

voies inférieures, pendant que les adhérences des parois préviennent les accidents de perforation intestinale et rendent la guérison possible<sup>1</sup>. — c. Autour du segment intestinal, siège de l'invagination, se développe une péritonite partielle et subaiguë, qui n'est pas exempte de dangers, ou bien une perforation intestinale se produit, et une péritonite suraiguë rapidement mortelle en est la conséquence.

Relativement au *siège* de l'invagination, sur un total de 763 cas, on trouve 392 invaginations iléo-cæcales, 220 invaginations de l'intestin grêle, et 151 invaginations du gros intestin<sup>2</sup>. L'invagination constitue chez l'enfant la cause presque unique de l'occlusion intestinale. La longueur du cylindre invaginé est très variable, elle atteint de grandes dimensions dans le gros intestin, et il n'est pas rare qu'un second segment intestinal pénètre dans le cylindre invaginé; on a même vu un troisième segment pénétrer dans les deux autres.

5° *Occlusion par obstruction*. L'accumulation de matières fécales dans le cæcum ou dans le gros intestin, les concrétions intestinales (entérolithes), les gros calculs biliaires, les ascarides lombricoïdes réunis en paquets, les corps étrangers introduits dans le rectum (Verneuil), sont autant de causes qui favorisent l'occlusion intestinale.

6° *Occlusion par pseudo-étranglement*. L'arrêt au cours des matières fécales par paralysie intestinale peut s'observer pendant l'évolution de toutes les *péritonites* et au cours de l'appendicite. Dans quelques cas un malade a tous les symptômes de l'occlusion intestinale; on l'opère, et l'on ne découvre aucune cause d'occlusion. L'occlusion a-t-elle eu son origine dans une paralysie de l'intestin<sup>3</sup>; cet état paralytique est-il accompagné de flexion, de coudure de l'intestin? Ces faits ne sont pas complètement élucidés.

**Symptômes.** — Le *début* de l'occlusion intestinale est des plus variables. Dans certains cas l'occlusion se révèle avec

1. Besnier. *Étrangl. int. de l'intest.* Paris, 1860.

2. M. Bulteau. *Th. de Paris*, 1878.

3. Henrot. *Des pseudo-étranglem.*, etc. *Th. de Paris*, 1865.

une certaine  *Brusquerie*. Assez rapidement, sans cause apparente, un individu est pris d'une douleur vive, en un point de l'abdomen, avec irradiations multiples. Plus tard, surviennent des nausées, du hoquet, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, qui prennent les jours suivants le caractère des vomissements *fécaloïdes*. Le ventre, d'abord rétracté, ne tarde pas à se ballonner, et les anses intestinales se dessinent en relief plus ou moins considérable. Les selles se suppriment, le malade ne rend plus *ni matière ni gaz*. La prostration des forces apparaît rapidement, la température baisse, les symptômes généraux s'aggravent, le pouls devient petit, irrégulier, et la mort peut survenir en trois ou quatre jours. Cette variété, dont les symptômes rappellent un peu ceux de la hernie étranglée ou de la péritonite aiguë, n'est pas la plus fréquente. Nous allons l'étudier plus loin avec les péritonites tuberculeuses; elle est même assez souvent le premier indice d'une péritonite tuberculeuse qui évoluait à l'état latent.

Dans la grande majorité des cas, les symptômes de l'occlusion intestinale se succèdent *plus lentement*. La douleur n'a ni la brusquerie ni la vivacité du cas précédent; tantôt elle est circonscrite à la région malade, tantôt elle irradie en divers sens. La constipation ou, pour mieux dire, la suppression des garde-robes et des gaz, n'est complète que le deuxième ou troisième jour, lorsque le malade a vidé le bout inférieur de l'intestin. A partir de ce moment, si l'occlusion est complète, le malade ne rend plus ni matières ni gaz; à peine a-t-il quelques évacuations séro-muqueuses insignifiantes, résultat de sécrétions intestinales. Le rejet d'un peu de sang ou de quelques lambeaux (détritus de la muqueuse) est l'indice du sphacèle dans le cas d'invagination.

Les *vomissements*, d'abord alimentaires et muco-bilieux, prennent, dès le troisième, quatrième jour, ou plus tard, l'aspect et l'odeur des déjections diarrhéiques; ce sont les vomissements *fécaloïdes*. Ils sont très liquides, parce qu'ils sont mélangés aux boissons avalées par le malade, et ils



sont formés par les matières contenues dans le bout supérieur de l'intestin, refoulées dans l'estomac par des contractions anti-péristaltiques de l'intestin. Dès le début de l'occlusion, le ventre se ballonne, puis le météorisme devient excessif, et parfois, surtout au moment des paroxysmes douloureux, on voit se dessiner en relief les anses intestinales, qui, suivant les cas, font saillie autour de l'ombilic ou dans les flancs. Les urines sont rares, surtout si l'obstacle siège près de l'estomac (Barlow), la soif est vive, et l'ingestion de la moindre quantité de liquide provoque des vomissements.

L'abattement, la prostration, la perte des forces, sont des symptômes précoces. Le pouls est petit, fréquent; la face est pâle, amaigrie, grippée; la peau est froide, ridée; la voix est affaiblie, grêle, cassée.

Plusieurs *terminaisons* sont possibles: dans les cas les plus heureux, mais les plus rares, les vomissements féca-loïdes s'arrêtent, le malade rend par les voies inférieures quelques gaz suivis de quelques déjections; le météorisme diminue, les symptômes généraux s'amendent, le cours des matières se rétablit et, finalement, le malade guérit. Dans d'autres circonstances, les symptômes aigus de l'occlusion disparaissent, mais le malade n'est pas guéri: il conserve des symptômes d'*invagination chronique*<sup>1</sup>, ce qui constitue un danger permanent. La perforation intestinale et la péritonite aiguë survenant dans le cours d'une occlusion intestinale sont des accidents rapidement mortels; mais d'habitude ce n'est pas ainsi que la mort survient: les symptômes aigus du début se sont amendés, la douleur abdominale est moins vive, les vomissements sont moins fréquents; on serait presque tenté de voir dans cet état une amélioration: mais le malade se refroidit, il s'affaiblit, la voix s'éteint, le pouls devient irrégulier, insaisissable; il y a de la dyspnée, du hoquet, des spasmes musculaires, les extrémités se cyanosent, et la mort arrive, après

1. Rafinesque. *Invagin. intestin. chron.* Th. de Paris, 1878.

dix, douze jours, non par le fait d'une péritonite, mais au milieu de phénomènes d'*auto-intoxication*, ou au milieu de symptômes que Gubler a si bien caractérisés du nom de *péritonisme* et dont l'origine est dans le sympathique abdominal.

**Diagnostic. Pronostic.** — Pour ne pas confondre l'occlusion intestinale avec une *hernie étranglée*, il faut explorer minutieusement les régions qui sont le siège habituel ou insolite des hernies. Il ne faut pas confondre l'occlusion intestinale avec la péritonite consécutive aux perforations des ulcères simples de l'estomac et du duodénum. J'ai insisté sur ce diagnostic au chapitre concernant la perforation de ces ulcères; je n'y reviens pas. L'appendicite est parfois accompagnée d'un fort tympanisme avec arrêt des matières et des gaz; je renvoie au chapitre de l'appendicite pour l'étude de ce diagnostic. On ne confondra pas l'occlusion intestinale avec la *colique saturnine* ou avec une intoxication aiguë. Les obstacles siégeant au niveau du *rectum* seront reconnus par le *toucher rectal*.

*Reconnaître la cause* qui a provoqué l'occlusion intestinale est un diagnostic souvent difficile. Le mode de début est un guide insuffisant; on a dit que les accidents brusques appartiennent surtout à l'étranglement, au volvulus, et les accidents lents et progressifs à la compression de l'intestin, au développement d'une tumeur dans ses parois, etc; ces assertions ne sont pas toujours vraies, et il n'est pas rare de voir les accidents apparaître avec toute la brusquerie d'un étranglement, alors qu'il s'agit d'une occlusion consécutive à un cancer de l'intestin<sup>1</sup>; c'est un fait dont j'ai plusieurs fois été témoin.

Néanmoins, il faut dire que le *diagnostic de la cause* est possible dans certains cas. Si l'occlusion survient chez un malade atteint depuis quelque temps d'alternatives de diarrhée et de constipation, de melaena, d'amaigrissement, on pensera à un cancer intestinal, alors même

1. Robert. *Cancer de l'S iliaque.* Th. de Paris, 1880.



que la tumeur ne serait pas appréciable par le toucher rectal ou par le palper abdominal. Si l'occlusion survient brusquement, dans le cours d'une bonne santé, avec douleurs très vives, vomissements rapidement fécaloïdes, constipation absolue, on supposera un étranglement interne de l'intestin ou un volvulus. Si le début est moins brusque, les douleurs moins vives, les vomissements fécaloïdes moins précoces, si la suppression des selles est plus lente à s'établir, si l'on constate un empâtement limité en un point de l'abdomen, il est probable qu'on a affaire à une invagination. Si les symptômes de l'occlusion ont été précédés par une constipation opiniâtre, si la palpation de l'abdomen permet de constater dans les régions du cæcum ou de l'S iliaque une masse molle et pâteuse, non douloureuse, on affirmera la présence de tumeur stercorale.

*Reconnaitre le siège* de la lésion est encore un diagnostic difficile. Il faut toujours pratiquer le *toucher vaginal* et le *toucher rectal*, et remonter aussi haut que possible dans le rectum, ce qui permet souvent de constater un rétrécissement cicatriciel, un cancer, une tumeur stercorale, une invagination de cette région. Le siège initial de la douleur est un signe précieux, mais incertain; l'absence de vomissements fécaloïdes prouverait que l'intestin est oblitéré en un point très élevé, au voisinage du duodénum; le ballonnement du ventre plus accusé au centre de l'abdomen que dans les flancs indiquerait que l'obstacle réside dans l'intestin grêle; le météorisme rapidement généralisé à tout l'abdomen plaide en faveur d'une obstruction du gros intestin, la précocité et l'intensité des symptômes généraux (dépression des forces, péritonisme) s'explique mieux avec une lésion de l'intestin grêle, si riche en plexus nerveux.

Le *pronostic* de l'occlusion intestinale est toujours redoutable, alors même que les symptômes sont peu intenses et l'obstruction incomplète. L'occlusion par matières stercorales est la seule variété dont le pronostic soit bénin, parce que d'habitude elle cède assez facilement aux moyens employés; les autres variétés, l'invagination, le volvulus et surtout

l'étranglement, doivent être considérées comme fort graves.

**Traitement.** — Les moyens en usage pour combattre l'occlusion intestinale sont médicaux ou chirurgicaux. Les *purgatifs* de toute nature, les sels neutres, les purgatifs drastiques (25 grammes d'eau-de-vie allemande), l'huile de croton tiglium (1 à 2 gouttes en pilules), donnent de bons résultats quand l'occlusion est consécutive à un amas de matières fécales, à une parésie intestinale, à un coude de l'intestin, mais, dans d'autres circonstances, ils me paraissent plus nuisibles qu'utiles; il ne faut donc pas les appliquer au hasard à toute occlusion, et surtout il n'en faut pas prolonger trop longtemps l'usage.

Les *lavements* purgatifs avec le sulfate de soude, le sirop de nerprun, l'infusion de séné, les lavements *gazogènes*<sup>1</sup> contenant chacun 20 grammes de bicarbonate de soude et 10 grammes d'acide tartrique, et répétés deux ou trois fois dans la même journée, ont donné quelques bons résultats. J'en dirai autant des *injections forcées* (Cantani), injections que l'on pratique au moyen d'une sonde profondément introduite dans le rectum, et reliée par un tube de caoutchouc à un réservoir d'eau placé plus ou moins haut.

L'*électricité*, et l'on emploie aujourd'hui les courants continus, est un moyen qui a plusieurs fois réussi (Lacaille), à la condition qu'il soit appliqué dès le début, sans perte de temps, et avant toute complication inflammatoire (*lavements électriques*).

Mais trop souvent on perd à ces traitements médicaux un temps précieux; le vrai traitement dans la majorité des cas, c'est l'*intervention chirurgicale*.

#### § 11. CANCER DE L'AMPOULE DE VATER

**Discussion.** — Par sa topographie, par ses symptômes, le cancer de l'ampoule de Vater mérite une mention spé-

<sup>1</sup> *Gas, hebdomad.* 1875, n° 55.