en quelques cas, elles donnent lieu, je le répète, en raison de leur volume, aux accidents caractéristiques de l'occlusion intestinale. Il peut arriver, dans des parties plus élevées du gros intestin, ce que nous observons si fréquemment du côté du rectum, dans les cas de constipation habituelle et invincible. Ce genre d'obstruction, bien que d'ordinaire facile à combattre, résiste quelquefois cependant à nos efforts, et l'on a cité des faits dans lesquels la mort en avait été la conséquence.

Des matières alimentaires non digérées peuvent entraîner les mêmes accidents. Lorsque je commençai mes études médicales, j'eus occasion de voir un soldat qui fut pris de tous les symptômes de l'occlusion intestinale, pour avoir avalé gloutonnement, quinze ou vingt jours auparavant, plusieurs livres de cerises sans se donner la peine d'en cracher les noyaux. Il mourut, et à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes, vers la fin de l'intestin grêle, au niveau de la valvule de Bauhin, une masse de ces noyaux presque aussi volumineuse que la moitié du poing, et qui obstruait complètement l'intestin.

On a vu ces oblitérations produites par des corps étrangers, tels que des boules de verre, d'ivoire, qui avaient été accidentellement avalées. On a cité

BIBLIOTHEQUE

aussi des faits dans lesquels les mêmes effets avaient eu pour cause la présence de calculs biliaires tombés et arrêtés dans le canal digestif.

Mais de toutes ces causes d'obstruction intestinale, la plus curieuse peut-être est due à la présence d'ascarides lombricoïdes. J'ai été témoin d'un fait de ce genre chez une malade qui succomba avec tous les symptômes de l'occlusion, et à l'autopsie de laquelle nous trouvâmes un énorme paquet de ces vers intriqués les uns dans les autres, et obstruant complètement l'intestin.

Messieurs, pour terminer cette énumération des causes et du mécanisme de l'occlusion intestinale, il me reste à vous parler de l'invagination du volvulus, et enfin du renversement de l'intestin, dont notre malade vient de nous montrer un exemple.

Vous savez ce qu'on entend par l'invagination. Une partie de l'intestin s'introduit dans celle qui est au-dessous, de telle sorte que la tunique séreuse et la tunique muqueuse se trouvent adossées l'une et l'autre à elles-mêmes. Il résulte de cette intussusception d'un bout du canal dans l'autre que le calibre de ce canal se trouve nécessairement diminué. On comprend que l'occlusion intestinale puisse être la conséquence de cette invagination; elle n'en est pas cependant la conséquence forcée, et une contraction vigoureuse de l'intestin peut suffire à elle seule pour rétablir les choses dans leur état normal. Malheureusement, il n'en est point toujours ainsi, et l'invagination persistant, l'inflammation arrive et soude entre elles les deux surfaces du péritoine adossées l'une à l'autre. Cette inflammation étant nécessairement précédée et accompagnée de l'engorgement des tissus qu'elle frappe, le canal déjà rétréci s'obstrue davantage, son calibre finit par s'effacer tout à fait, et les accidents de l'occlusion intestinale ne tardent pas à se développer. Cependant, dans ce cas même, les accidents n'ont pas une issue aussi fatalement mortelle que lorsqu'ils dépendent des autres causes dont il a été question tout à l'heure. L'occlusion peut disparaître, et voici comment. Le travail inflammatoire étant poussé jusqu'à la mortification des parties invaginées, celles-ci se détachent des parties vivantes et tombent dans l'intestin, d'où elles sont expulsées par les garderobes. En même temps un travail réparateur organise une soudure entre les deux bouts du canal en contact l'un avec l'autre, et, bien que l'intestin reste en partie rétréci, il ne l'est plus assez pour gêner complètement le cours des matières. Après un temps plus ou moins long, la guérison est complète. J'en ai vu deux exemples.

Le *volvulus* est constitué par l'enroulement et l'entortillement des intestins, et le fait qui a été l'occasion de cette conférence pourrait être rangé dans cette espèce d'affection.

Ici, il y avait renversement de l'intestin sur lui-même. L'S iliaque, retenue par un mésocolon plus lâche qu'il ne l'est d'habitude, par conséquent plus mobile, s'était retournée de telle sorte que, ainsi que vous l'avez vu, la courbure droite était venue se placer à gauche, en faisant faire au canal un pli qui avait oblitéré son calibre.

Quant aux dénominations d'iléus, de miséréré ou de colique de miséréré, elles ont eu leur raison d'être dans la plus grande fréquence du siège de l'occlusion et dans les cruelles douleurs éprouvées quelquefois par les malades.

Quelles que soient les causes de l'occlusion intestinale, ses *symptômes* sont toujours ceux de la hernie étranglée. Depuis quelques jours les malades n'ont plus de garderobes, en même temps qu'ils éprouvent une douleur obtuse dans une partie limitée du ventre. Cette douleur déterminée par la rétention des matières augmente d'intensité et d'étendue, les anses intestinales se distendent par l'accumulation des gaz, puis apparaissent les envies de vomir, les vomissements de nature variable. Il existe alors dans l'intestin une tendance telle aux mouvements antipéristaltiques que l'ingestion des liquides dans l'estomac et la pression sur l'abdomen suffisent pour déterminer les vomissements, d'abord des liquides contenus dans l'estomac, puis des matières bilieuses, chyleuses, renfermées dans les dernières portions de l'intestin grêle. Quant aux matières fécales proprement dites, c'est-à-dire les matières renfermées dans le gros intestin, elles ne peuvent être rejetées par la bouche, lors même que l'obstruction a pour siège le cæcum, le côlon ou l'S iliaque, parce que la valvule de Bauhin, si elle a conservé sa structure et ses rapports normaux, constitue une barrière infranchissable au passage des matières du gros intestin dans l'intestin grêle.

Mais dans les cas où l'S iliaque du côlon est le siège de l'occlusion, on constate dès le début un météorisme considérable dans les régions iliaques, épigastrique et hypochondriques, tandis que si c'est l'intestin grêle, le météorisme reste limité pendant un temps variable à la région ombilicale.

M. Laugier a surtout insisté sur la localisation et le siège du météorisme pour établir ce point du diagnostic de l'étranglement intestinal (1).

S'il est déjà bien difficile de déterminer que l'obstruction occupe le gros ou le petit intestin, nous devons avouer qu'il est presque impossible, par l'étude des symptômes, de savoir si elle siège dans le duodénum, le jéjunum ou l'iléon. Rappelons seulement que l'anatomie pathologique a fait voir que les obstructions intestinales se produisent le plus souvent dans les dernières portions de l'iléon.

Quel que soit le siège de l'étranglement interne, bientôt l'intestin s'enflamme ainsi que le péritoine, et les symptômes du début empruntent à la péritonite une recrudescence quelquefois très-accusée. Les vomissements deviennent alors plus fréquents, la douleur abdominale est plus généralisée, le météorisme s'étend à toute la cavité abdominale. Le pouls prend une grande fréquence

(1) Laugier, *Sur un signe nouveau dans l'histoire des hernies étranglées, à l'aide duquel on peut reconnaître si l'intestin est compris dans le sac herniaire et à quelle portion du canal intestinal appartient l'anse étranglée* (Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, 1840, t. X, p. 370).

en même temps qu'une petitesse extrême, la peau se couvre d'une sueur visqueuse; les traits, profondément altérés, expriment la souffrance, les yeux sont enfoncés, le nez est pincé, les lèvres sont exsangues, la langue est froide. La péritonite a rendu toute intervention chirurgicale inutile. A l'agitation succède une prostration profonde, et la mort arrive sans que les facultés intellectuelles aient rien perdu de leur intégrité. Dans les derniers moments, quelques malades cessent de se plaindre, tant est grande la prostration dans laquelle ils sont tombés.

Lorsque le médecin assiste au début des accidents ou lorsqu'il a été exactement renseigné à ce sujet, il n'y a guère de chance d'erreur; en effet, la suppression absolue des garderobes, la douleur d'abord localisée en un point de l'abdomen, puis la fréquence et la persistance des vomissements sans coloration ictérique de la peau et des conjonctives, ne permettent pas de s'arrêter à l'idée de coliques hépatiques ou d'une simple péritonite; mais si les renseignements sont mal donnés et si le médecin examine le malade pour la première fois au moment où l'obstruction intestinale est compliquée de péritonite, on comprend que le doute soit permis ou qu'une erreur soit possible jusqu'au moment où l'on aura acquis la certitude de l'absence absolue des garderobes. Ainsi, on a vu les symptômes d'une péritonite par perforation simuler ceux de l'occlusion intestinale. Tel était le cas d'un malade observé récemment dans un service de cet hôpital.

Le pronostic est en général de la plus grande gravité.

Si, lorsqu'il s'agit d'obstructions causées par un amas de matières dans l'intestin, nous pouvons espérer la disparition des accidents en sollicitant par des purgatifs énergiques les contractions vigoureuses de l'intestin, quand il s'agit de tumeurs développées dans les parois intestinales elles-mêmes, nous sommes obligés d'avouer notre impuissance, alors que ces tumeurs, comme les tumeurs cancéreuses, sont incurables de leur nature.

Si, dans les cas d'étranglement par des brides accidentelles; si, dans le cas d'invagination, de volvulus, de renversement de l'intestin, notre intervention, quelque énergique qu'elle soit, est encore le plus souvent inutile, il est cependant des cas où nos efforts sont couronnés de succès. Voyons quels sont les moyens de *traitement* que nous avons à notre disposition.

Dans les hernies étranglées, l'indication du taxis est la première qui se présente; mais on conçoit que cette opération ne soit plus applicable dans l'occlusion intestinale interne, puisque, alors même que nous connaîtrions le siège et la cause du mal, il nous serait impossible de l'atteindre directement. Cependant la *malaxation* pourra y suppléer en une certaine mesure; elle aura pour résultat de provoquer des mouvements péristaltiques de l'intestin qui tendront à remettre les parties dans leur situation normale. Il est bien entendu que cette malaxation doit être faite avec une extrême prudence, et d'autant plus modérément que la maladie date depuis plus longtemps.

On a conseillé aussi d'appliquer sur l'abdomen une énorme *ventouse*, ou

bien d'en appliquer plusieurs de moindre dimension. Quand ces ventouses sont fixées aux parois abdominales, on fait exécuter à celles-ci des mouvements de soufflet. Ces tractions, dit-on, finissent par détruire les brides, les invaginations qui peuvent exister, et dégagent l'intestin obstrué.

Leroy (d'Étiolles) avait proposé encore de solliciter les mouvements péristaltiques au moyen de l'*électricité*, en établissant un courant galvanique entre la bouche et l'anus. Pour atteindre le même but, M. Duchenne (de Boulogne) a pratiqué la *faradisation* dans trois occasions; une seule fois il a obtenu la guérison. Mais, en définitive, l'application de l'électricité, quel que soit le procédé mis en usage, ne me paraît pas présenter de réels avantages.

Je vous rappellerai seulement pour mémoire les procédés autrefois vantés et aujourd'hui justement tombés dans l'oubli, qui consistaient à faire avaler aux malades du mercure ou des balles de plomb.

En tête des moyens auxquels nous devons nous adresser dans les cas d'occlusion intestinale, les *purgatifs* jouent le principal rôle: ils agissent dans le sens de la malaxation, c'est-à-dire en provoquant les mouvements péristaltiques, et leur action est de beaucoup plus énergique. A cet effet, il faut choisir de préférence les médicaments qui mettent plus particulièrement en jeu la contractilité musculaire de l'intestin, le séné par exemple. C'est en lavements que ces purgatifs doivent être administrés, et je n'ai pas besoin de vous en donner les raisons.

Dans le travail que je vous ai cité, M. le docteur O. Masson se propose d'appeler l'attention des médecins sur le traitement de l'occlusion intestinale (dans la cavité abdominale) par l'*emploi de la glace* en applications sur le ventre; mais le petit nombre d'observations qu'il rapporte à l'appui de sa thèse ne suffit pas pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions satisfaisantes.

En dépit de ces différents moyens, les accidents que l'on prétendait combattre persistent le plus ordinairement, et il faut recourir à une opération chirurgicale.

La plus simple est la *ponction abdominale*, indiquée dans les cas où il y a tympanite abdominale.

L'accumulation énorme de gaz dans la cavité de l'intestin, en le distendant outre mesure, paralyse la contractilité de sa tunique musculaire; car il arrive ici ce qui arrive pour la vessie et pour tous les organes creux. Cette paralysie est encore augmentée par l'inflammation des parties. Ceux de vous qui ont assisté à l'opération de la hernie étranglée ont pu voir, en effet, que la portion d'intestin comprise dans l'étranglement ne se contractait plus quand la pointe du bistouri venait à la piquer, tandis que dans l'état normal, elle se serait énergiquement contractée.

La ponction abdominale a donc pour résultat de donner issue au gaz emprisonné, et, en faisant cesser, par conséquent, la distension exagérée de l'intestin, de rendre à celui-ci sa contractilité.

Cette ponction se fait au moyen de petits trépan explorateurs que l'on enfonce au niveau des points où le ballonnement semble le plus prononcé. Si une première ouverture n'est pas suffisante, on en fait une seconde, et même trois, quatre, six, huit, dix. Cette petite opération n'est en aucune façon douloureuse et n'entraîne à sa suite aucun danger. A ce sujet, vous pourrez lire la thèse inaugurale de M. le docteur A. Labric, mon collègue dans les hôpitaux (1), et vous serez convaincus de l'innocuité de ces ponctions, des avantages que l'on peut en tirer, et que, je vous l'ai dit en commençant, nous en aurions probablement tirés nous-même chez notre malade de la salle Sainte-Agnès, s'il nous avait été donné d'intervenir plus tôt.

Après que le ballonnement a disparu, les purgatifs viennent à propos pour réveiller la contractilité de l'intestin.

Un point essentiel à signaler, c'est que la ponction doit être pratiquée de bonne heure, et les chances de succès diminuent d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du début des accidents.

Lorsque les diverses médications ont échoué, qu'il en est ainsi des ponctions et que les symptômes de l'occlusion persistent; lorsque la maladie dure depuis huit ou dix jours, que le ballonnement du ventre n'a pas diminué ou s'est vite reproduit, que les vomissements de matières stercorales sont fréquents, abondants, que le pouls s'affaiblit; lorsque, pour tout dire en un mot, le danger est imminent, une seule ressource se présente à l'esprit du médecin, ressource grave, mais extrême: c'est la *gastrotomie*.

Cette opération n'est devenue une opération régulière, pour combattre l'affection qui nous occupe, que depuis quelques années.

Du moment qu'on eut reconnu que dans un grand nombre de circonstances l'occlusion intestinale était occasionnée par des brides, par un renversement d'une partie du tube digestif sur lui-même, par son invagination, on pensa qu'en ouvrant le ventre on pourrait dégager les intestins et faire disparaître l'obstacle qui s'opposerait au libre cours des matières.

Mais sur quelles raisons s'appuierait-on pour instituer une opération aussi périlleuse? Quelles indications allaient diriger la main du chirurgien?

D'assez nombreuses observations d'individus qui avaient été éventrés accidentellement, soit par des blessures faites avec des armes blanches, soit par des cornes de taureau, avaient appris que les plaies pénétrantes de l'abdomen n'étaient pas aussi redoutables qu'on pouvait le croire, puisque, alors même que les intestins étaient sortis de la cavité abdominale, les blessés avaient complètement guéri.

On en concluait donc que la gastrotomie, méthodiquement pratiquée, suivant les procédés rationnels de la chirurgie, ne serait pas nécessairement mortelle, puisque déjà elle ne l'était pas dans les conditions auxquelles je fais allusion.

J'avoue, messieurs, que, lorsqu'on voit les chirurgiens ouvrir largement

(1) Labric, thèses de Paris, 1852.

l'abdomen, aller chercher et détacher un ovaire dont les parois sont épaissies et profondément altérées, sans tenir compte du contact passager de l'air avec le péritoine, des mutilations horribles qui sont nécessaires pour arriver au but qu'ils veulent atteindre, on ne devrait pas s'effrayer d'inciser largement la ligne blanche, et d'introduire la main dans le ventre pour y chercher et y détruire l'obstacle, ou pour amener au dehors précisément l'anse d'intestin sur laquelle il serait opportun d'établir l'anus contre nature. Il me semble donc que les succès incontestables de l'ovariotomie justifieraient pour l'étranglement interne un procédé opératoire plus effrayant peut-être, mais, à coup sûr, plus rationnel et moins périlleux que les autres. C'est pourquoi je dois vous entretenir des procédés de gastrotomie institués comme moyen de traitement de l'occlusion intestinale.

Déjà Paul Barbotte, chirurgien d'Amsterdam, en 1676, donna d'une manière positive le conseil d'ouvrir l'abdomen dans le cas de *volvulus* rebelle ou d'intussusception de l'intestin. « Lorsque les moyens ordinaires, dit-il, ont été inefficaces, ne conviendrait-il pas d'ouvrir les muscles et le péritoine, pour dégager l'intestin, plutôt que de laisser périr le malade? »

Quelques années plus tard, Nuck, l'habile anatomiste, aurait fait pratiquer la gastrotomie avec succès sur une femme affectée de *volvulus* (1).

Pendant de longues années il ne fut plus question de cette opération, et un siècle plus tard, un maître en chirurgie, Renauld, fit en 1772 la double opération de la gastrotomie et de l'entérotomie dans les conditions suivantes. Un homme jeune avait été opéré d'une hernie étranglée, on avait lieu d'espérer le succès, lorsque plusieurs jours après l'opération, sans qu'il y ait eu sortie de la hernie, se manifestèrent les signes d'un étranglement interne. Renauld n'hésita pas à inciser les parois de l'abdomen, et ayant reconnu que l'intestin grêle était étranglé dans une certaine étendue, il créa un anus artificiel. L'opération réussit; le vingt-huitième jour les matières avaient repris leur cours naturel et la plaie était entièrement cicatrisée.

En 1776, Pillore (de Rouen), puis Duret (de Brest), en 1793, pratiquèrent avec succès la gastrotomie dans des cas d'obstruction du gros et du petit intestin.

Dupuytren ne devait point avoir le même bonheur, ce qui n'empêcha point, l'année suivante, en 1819, le docteur Maunoury (2) de proposer, comme ressource extrême, dans l'étranglement interne, d'ouvrir un anus contre nature et de maintenir l'anse intestinale incisée au contact de la plaie abdominale au moyen d'un fil placé dans le mésentère.

En 1838, M. le docteur Monod, en se conformant aux conseils donnés par le docteur Maunoury, pratiqua la gastrotomie pour un cas d'étranglement

(1) Nuck, *Operationes et experimenta chirurgica*. Leyde, 1692.

(2) L. P. Maunoury, *Étranglement interne du canal intestinal*, thèse de doctorat. Paris, 2 février 1819.