

Ces mouvements s'accompagnent de borborygmes. On peut très fréquemment sentir à travers la paroi abdominale les matières fécales accumulées au-dessus d'un rétrécissement.

Le symptôme le plus important de cette variété d'occlusion intestinale est :

L'évacuation irrégulière et anormale des selles. — Souvent, le rétrécissement n'est marqué que par une *constipation excessive*. Sous l'influence d'un écart de régime (légumes indigestes, fruits, noyaux de fruits, etc.), cette constipation, qui ordinairement peut céder à un purgatif, devient absolue et l'occlusion est complète.

Dans d'autres formes, le rétrécissement est accompagné de *diarrhée chronique*. (Rétrécissements syphilitiques ou cancéreux du rectum.) Les matières fécales s'accumulent au-dessus du rétrécissement, peuvent entretenir un catarrhe chronique de la muqueuse intestinale; quelquefois même on trouve du pus dans les selles.

Très fréquemment, dans les rétrécissements du rectum surtout, les fèces ont une forme particulière.

Elle sont aplaties, rubanées, ovillées. On peut observer, à leur surface, un sillon manifeste surtout dans les polypes de l'intestin, parce que la saillie de la tumeur s'imprime sur les matières.

Il n'est pas rare de rencontrer du sang dans les évacuations, ce phénomène se rencontre surtout dans certains rétrécissements : intussusceptions, néoplasmes malins, polypes, tumeurs vilieuses de l'intestin.

Les renseignements que peuvent donner le toucher vaginal ou rectal seront souvent importants pour le diagnostic. Nous y reviendrons à ce moment.

Terminaison. — **Durée.** — **Pronostic.** — Les phénomènes généraux peuvent manquer ou n'apparaître qu'à la fin.

Tout rétrécissement peut tôt ou tard, progressivement ou tout à coup, aboutir à l'occlusion définitive, souvent même après une longue période de latence.

L'occlusion progressive se produit presque toujours par la stase des matières.

Leur accumulation arrive à être telle que les mouvements de l'intestin sont impuissants à les faire passer.

Quelquefois, après des symptômes alarmants, une débâcle se produit, après laquelle s'installe presque toujours une diarrhée fétide qui dure pendant plusieurs jours : puis la diarrhée alterne avec la constipation.

La mort peut survenir, comme dans l'occlusion aiguë, par un mécanisme identique (perforation, fistule stercorale, thrombose veineuse, anus contre nature, etc.).

On a décrit des perforations spontanées diastatiques du côlon (Gandy et Bufnoir, Luys, Letulle) dues à la distention excessive de l'intestin.

La guérison peut arriver par élimination d'un calcul biliaire, stercoral, d'un corps étranger, d'un polype, ulcération d'un néoplasme rétrécissant, etc.

La durée et le pronostic d'un rétrécissement de l'intestin sont donc très variables.

Beaucoup de formes de sténose peuvent persister pendant des années.

La forme chronique répond aux causes suivantes : *coprostase, obstructions de l'intestin par corps étrangers, compressions larges par organes abdominaux hypertrophiés, par tumeurs, rétrécissements cancéreux, brides résultant de péritonites antérieures.*

Pronostic. — Le pronostic de la forme chronique est infiniment moins grave que celui de la forme aiguë.

L'obstruction, lorsqu'elle est due à l'accumulation des matières fécales, à la coprostase, peut guérir. Les autres formes entraînent la mort, mais souvent après un long temps, et le traitement est susceptible d'enrayer les phénomènes.

Étiologie. — **Formes cliniques.** — Les occlusions de l'intestin sont *congénitales* ou *acquises*.

Des premières, nous ne dirons presque rien. La plupart du temps, il s'agit d'une oblitération congénitale du rectum, d'une agénésie ou d'une atrésie de l'anus.

Dans ces deux cas, 40 fois sur 100, on trouve l'abouchement de l'intestin dans la vessie, ou le vagin.

Il est plus rare de rencontrer l'atrésie congénitale du *côlon* ou de *l'intestin grêle*.

L'atrésie congénitale du côlon siège surtout au niveau de l'S iliaque, elle est due alors à une péritonite fœtale.

Les atrésies de l'intestin grêle s'observent plus souvent sur le duodénum, au niveau de l'abouchement du canal cholédoque, à l'union du duodénum et au jéjunum.

Lorsque l'atrésie siège sur l'intestin grêle lui-même, c'est presque toujours au niveau de la valvule iléo-cæcale, là où part le conduit omphalo-mésentérique.

Les *occlusions intestinales acquises* sont sous la dépendance de causes extrêmement multipliées, qu'il faut classer par catégories, si l'on veut mettre quelque ordre dans la description.

A. — CAUSES AGISSANT EN DEHORS DE L'INTESTIN

A. Étranglements par pseudo-ligaments (suite de péritonite).

Dans la grande majorité des cas, les pseudo-ligaments résultent de péritonites antérieures; ils réunissent à la paroi les différents organes contenus dans l'abdomen, en des points très divers.

Ces ligaments anormaux peuvent être ténus, cartilagineux, rubanés, cordiformes, membraniformes, etc. Très souvent ils forment des *ponts*, des *arcades* sous lesquels l'intestin s'engage et s'étrangle. D'autres fois, ils enlacent l'intestin comme le ferait un simple lien, ou bien, ils forment des *nœuds*, dont le mécanisme est parfois difficile à comprendre.

Le nœud peut être simple, ou représenter ce que l'on nomme le nœud coulant.

Il peut aussi se faire qu'un pseudo-ligament se divise en deux ou plusieurs cordons, laissant entre eux une fente, une sorte de boutonnière dans laquelle l'intestin s'étrangle en passant. Cet accident se produit surtout lorsque le ligament est large, rubané, ce qui se rencontre de préférence au niveau du ligament large, le long des ligaments vésico-rectaux.

A ces incarceration de l'intestin par pseudo-ligament se rattache naturellement l'étranglement de l'intestin dans des fentes ou anneaux produits par l'adhérence immédiate des organes abdominaux ou du petit bassin entre eux, ou par leurs adhérences aux parois.

Cette variété d'étranglement (dite par pseudo-ligament) est beaucoup plus fréquente chez la femme, et siège de préférence dans le petit bassin (*péritonites génitales*), on la rencontre surtout de 20 à 50 ans; mais elle peut se rencontrer dans l'enfance. *Leichtenstern* a cité trois cas de pseudo-ligaments congénitaux dus à une péritonite fœtale.

L'*iléon* est la portion d'intestin qui s'étrangle presque toujours dans ces cas : quelquefois, une anse simple est prise, parfois on en trouve deux, et plus; il n'est pas rare de voir toute la masse de l'intestin grêle comprise dans l'anneau constricteur. Cette striction amène presque toujours des ulcérations des parois intestinales, parfois même des gangrènes, souvent aussi des perforations avec péritonite.

Cette variété est précédée seulement de poussées de péritonite et ne présente pas de prodromes véritables : presque toujours, le début en est brusque et survient après des efforts, une indigestion : la période d'état est caractérisée par des douleurs très vives, une constipation absolue, des nausées, des vomissements, etc.

La durée est courte, la marche aiguë; la mort vient souvent au bout de 10 à 24 heures.

Les étranglements par l'*épiploon*, par le *mésentère*, ceux de l'intestin dans des *fentes ou des trous* des différents viscères reconnaissent la même pathogénie, rentrent dans le même groupe étiologique, ressortissent à la même symptomatologie.

B. *Étranglements par les diverticules*. — Les étranglements produits par les diverticules adhérents sont analogues aux étranglements par brides. Mais ils méritent une description isolée. C'est le diverticule de Meckel⁽¹⁾ qui est la cause ordinaire de cette variété. Il existe environ 1 fois sur 50 (*Augier*)⁽²⁾. Le plus souvent, c'est sur le bord de l'intestin qu'il s'implante, plus rarement sur une des faces latérales, presque jamais au niveau de l'insertion du mésentère. Sa structure est celle de l'intestin grêle. Sa longueur varie de 2 à 16 centimètres; il se termine par une extrémité arrondie ou conique, libre et flottante, ou adhérente plus ou moins à l'ombilic ou à un autre point de la paroi abdominale, mésentère, cæcum et même à l'iléon.

L'étranglement peut être causé par un diverticule non adhérent qui s'enroule autour d'une anse de l'intestin. Le diverticule fait des nœuds autour de cette anse (nœuds diverticulaires de *Parise*, 1851). Il existerait deux variétés de ces nœuds : nœud à anse simple, ou à anse double. Il est possible même que deux anses intestinales soient prises par le même nœud.

L'*appendice vermiciforme*, adhérent par son extrémité libre, soit au mésentère, soit au cæcum, soit à l'ovaire, peut agir comme une bride. Dans quelques cas rares, il se comporte comme un diverticule libre, formant des spirales ou des nœuds.

Sacquée (Soc. Anat. février 1899) rapportait récemment un cas de volvulus de la terminaison de l'intestin grêle par péritonite chronique d'origine appendiculaire.

⁽¹⁾ Le diverticule de Meckel est un vestige du canal vitellin, qui normalement disparaît chez l'embryon humain, vers la 8^e semaine de la vie intra-utérine. Le pédicule de ce canal vitellin persiste quelquefois sous forme d'un diverticule qui s'insère constamment sur la dernière portion de l'iléon, à une distance variable de la valvule iléo-cæcale; *Traité de chirurgie*, t. II, p. 445.

⁽²⁾ *Thèse de Paris*, 1888.

C. *Étranglement par hernies internes*. — Les hernies intra-abdominales, déjà étudiées par A. Cooper, Parise, Gosselin, ont fait l'objet d'un mémoire très important de Faucon en 1875.

Leur pathogénie a été très discutée, et, pour quelques-unes d'entre elles, on peut se demander si le diverticule du péritoine dans lequel s'engage l'intestin résulte d'une disposition congénitale, d'une sorte d'anomalie, ou s'il n'est autre chose qu'un sac primitivement extérieur refoulé dans la cavité abdominale (*Duplay*).

Il est au moins certain que ce mécanisme doit être en partie applicable aux *hernies propéritonéales* en raison de l'existence primitive bien avérée d'une tumeur herniaire extérieure ou même de la présence de cette tumeur au moment où se montrent les phénomènes de l'étranglement.

A côté de ces hernies propéritonéales, on peut observer d'autres hernies intra-abdominales qui se produisent dans un diverticule du péritoine, résultant probablement d'une anomalie congénitale, et constituant une sorte de sac disposé d'avance pour recevoir une portion plus ou moins considérable de l'intestin.

Telles sont : les hernies mésocoliques, la hernie de Rieux (dont le sac est formé par un diverticule péritonéal, situé au-dessous et en arrière du cæcum), la hernie rétro-péritonéale de Treitz (1857) (l'intestin pénétrant par l'hiatus de Winslow); les hernies du duodénum, de la tunique vaginale interne du testicule, la hernie intersigmoïde..., la hernie du diaphragme, congénitale ou acquise.

Cette hernie diaphragmatique présente souvent de grandes difficultés de diagnostic, la perforation du diaphragme siège par ordre de fréquence dans les points suivants :

Au foramen œsophagien ou dans son voisinage. En arrière du sternum, entre le faisceau lombaire et la partie costale. Au niveau du trou des lymphatiques, près de la colonne vertébrale.

Dans ce cas de hernies d'organes contenant des gaz, on peut trouver dans la poitrine tous les signes du pneumothorax, avec lequel il faut éviter de les confondre.

D. *Compression de l'intestin*. — Les tumeurs de l'abdomen capables de comprimer l'intestin et de mettre obstacle au cours des matières sont extrêmement nombreuses.

Nous citons seulement les principales :

Tumeurs de l'utérus et de l'ovaire. Grossesses extra-utérines. Rétroflexion, rétroversion de l'utérus. Absès et tumeurs dépendant de la paroi abdominale. Compression par pessaire. Tumeurs de la prostate. Calcul considérable de la vessie. Salpingite. Absès sous-péritonéaux. Absès par congestion. Absès du psoas. Typhlite. Pérityphlite. Tumeur du mésentère, de l'épiploon. Kystes du mésentère, de la fosse iliaque. Kystes hydatiques. Rein mobile. Tumeurs du foie, de la rate. Tumeurs du rein. Hydronéphrose. Hypertrophie des ganglions du hile du foie. Absès et tumeurs du pancréas. Anévrysme de l'aorte abdominale; tuberculose des ganglions mésentériques....

Ces tumeurs, qui en définitive amènent le même résultat, progressent différemment.

La compression peut être *aiguë*, s'il s'agit du déplacement subit d'une tumeur mobile; elle peut être chronique, et c'est presque toujours la règle.

Alors, les troubles fonctionnels résultant de ces compressions sont toujours lents à s'établir. Pendant longtemps l'occlusion reste incomplète, interrompue par des périodes de perméabilité. Tandis que le bout inférieur se vide, le bout de l'intestin placé au-dessus de la portion comprimée se trouve distendu par les matières accumulées, et peut à la longue s'altérer, se perforer, d'où une péritonite terminale.

B. — ÉTRANGLEMENTS PAR L'INTESTIN

A. Torsions. — Formation de nœuds par les anses intestinales. — La torsion de l'intestin autour de son axe mésentérique s'observe surtout au niveau de l'S iliaque.

Une raison anatomique, souvent congénitale, quelquefois acquise pendant la première enfance, y prédispose singulièrement.

Elle consiste dans l'étroitesse de l'attache mésentérique, de sorte que les extrémités de l'S sont rapprochées et forment ainsi une sorte de pédicule.

La torsion devient alors facile, et plus ce pédicule sera allongé, plus la torsion sera complète.

Cette dislocation de l'S iliaque peut ne s'accompagner d'aucun trouble de la défécation, si cette portion d'intestin peut tourner en s'emplissant et en se vidant. Chez le vieillard, la stase résulte de la paresse intestinale et rapproche encore les deux pieds de l'S; d'où le ralentissement des matières et tendance à la torsion.

Ce n'est pas la torsion en elle-même qui amène l'occlusion; deux causes surtout empêchent l'intestin de se détordre, à savoir : l'accumulation de gaz et de matières dans l'anse tordue agissant par son poids et son volume; et l'augmentation des intestins au-dessus de l'obstacle, empêchant ainsi leur détorsion.

Les torsions de ce genre s'observent plus souvent après une longue coprostase.

Cette variété d'occlusion donne lieu presque toujours aux phénomènes prémonitoires suivants :

Coliques de longue durée, météorisme surtout du côlon, coprostase. L'accès d'occlusion suit alors et se déclare d'une façon aiguë.

Il est rare de voir se tordre d'autres parties du côlon : côlon ascendant et cæcum; puis, rarement aussi, les torsions de l'intestin grêle autour du mésentère.

B. Formation de nœuds par les anses intestinales. — La formation de nœuds par deux anses intestinales s'observe souvent entre l'S iliaque et les anses de l'intestin grêle.

Le plus souvent l'S iliaque s'enroule autour de l'intestin grêle qui sert d'axe; mais le contraire peut se produire : l'S iliaque servant d'axe d'enroulement à l'intestin grêle.

On peut aussi observer : la torsion entre elles de deux anses de l'intestin grêle; l'une servant d'axe d'enroulement à l'autre.

Dans ces conditions l'étranglement vient vite avec tout son cortège de symptômes suraigus. La mort est presque fatale à brève échéance.

C. Coudures. — L'occlusion est produite par la flexion permanente de l'intestin sur son bord mésentérique; il se forme au niveau du coude une sorte d'éperon qui fait saillie dans la cavité intestinale et qui est perpendiculaire à son axe.

C. — OBSTRUCTION DE LA LUMIÈRE DE L'INTESTIN

A. Calculs biliaires. — Il n'est pas rare de voir des calculs biliaires rendus spontanément par l'anus sans provoquer de troubles. Mais, s'ils s'arrêtent dans une partie quelconque de l'intestin, ils peuvent provoquer l'occlusion permanente et la mort. Ce n'est pas toujours la grosseur du calcul qui détermine l'occlusion, c'est surtout sa forme. Tandis qu'un calcul cylindrique même très long peut passer, un autre moins volumineux, mais sphérique ou irrégulier, s'arrête et bouche l'intestin.

Le plus souvent, on les rencontre dans le duodénum et le jéjunum, et aussi dans la partie inférieure de l'iléon à un ou deux centimètres de la valvule, au point où le canal diminue de volume. Ils pénètrent généralement dans l'intestin, par une fistule cystico-duodénale.

Cet accident est surtout fréquent chez la femme, ce qui est en rapport avec la plus grande fréquence de la lithiase biliaire; l'occlusion peut succéder directement à une colique hépatique, ou survenir avec des séries de crises.

Le calcul biliaire, en quelque point que ce soit, peut déterminer une irritation de la paroi, l'ulcération consécutive de la muqueuse, et la péritonite.

Ils donnent lieu par leur présence à quelques symptômes caractéristiques.

Lorsqu'ils siègent dans le duodénum, le malade est pris de vomissements continuels avec rejet abondant de bile jusqu'à la mort. Les vomissements féca-loïdes seraient tardifs d'après Dagrón. Le collapsus est rapide, l'abdomen est rétracté, l'urine est rare ou supprimée. C'est la marche suraiguë de l'occlusion, la mort arrivant en six heures ou en deux jours.

B. Obstruction par un calcul intestinal. — On observe souvent chez l'homme des calculs intestinaux de formes différentes.

Presque toujours, ils siègent dans le gros intestin, dans le cæcum (typholithiase), dans le côlon.

On peut les rencontrer aussi dans l'intestin grêle, non loin de la valvule cæcale, ou dans un diverticule. Presque toujours ce sont des concrétions lourdes, pétreuses, stratifiées concentriquement à la coupe. Elles sont formées par du phosphate ammoniaco-magnésien, du phosphate de chaux, une certaine quantité de substance organique et d'eau.

Ces calculs s'accroissent lentement, et arrivent rarement au delà de la grosseur d'une châtaigne.

On observe encore des entérolithes de poids spécifique faible, de forme irrégulière, de la consistance de l'amadou. Ils sont finement poreux et à la loupe ils paraissent constitués de fibres végétales incrustées de matières fécales ou minérales. Ils sont formés de fibres végétales provenant de substances non digérées. Leur siège est presque toujours le cæcum ou les divers points du côlon. Ils ont souvent été décrits sous le nom d'*avénolithes*. On les observe surtout en Suède où les pauvres gens se nourrissent de pain d'avoine grossièrement moulu.