

sont superposés à une certaine distance l'un de l'autre. Cette poche, dilatée au-dessus de la sténose, est remplie de matières fécales et parfois de corps étrangers, os, noyaux de fruits.... Cette rétro-dilatation est parfois si considérable que dans l'opération de l'anus artificiel l'intestin rempli de matières se présente de lui-même à la place des téguments. Au-dessous du rétrécissement, l'intestin est vide et affaissé. Les ganglions lymphatiques de l'abdomen sont presque toujours envahis par le cancer, ainsi que les vaisseaux chylifères, et même le canal thoracique. Enfin, la dissémination du cancer peut se faire au loin dans toute l'économie, et l'on rencontre des lésions dans le péritoine, le foie, l'utérus, les poumons (Damaschino), les os.

Il reste quelques faits intéressants et rares à signaler.

Parfois, la tumeur présente à sa face externe un aspect tel qu'il semble que l'intestin est étranglé à ce niveau par un cordon circulaire plus ou moins serré (Haussmann). Le sillon résultant de cette constriction s'accompagne dans quelques cas d'un plissement de la surface péritonéale que l'on pourrait comparer au froncement que présente une bourse. A la face interne de l'intestin, il existe au niveau du sillon plus ou moins étendue une ulcération annulaire limitée à ses deux extrémités par un bourrelet plus ou moins épais également annulaire et présentant la consistance et l'aspect habituels de l'épithélioma à sa face interne, tandis qu'au niveau de l'ulcération la paroi intestinale est amincie et de consistance friable. Cette constriction de l'intestin au niveau des tumeurs épithéliales peut servir à les différencier des sarcomes, dans lesquels il est de règle au contraire, comme l'a montré Kundrat, de trouver une dilatation due à la destruction de la couche musculaire qui cède à la pression du contenu intestinal. Smoler (1) examinant 15 cas de sarcomes primitifs de l'intestin n'a trouvé que dans 2 cas de la sténose intestinale; souvent au contraire il y avait une dilatation presque anévrismale.

Il est encore un autre fait intéressant à signaler dans l'histoire anatomique du cancer intestinal. C'est la fréquence et l'importance souvent très grande des ulcérations du cæcum dans les cas où le rétrécissement siège en un point situé plus bas sur le gros intestin. Cette prédilection si remarquable de l'ulcération pour le cæcum s'explique parfaitement par l'accumulation des matières qui se produit dans le cul-de-sac à la suite d'une obstruction siégeant plus bas sur l'intestin et par l'irritation de ses parois qui en résulte.

La structure histologique du cancer de l'intestin a de grandes analogies avec celle de l'estomac. Le *squirrhe* et l'*encéphalôïde* se rencontrent au rectum, le premier plus souvent que le second (Cornil et Ranvier); ces tumeurs se développent soit au niveau du sphincter, soit à 8 ou 10 centimètres au-dessus; elles débutent par le tissu conjonctif sous-muqueux. L'apparence bourgeonnante de la muqueuse, son ulcération, l'extension aux couches profondes, l'hypertrophie des couches musculuses du rectum, la propagation aux lymphatiques sont des phénomènes comparables à ceux qui se montrent dans le carcinome stomacal.

Le carcinome se manifeste exceptionnellement à l'intestin sous forme de tumeurs multiples. Cornil et Ranvier ont vu dans un cas un grand nombre de tumeurs colloïdes carcinomateuses sur toute la longueur de l'intestin grêle, tumeurs ovoïdes non ulcérées, saillantes dans l'intestin et développées aux dépens de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux.

(1) *Prager med. Woch.*, 31 mars 1887, avril 1898.

L'*épithélioma* à cellules cylindriques est l'une des tumeurs les plus communes de l'intestin grêle, du gros intestin et du rectum. Il affecte absolument la même forme, le même aspect à l'œil nu et à l'examen microscopique que dans l'estomac. Il débute par une hypertrophie des glandes en tube; à un moment donné, la couche musculuse de la muqueuse est perforée, et les culs-de-sac pénètrent dans le tissu sous-muqueux, où ils forment des cavités tapissées de cellules cylindriques; la surface de ces cavités présente souvent des bourgeons vasculaires également recouverts de cellules identiques. Des cylindres épithéliaux et des expansions des culs-de-sac glandulaires pénètrent ensuite dans les couches musculuses de l'intestin. La masse morbide subit souvent partiellement ou dans la totalité la dégénérescence colloïde.

Le *lymphadénome* (Gilly, *Thèse de Paris*, 1886) se présente sous trois formes :

- 1° Forme folliculaire hypertrophique, sans ulcération.
- 2° Forme hyperplasique, surtout au duodénum ou à l'iléon.
- 3° Forme néoplasique avec tumeur.

Description des symptômes. — Le début du cancer de l'intestin est extrêmement variable, et bien des jours s'écoulent au milieu des symptômes les plus vagues, quelquefois même sans la moindre manifestation morbide, avant que la phénoménalité propre au cancer s'individualise.

Il n'est même pas rare — Grisolles l'a bien indiqué — que pendant toute sa durée le carcinome intestinal soit *latent*. Il y a bien quelques troubles, il n'y en a pas un seul qui permette d'affirmer que c'est devant un cancer de l'intestin que l'on se trouve. Ce ne sont que manifestations vagues, mobiles; c'est une douleur dans le ventre parfois mal limitée; ce sont des irrégularités de selles, de la constipation alternant avec la diarrhée; puis de l'amaigrissement, une cachexie lentement progressive; on peut soupçonner l'existence d'un néoplasme, rien ne peut permettre de le localiser d'une façon certaine.

D'autres fois, les symptômes d'une occlusion intestinale arrivent brusquement, à la suite d'un écart de régime le plus souvent et c'est seulement à l'autopsie que l'on en trouve la cause.

Période d'état. — Les premiers symptômes qui peuvent, d'une façon certaine, mettre l'esprit du clinicien en éveil, sont surtout la douleur et les anomalies dans les évacuations fécales.

La douleur est parfois la première manifestation; elle est souvent intense, lancinante, mobile, erratique ou fixe. Dans le cancer du rectum, la douleur est insupportable dans la région du sacrum: elle irradie vers les parties sexuelles et dans la région ischiatique, et simule parfois une sciatique rebelle.

Les modifications des selles sont très importantes; ce qui domine avant tout, c'est la constipation: elle est habituelle, et il est évident que les selles deviennent de moins en moins fréquentes. Eichhorst rapporte un cas cité par Cooper-Forster, d'une constipation ayant duré 88 jours dans une observation de cancer colloïde du côlon ascendant.

Quelquefois les selles sont dures et modifiées dans leur forme, amincies, comme étirées, passées à la filière. Ceci existe surtout dans le cancer du rectum.

Lorsque le cancer vient à s'ulcérer, et que par suite la sténose disparaît, la constipation cesse et est bientôt suivie d'une débâcle considérable. Le malade

rend tout à coup une énorme quantité de matières dont les dernières sont demi-liquides, ce qui tient à l'existence d'un léger catarrhe intestinal.

Les *hémorragies intestinales* sont communes, elles sont quelquefois très abondantes. Il est rare que le sang évacué soit pur et rouge; presque toujours il a subi des modifications variables. Les selles contiennent souvent des matières sanieuses, purulentes ou mélangées de sang : on peut même y observer des particules cancéreuses.

Outre ces modifications dans les évacuations, il est un autre symptôme extrêmement important, c'est la *tumeur*. En palpant méthodiquement l'abdomen, en s'aidant dans certains cas du toucher rectal ou vaginal, on sent une tumeur généralement située assez bas dans la fosse iliaque, à l'hypogastre, presque toujours bosselée. Sa grosseur varie; mais ce qui la distingue de l'accumulation des matières fécales ou coprostase, c'est qu'elle ne se laisse ni déprimer, ni déformer. Elle est souvent *mobile*, mais à des degrés divers, suivant que les adhérences péritonéales existent ou non.

Ce qu'il y a de remarquable, et Eichhorst insiste beaucoup sur ce point, « c'est que la sensation donnée par le palper peut être très différente, même suivant les instants, lorsqu'on le pratique à des intervalles rapprochés ». Parfois il y a une tumeur que l'on sent si facilement qu'il est possible d'en suivre très exactement tout le contour, et quelques heures après elle a disparu. Il peut même arriver qu'on ne la sente qu'à un moment donné et que l'on reste des semaines entières sans la pouvoir saisir; alors on croit avoir fait une erreur de diagnostic. Dans les examens pratiqués à différents moments, on observe aussi une variation considérable dans la grosseur de la tumeur, ce qui est dû à ce que l'intestin est plus ou moins rempli et est recouvert par d'autres anses intestinales.

Par la percussion on obtient au niveau de cette tumeur un son tympanique à timbre grave, mais il faut percuter en enfonçant la main profondément pour éliminer la sonorité des anses intestinales situées au-dessus de la tuméfaction.

Parfois on constate la présence d'un épanchement *abdominal*; il est très inconstant, et quand il existe, il vient tard, reste libre dans l'abdomen ou se fixe en certaines places dans des loges formées par d'anciennes adhérences.

Puis vient le cortège symptomatique des phénomènes généraux. Ils sont classiques. C'est la décoloration de la peau, la perte progressive de l'appétit, l'apparition des vomissements, la sécheresse de la langue, qui bien souvent se recouvre de muguet dans les dernières périodes de la maladie.

La cachexie cancéreuse progresse tous les jours, l'amaigrissement devient extrême, les hydropisies se développent : œdème malléolaire double, phlegmatia alba dolens.

Enfin, après une période assez longue pendant laquelle l'affection évolue sans rétrocéder, après une année en moyenne, la mort survient presque toujours à la suite de la cachexie progressive, parfois à la suite des phénomènes aigus de l'occlusion intestinale.

D'autres fois la marche de la maladie est abrégée par une entérorragie mortelle, ou bien par une péritonite aiguë généralisée, résultant d'une perforation de la paroi intestinale; le plus souvent la péritonite est localisée, enkystée, retenue par un processus inflammatoire antérieur et des abcès stercoraux s'observent alors.

Lorsque d'autres organes sont envahis par le cancer, consécutivement à la

lésion de l'intestin, la mort peut encore venir par un autre mécanisme, s'il s'agit d'une néoplasie de l'estomac, du foie, des voies biliaires ou du poumon.

Enfin, par le fait d'une communication anormale avec le vagin, la vessie ou l'utérus ou avec l'extérieur à travers la paroi abdominale, la mort peut encore venir rapidement.

Le pronostic est absolument fatal. La terminaison vient à plus ou moins longue échéance, suivant la survenue toujours possible d'une des complications que nous avons signalées.

Le *cancer du duodénum* mérite une mention spéciale, et il faut distinguer celui d'au-dessus de l'ampoule de Vater qui a la symptomatologie du cancer pylorique et le cancer sous-ampullaire qui donne lieu au reflux permanent de bile et de suc pancréatique dans l'estomac⁽¹⁾. Le *cancer sus-vatérien* donne lieu à de la flatulence, de la pesanteur, de l'anorexie, des éructations et vomissements. La douleur siège à l'épigastre; il y a de la dilatation stomacale et dans la moitié des cas on sent une tumeur souvent mobile à droite de la ligne médiane, entre le bord inférieur du thorax, l'ombilic et la vésicule biliaire.

Le *cancer sous-vatérien* se traduit par des vomissements bilieux qui sont rares dans le cancer pylorique et sus-vatérien. Il y a des signes d'obstruction intestinale incomplète.

Le *cancer de l'ampoule de Vater*, bien étudié par Hanot, Bard et Pic, s'accompagne d'ordinaire d'ictère chronique, sans troubles digestifs, ni douleurs. Il ressemble plus au cancer pancréatique qu'au cancer du duodénum.

Diagnostic. — Le diagnostic est difficile ou facile suivant qu'il n'y a pas de tumeur, ou que celle-ci est facilement perceptible.

La tumeur n'existe pas; alors on a pour étayer son jugement les signes généraux vagues, qui peuvent faire craindre un carcinome de l'intestin, mais qui peuvent aussi bien accompagner la tuberculose intestinale, par exemple. Dans ce dernier cas, il faut se souvenir que c'est plutôt chez un sujet jeune que la maladie arrive, chez un sujet en proie à la fièvre hectique et porteur de lésions pulmonaires.

Le diagnostic peut être difficile même sur la table d'autopsie avec *la tuberculose dans ses formes hypertrophiques* (Bezançon et Lapointe, Monnier). Il est des cas où l'examen histologique peut être nécessaire. Cette tuberculose hypertrophique peut frapper le cæcum et simuler un cancer du cæcum. Même le côlon peut, quoique rarement, être le siège d'une tuberculose primitive (Freeman).

Si la tumeur existe, le diagnostic peut hésiter, mais il peut être déduit plus logiquement de l'ensemble des phénomènes.

On pourrait prendre la tumeur pour une tumeur stercorale, celle-ci est irrégulière, variable de consistance, pâteuse et molle.

Les *tumeurs du mésentère*, et surtout le cancer de l'*épiploon* donnent lieu à de grandes difficultés de diagnostic; seulement ces tumeurs sont plutôt en plaques, s'accompagnent souvent d'une ascite assez considérable.

Enfin les tumeurs du foie, du pancréas, des reins, les exsudats enkystés du péritoine peuvent aussi faire commettre une méprise.

L'*actinomyose* intestinale (cæcale, rectale) ressemble plus à un abcès par congestion et fuse vers les lombes ou sous l'arcade de Fallope. Une ponction

(1) Pic. *Rev. méd.* 1894, n° 12, et 1895, n° 1.

exploratrice permettant l'examen microscopique du liquide permettra le diagnostic.

Le diagnostic est encore à faire avec la *polypose intestinale*, fréquente au rectum, plus rare à l'intestin grêle. Ce sera surtout par l'étiologie relevant l'existence d'un catarrhe chronique de l'intestin (tuberculose, dysenterie, fièvre typhoïde) qu'on arrivera au diagnostic. D'ailleurs l'évolution cancéreuse secondaire est possible (Petrow).

Le *traitement* du cancer de l'intestin est peu actif. Il faut éviter l'accumulation des matières intestinales et nourrir le malade le mieux possible. Il convient d'employer le régime le plus nourrissant qui laisse le moins de résidu : lait, œufs, viande, bière, vin. On combat la constipation par les lavements ou les purgatifs légers.

Si les douleurs sont intenses, il ne faut pas hésiter à pratiquer les injections de morphine. Ce n'est pas toujours qu'un traitement palliatif. Souvent par une intervention chirurgicale on peut arriver à un meilleur résultat. S'il s'agit d'un cancer rectal, l'opération est le plus souvent indiquée.

CHAPITRE VII

DE L'OCCLUSION INTESTINALE

Bibliographie : BONNET, De l'étranglement interne, Paris, 1850. — LABRIC, *Thèse de Paris*, 1852. — BESNIER, *Thèse*, 1857; *Mémoire*, 1860. — HENROT, Pseudo-Étranglements, 1865. — DANCE, *Mémoire sur les invaginations*, 1826. — ROKITANSKY, LEBERT, FÖRETER, BAMBERGER, *Études sur les invaginations*. — RILLIET, *Mémoire sur les invaginations chez les enfants*, 1852. — PEYROT, *Thèse et Traité de pathologie ext.* — FOLLIN et DUPLAY, *Traité de pathologie ext.* — RAFINESQUE, *Thèse*. — THIBIERGE, *Thèse*. — LEICHTENSTEIN, *Mémoire et articles du Ziemssen*. — EICHHORST, *Traité de pathologie int.* — JALAGUIER, article occlusion de l'intestin, in *Traité de chirurgie*.

On donne le nom d'*occlusion intestinale* à un ensemble très complexe d'accidents résultant d'un obstacle mécanique quelconque au cours des matières intestinales, sous cette réserve que l'obstacle n'est pas constitué par un orifice normal ou accidentel des parois abdominales; ce qui élimine la hernie étranglée, qui, par ses caractères et son traitement, mérite une classe à part (Peyrot). Telle est la définition la plus généralement adoptée de l'occlusion intestinale.

Nous ferons d'abord une étude d'ensemble des lésions et des symptômes qui caractérisent toute occlusion de l'intestin, sorte de schéma général, sans nous préoccuper de la cause immédiate des accidents; puis, au courant d'une étude étiologique détaillée, nous mentionnerons les particularités cliniques afférentes à chaque variété d'occlusion.

Anatomie pathologique. (Lésions communes à toute occlusion de l'intestin.) — Dès que l'intestin est obstrué en un point quelconque de son trajet, les mêmes lésions se produisent : *au-dessus* du point serré, l'intestin est nécessairement dilaté, sinueux, rempli du contenu intestinal progressivement accumulé (gaz, matières fécales, sérosité, liquide).

En cet endroit la muqueuse présente souvent des ulcérations produites par l'irritation mécanique qu'exercent les matières fécales entassées et solidifiées. Plus près de l'occlusion, on trouve souvent des suffusions sanguines sur la muqueuse et aussi sur la séreuse.

Au-dessous, l'intestin est vide, affaissé. Si l'occlusion est aiguë, les parois sont minces et pâles. Si le rétrécissement est venu peu à peu, il se produit une sorte d'hyperplasie compensatrice de la tunique musculaire.

Le *péritoine* est très souvent altéré; peu ou beaucoup, suivant la marche aiguë ou lente de l'occlusion; tantôt la péritonite est circonscrite, parfois elle est généralisée, et souvent présente dans ce cas tous les caractères des péritonites putrides par perforation. On trouve, au milieu de fausses membranes anciennes ou récentes, du pus souvent, du sang quelquefois. Il est presque toujours alors très difficile de retrouver la perforation primitive au moment de l'autopsie; mais étant données les lésions intestinales que nous avons déjà signalées il est fréquent de rencontrer des perforations artificielles.

Les dangers imminents de la péritonite par perforation sont souvent évités par les adhérences anciennes avec les organes voisins, et une péritonite encapsulée se produit seulement, avec d'ailleurs toutes ses conséquences ultérieures : phlegmon putride, fistule stercorale, anus contre nature. L'intestin peut aussi, toujours en vertu d'adhérences anciennes, s'ouvrir dans un organe creux de l'abdomen (vessie par exemple).

Les autres organes sont diversement altérés; ils sont tous d'une extraordinaire sécheresse, semblables à ceux des cholériques. Le cadavre est d'une maigreur extrême, avec la peau de coloration grisâtre.

Les poumons présentent en arrière des lésions de l'hypostase; on y trouve souvent des phénomènes infectieux : embolies, infarctus, abcès pulmonaire, gangrène.

Eichhorst cite comme fréquente la pneumonie dite de *déglutition*, qui reconnaît pour cause la pénétration d'une partie du contenu stomaco-intestinal dans le larynx, au moment des vomissements. Le diagnostic peut s'établir assez facilement par l'odeur stercorale des parties suspectes, la présence habituelle de parcelles alimentaires, que l'on peut retrouver par l'examen microscopique.

Description des symptômes. — Schéma d'une occlusion *aiguë*. — Les premiers symptômes apparaissent souvent en pleine santé, mais ils peuvent venir après une période plus ou moins longue, marquée par des troubles digestifs variés : diarrhée banale, constipation, coliques peu intenses. Puis, au moindre écart de régime, sous l'influence de la cause la plus futile, le malade est pris d'une douleur extrêmement vive, parfois atroce, siégeant dans un point de l'abdomen, souvent localisée vers l'ombilic; puis des coliques rémittentes, exacerbantes s'installent qui résistent à tous les moyens thérapeutiques courants et s'accompagnent d'une excitation psychique particulière. On prescrit un purgatif qui reste sans effet, on donne un lavement qui n'amène rien ou seulement quelques bols fécaux; alors, nausées et vomissements se succèdent, ceux-ci alimentaires d'abord, puis bilieux, bientôt fécaloïdes. Le ventre se ballonne rapidement, les selles, l'émission des gaz sont supprimées, les extrémités se refroidissent, l'hypothermie gagne partout, le pouls est petit et fréquent. Le visage du malade, péniblement angoissé, marque la douleur. Le collapsus est proche ou le malade meurt, la face livide, le corps couvert de sueurs froides.