

utérin, soit dans le cul-de-sac utéro-vésical. La postérieure est la plus fréquente, surtout à cause de la disposition plus profonde du cul-de-sac recto-utérin.

Sa production est ordinairement, et dans les deux cas, facilitée par les modifications de structure que subit le vagin à la suite de sa distension répétée dans les accouchements multiples.

La paroi vaginale est refoulée par la tumeur herniaire, qui s'en coiffe. On trouve alors dans le vagin une tumeur molle, élastique, réductible et dont la réduction s'accompagne d'un bruit de gargouillement. Ce dernier signe a une grande importance pour faire le diagnostic de cette hernie avec le prolapsus du vagin, ou bien avec la cystocèle quand elle est antérieure.

Dans certains cas, elle peut donner lieu à des troubles digestifs, et quand elle est dans le cul-de-sac antérieur, à des troubles de la miction.

Elle peut aussi créer un certain obstacle au passage du fœtus dans le travail de l'accouchement. Dans un cas, il a fallu réduire la hernie pour permettre le passage de la tête (Smellie). Enfin, dans les efforts de l'accouchement, l'intestin peut être comprimé et même déchiré.

L'étranglement aurait été observé dans un cas.

La contention en est facile d'ordinaire, à l'aide d'un pessaire approprié.

9° *Hernie vagino-labiale*. — On appelle hernies vagino-labiales celles qui passent entre le ligament large et la vessie, et qui, après avoir traversé les fibres antérieures du releveur de l'anus, viennent apparaître à la partie postéro-inférieure de la grande lèvre.

Elles forment une tumeur oblongue qui remonte le long du vagin et pénètre dans le bassin au niveau du col utérin entre le vagin et l'ischion.

C'est grâce à ce pédicule allongé qu'on les distinguera des hernies inguinales et périnéales.

Dans deux observations, on a constaté des phénomènes d'étranglement qui ont rapidement cédé à des manœuvres de taxis.

ARTICLE VI. — OCCLUSIONS INTESTINALES.

De même qu'une anse intestinale herniée et étranglée ne permet plus le libre cours des matières, de même aussi toute cause qui interrompra la perméabilité du tube digestif empêchera le cours de ces matières et déterminera des accidents d'étranglement analogues à ceux que nous venons de décrire. Les causes qui obstruent ainsi le passage peuvent exister sur toute la longueur de l'intestin; nous ne nous occuperons ici que de celles qui ont leur siège au-dessus du rectum et de l'anus, nous réservant d'étudier ces dernières avec les affections chirurgicales de cette partie terminale du tube digestif.

Les obstructions intestinales peuvent être produites, comme déjà

nous l'avons indiqué, par des corps étrangers venus par la bouche ou introduits par une blessure; d'autres fois ce sont des accumulations de matières fécales qui jouent le même rôle.

D'autres fois encore des tumeurs développées dans les parois intestinales empêchent la continuité du tube digestif; les tumeurs cancéreuses si fréquentes au rectum diminuent par leur développement concentrique la capacité du canal normal et le réduisent à un calibre insuffisant pour l'expulsion des matières qui s'accumulent au-dessus du point rétréci. Nous reviendrons sur cette étude à propos des cancers du rectum.

Les cicatrices des plaies intestinales, qu'elles aient eu pour cause un instrument vulnérant ou qu'elles aient été dues aux ulcérations, typhoïdes des plaques de Peyer ou tuberculeuses du tissu sous-muqueux, peuvent déterminer des rétrécissements qui, en raison de la rétraction du tissu inodulaire, deviennent des causes d'obstruction; on comprend que dans ces cas, il puisse exister des rétrécissements cicatriciels multiples échelonnés les uns au-dessus des autres. Kœberlé en a rencontré quatre sur une longueur de 2 mètres d'intestin grêle. La même cause produit, à la suite de dysenterie, des cicatrices vicieuses dans le rectum et le rétrécissement ou l'obstruction de cette partie de l'intestin.

Les organes voisins hypertrophiés ou flottants, tout comme les tumeurs qui s'y développent, utérus, ovaires surtout, peuvent aussi, bien qu'exceptionnellement, comprimer l'intestin et en effacer le calibre par accolement de ses parois.

De même que les cicatrices des ulcérations de la surface interne de l'intestin peuvent déterminer des brides, des anneaux qui en obstruent la cavité, de même aussi des adhérences péritonéales peuvent créer entre les anses intestinales, entre celles-ci et la paroi abdominale ou encore entre elles et l'épiploon, comme aussi entre ce dernier et le péritoine pariétal de véritables brides, celluleuses d'abord, fibreuses ensuite, autour desquelles ou par-dessus lesquelles une anse intestinale peut se plier, se couder; la continuité de son calibre sera alors interrompue comme elle l'est par un étranglement herniaire. Cette bride peut même être enroulée une ou deux fois autour de l'anse intestinale, qui sera enserrée comme par un lien. Il faut remarquer toutefois que la bride fibreuse ne pourra s'enrouler autour de l'anse intestinale qu'à la condition que ses points d'attache ou l'un d'entre eux soit mobile, ce qui est le cas dans les brides épiploïques; dans les autres cas, c'est l'intestin qui, en raison de ses mouvements péristaltiques et antipéristaltiques excités par les réflexes dus à l'obstruction elle-même, s'enroule de plus en plus autour de la bride fibreuse et complique ainsi l'obstacle.

Le même fait se produit lorsqu'il existe, comme chez certains indi-

vidus, un diverticule intestinal; ce diverticule, qui siège vers l'extrémité inférieure de l'iléon, est flottant ou adhérent aux parois par son extrémité renflée. C'est là le vestige du conduit existant durant la vie embryonnaire entre l'intestin et la vésicule ombilicale. Quand cette ampoule terminale est adhérente aux parois ou à l'épiploon, elle constitue une véritable bride vis-à-vis de laquelle l'intestin se comporte comme nous venons de le dire. Il peut arriver que l'anse intestinale à laquelle est fixé le diverticule exécute un mouvement de rotation qui rapproche sa paroi de la paroi abdominale à laquelle l'extrémité diverticulaire est fixée; cette bride formera ainsi une boucle. Suivant qu'une seule ou deux anses intestinales s'engageront dans cette boucle, la bride formera une anse simple ou une anse double autour de l'intestin. Pour Paris, le renflement terminal du diverticule viendrait renforcer la fermeture de la boucle et empêcherait l'intestin de se dégager.

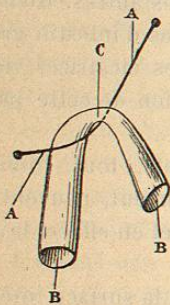


Fig. 78. — BB, anse intestinale pliée en C par dessus la bride AA, déterminée par des adhérences péritonéales.

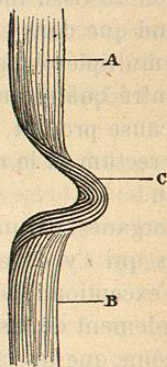


Fig. 79. — A, B, anse intestinale tordue par volvulus au point C.

La torsion d'une anse intestinale autour de son axe, torsion facilitée par la laxité du mésentère, peut amener l'occlusion intestinale. Cette torsion, ce *volvulus*, ne saurait se produire que par une sorte de tétanos irrégulier des fibres musculaires de l'intestin, tétanos dans lequel les fibres longitudinales sont contracturées spasmodiquement sans que les fibres circulaires ne le soient; il en résulte alors une torsion qui oblitère le canal intestinal, comme l'est un tube de caoutchouc tordu sur son axe. Mais la difficulté de l'explication du phénomène réside surtout dans l'impossibilité où nous nous trouvons aujourd'hui de nous rendre un compte exact des modifications et de l'isolation de l'innervation des deux couches de fibres musculaires. Les *volvulus* semblent plus fréquents dans certaines races humaines que dans d'autres: les Slaves y seraient prédisposés, dit-on. On a prétendu que l'alimentation végétale était une cause prédisposante au *volvulus*, on a même cru

pouvoir dire que la longueur du tube digestif étant plus grande chez les herbivores que chez les carnivores, il devait en être de même chez les hommes qui se nourrissent exclusivement ou à peu près exclusivement de végétaux, ce qui d'abord n'est pas, et en second lieu, il aurait fallu démontrer que chez les herbivores, où nécessairement la longueur favorise la laxité du canal, les cas de *volvulus* étaient très fréquents. C'est surtout vers l'S iliaque que siège le *volvulus*, il peut occuper une certaine longueur du tube, et d'autres fois exister sur plusieurs points rapprochés les uns des autres mais séparés par des portions normales.

Il est enfin une autre cause d'obstruction intestinale, c'est l'*invagination*; dans ces cas les fibres circulaires d'un segment du tube digestif contractées spasmodiquement, en rétrécissent le volume et simultanément

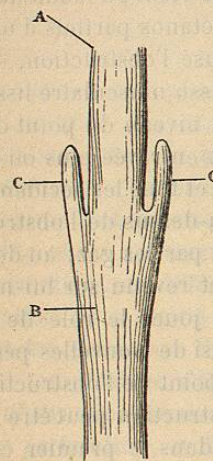


Fig. 80. — A, bout supérieur de l'intestin invaginé dans le bout inférieur B; C, coupe du bourrelet annulaire formé au niveau du point où l'invagination se produit.

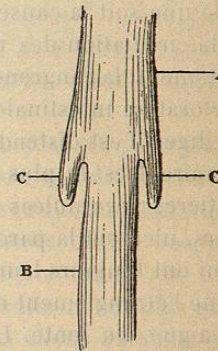


Fig. 81. — A, bout supérieur; B, bout inférieur en intussusception; C, bourrelet annulaire dont les bords sont dirigés en sens opposé du schéma précédent.

les fibres longitudinales du même segment, contracturées elles aussi, attirent en haut ou en bas la portion diminuée de volume et la font pénétrer dans le segment voisin dont les fibres sont au contraire paralysées ou tout au moins à l'état de repos. Un simple coup d'œil jeté sur le schéma expliquera beaucoup mieux que toutes les descriptions ce qui se passe dans l'invagination. On remarquera toutefois que dans l'invagination de bas en haut, plus rare que celle de haut en bas, intussusception, le cul-de-sac latéral formé par la partie non contracturée doublement repliée sur elle-même, est placé dans le sens même du cours des matières fécales, qui peuvent s'accumuler entre ces deux lames de la plicature et augmenter l'obstruction en comprimant ainsi les tubes internes. On a observé deux et même trois portions invaginées sur le

même intestin. On comprend que le cours des matières peut ne pas être totalement interrompu dans l'invagination, mais la gêne circulatoire intervient plus ou moins rapidement dans la portion qui est rebroussée; ses tissus s'œdématisent, se gonflent, et l'obstruction, l'étranglement s'ensuivent.

Nous avons déjà dit à plusieurs reprises que des ouvertures accidentelles, naturelles ou restes du développement embryonnaire, pouvaient laisser passer les anses intestinales, qui sont alors susceptibles de s'étrangler à ce niveau. Signalons quelques cas d'étranglement à travers l'hiatus de Winslow.

Disons enfin, pour être complet, que dans un certain nombre de cas où les symptômes et les accidents démontraient à coup sûr l'existence d'un étranglement interne, les autopsies n'ont rien pu démontrer. Il faut admettre que dans ces cas c'étaient des tétanos partiels d'une ou de plusieurs anses intestinales qui avaient causé l'obstruction, et que ces contractures avaient cessé avec la vie du tissu musculaire lisse.

Quelle que soit la cause de l'obstruction, au niveau du point où elle existe, la circulation des parois intestinales est entravée plus ou moins complètement, la gangrène peut s'y manifester, et tous les accidents dus à la perforation intestinale en sont la suite. Au-dessus de l'obstruction le tube digestif est distendu par les matières et par les gaz; au-dessous au contraire il est le plus ordinairement vide et revenu sur lui-même. Les matières accumulées pouvant à leur tour jouer le rôle de corps étrangers, ulcèrent la paroi et déterminent ainsi de nouvelles perforations qui ont toujours leur siège au-dessus du point de l'obstruction.

Comme l'étranglement dans les hernies, l'obstruction peut être brusque et aiguë, ou lente. Les symptômes sont dans le premier cas les mêmes que ceux que nous avons décrits et étudiés à propos de l'étranglement aigu : douleur vive, atroce en un point fixe de l'abdomen avec irradiation dans toute la cavité ventrale, irradiation partant toujours du même point; nausées, vomissements bilieux, puis fécaloïdes; ballonnement qui gêne les mouvements respiratoires; la portion inférieure de l'intestin se vide, mais bientôt l'occlusion est complète, rien ne passe plus par l'anus, pas même les gaz; la face, le pouls, la calorification ont des caractères identiques à ceux de l'étranglement.

Quand l'obstruction est lente, cas plus fréquent que le précédent, elle se manifeste par des symptômes de constipation auxquels succèdent des débâcles facilitées par les purgatifs, mais souvent après un certain nombre de ces alternatives survient tout à coup une obstruction complète avec les accidents que nous connaissons.

Lorsque l'occlusion est due à une accumulation de matières fécales, à des noyaux de cerises, comme j'en ai vu un cas, à des grains des fruits du figuier de Barbarie, comme j'en ai soigné quelques cas en Algérie, un purgatif violent en vient souvent à bout, mais les obstructions de ce

genre ont surtout leur siège dans le rectum; nous aurons à y revenir. Dans l'immense majorité des cas l'étranglement interne aboutit fatalement à la mort; il peut cependant, quelques rares fois, aboutir par adhérence péritonéale à la formation d'un abcès stercoral et d'un anus contre nature. Quand l'obstruction est due à une invagination, il peut arriver, bien rarement il est vrai, que l'endothélium qui recouvre le péritoine des deux surfaces engainées l'une dans l'autre se détruise et qu'alors elles adhèrent et se soudent entre elles; la portion interne invaginée, étranglée, se détache par gangrène; mais la continuité du tube étant assurée par la soudure extérieure, les fonctions se rétablissent, le cours des matières reprend, entraînant avec elles la portion mortifiée, et cette élimination s'accompagne nécessairement d'un écoulement de sang et de pus, ce qui fait ressembler les selles aux évacuations dysentériques.

On comprend que les symptômes de l'étranglement herniaire étant semblables à ceux de l'obstruction, de l'étranglement interne, il est très important de s'assurer avant toute chose, en présence d'un malade, s'il est ou n'est pas atteint d'une hernie quelconque, et si c'est bien l'étranglement de cette hernie qui détermine les accidents, car rien en effet n'empêche les hernieux d'être atteints d'un volvulus ou de toute autre cause d'obstruction.

Duplay, dans un travail fort intéressant, a cherché les symptômes qui permettent de différencier une obstruction intestinale d'avec une perforation. Il a insisté surtout sur la différence thermique que présentent les deux cas. En effet dans la péritonite due à une perforation, la température s'élève jusqu'à 39 ou 40°, tandis qu'elle s'abaisse dans l'obstruction; mais cette dernière aboutit elle-même plus ou moins tôt à la perforation, et de plus, ainsi que nous allons l'établir, dans les deux cas il faut intervenir activement de la même manière. Je n'attache pas beaucoup plus d'importance au diagnostic que l'on s'efforçait jadis de poser entre les diverses origines de l'obstruction et leur siège sur tel ou tel point du tube intestinal. Les renseignements fournis par le malade permettront de savoir si c'est un ou plusieurs corps étrangers, si ce sont des accumulations de matières fécales, accumulations dues à une constipation chronique, qui sont les causes de l'obstruction.

Traitement. — Quelle que soit la raison qui empêche le cours des matières digestives, il faut le rétablir en levant l'obstacle. Quand les renseignements fournis par le malade permettent de conclure à une accumulation de matières fécales, ou à la présence d'un ou de plusieurs corps étrangers absorbés par la bouche, un purgatif énergique en a souvent raison, les matières qui font barrière sont éliminées et l'obstruction cesse. D'autres fois, alors surtout que c'est dans le gros intestin qu'existe l'obstruction, l'injection de liquides sous forte pression par l'anus rend de bons services (siphons d'eau de Seltz). Enfin l'électrisation (courants galvaniques) a donné des résultats dans les cas où il

existe des points, des segments du tube intestinal qui sont paralysés. L'on peut et l'on doit tenter l'usage des courants électriques en une ou plusieurs séances.

Si, après quelques essais de ces méthodes médicales, les accidents d'étranglement ne s'amendent pas, il ne faut plus hésiter et ne pas perdre de vue que l'intervention chirurgicale est d'autant plus efficace qu'elle est plus prompte. Il y a peu d'années encore l'on n'osait pas ouvrir largement l'abdomen pour aller à la recherche de la cause d'arrêt des matières fécales. Depuis que l'emploi judicieux et régulier de l'antisepsie a démontré combien l'ouverture de l'abdomen était dans ces conditions chose infiniment moins grave qu'on ne le pensait, il n'y a plus lieu d'hésiter. On ouvrira l'abdomen sur la ligne blanche, à moins que la palpation ne fasse constater une tumeur, un empatement manifeste en un point déterminé, point sur lequel on devra en ce cas pratiquer l'incision, puis on ira à la recherche de l'obstacle et on le lèvera, en incisant une bride s'il en existe, en déroulant l'intestin ou en le déplissant, en enlevant la tumeur comprimante, etc. Mais il peut advenir qu'une portion plus ou moins longue de l'intestin soit obstruée, déjà sphacélée, et même perforée. En pareil cas on n'hésitera pas, et on extirpera toute la longueur mortifiée en n'oubliant pas que mon excellent ami Kœberlé a pu extirper plus de 2 mètres d'intestin grêle et guérir son opéré. Une fois la partie malade enlevée (entérectomie) il importe de rétablir le cours des matières; deux manières de procéder se présentent : ou bien réunir par entérorraphie les deux bouts divisés, au moyen de sutures au catgut, ou bien les amener tous les deux à la plaie abdominale pour constituer ainsi un anus contre nature que l'on opérera plus tard comme nous le dirons dans le prochain chapitre. La méthode que l'on choisira dépendra de la hauteur à laquelle siège l'obstacle; s'il existe dans la partie supérieure de l'intestin grêle, l'anus contre nature sera contre-indiqué, car en effet l'absorption des matières nutritives n'aura pas eu le temps de se faire dans le court espace qui sépare le pyllore d'avec l'ouverture du bout supérieur sectionné; dans tous les autres cas je crois que la création d'un anus contre nature par adossement des deux bouts sectionnés et opération ultérieure est le procédé le plus fécond en résultats favorables. Il est presque inutile de rappeler qu'après l'opération quelle qu'elle soit, section d'une bride, déroulement ou déplissement de l'intestin, entérectomie, etc., la toilette péritonéale devra être faite de la manière la plus exacte, et que toujours toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses devront être prises et maintenues jusqu'à guérison complète. On immobilisera l'intestin par l'usage des préparations opiacées.

ARTICLE VII. — ANUS CONTRE NATURE.

Toutes les fois que le tube digestif vient s'ouvrir sur un point quelconque des parois abdominales autre que l'anus normal, il y a *anus contre nature*; lorsque l'ouverture est petite et que la plus grande partie des matières est rejetée au dehors par l'anus normal, l'on dit qu'il existe une *fistule stercorale*.

Pour des raisons embryologiques que nous exposerons en étudiant les vices de conformation de l'anus, l'intestin peut congénitalement s'ouvrir au dehors en un point anormal des téguments ou dans la vessie par conservation du cloaque. Nous ne nous occuperons ici que des anus contre nature dus à des traumatismes accidentels ou chirurgicaux et à des ouvertures consécutives à des mortifications des parois intestinales, déterminant soit directement, soit après un abcès stercoral, l'ulcération des parois abdominales, ulcération qui établit ainsi une ouverture anormale.

Quand un traumatisme ouvre le tube intestinal, les matières digestives tendent à sortir par cette voie anormale. Si la paroi de l'intestin blessé est adossée contre la paroi abdominale, et si pour une cause quelconque les matières ne peuvent pénétrer dans la cavité péritonéale, elles s'écoulent au dehors. Sous l'influence de la pression intra-abdominale la portion blessée tend, comme une hernie, à s'engager entre les bords de la plaie des parois ventrales, en se coudant de telle manière que les deux bouts de l'intestin se retrouvent entre les lèvres de la plaie; mais les matières alvines ne sortent que par le bout supérieur. Le cas que nous supposons ici ne saurait exister à moins que des adhérences péritonéales antérieures n'aient soudé les parois intestinales contre les parois ventrales.

La soudure ne peut être le résultat que d'adhérences péritonéales, de fausses membranes établissant un véritable canal entre la plaie intestinale et la plaie des parois abdominales de telle manière que les matières ne puissent pénétrer dans le péritoine. Déjà à plusieurs reprises nous avons dit comment se font les adhérences; l'endothélium de la séreuse, disparu par cause traumatique ou irritative, met à nu le tissu connectif sous-jacent qui prolifère rapidement par kariokynèse; des trabécules molles, embryonnaires, soudent les deux faces péritonéales et deviennent plus tard fibreuses et solides. On peut donc admettre que l'ouverture de l'intestin peut dans certains cas être directement accolée contre la paroi, mais la pression intra-abdominale tendant à faire engager l'anse vulnérée entre les lèvres de la plaie pariétale, à la faire hernier, l'on trouvera nécessairement, ainsi que nous l'avons dit, au niveau de l'anus contre nature, le bout supérieur qui par sa solution de continuité laisse écouler les liquides digestifs et le