

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 (typholitiase), 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.

Enfin, des calculs intestinaux peuvent résulter de l'usage prolongé de substances médicamenteuses : Herbes, magnésie, magnésie et fer, benzoate. Ils siègent dans le cæcum.

Les entérolithes passent rarement sans provoquer des symptômes avant l'occlusion constituée. L'occlusion ne se produit brusquement que lorsqu'un calcul arrêté dans un diverticule se dégage subitement et vient obstruer la lumière du canal. Presque toujours, pendant longtemps, il existe de l'amaigrissement, de l'hypocondrie... ou bien les signes qui résultent d'une gêne de perméabilité intestinale : accès répétés de typhlite ou de pérityphlite jusqu'au moment où la mort arrive par péritonite, par perforation ou occlusion complète.

C. Obstruction par corps étranger. — Ces corps peuvent être déglutis par peur, distraction, folie, vantardise... ; souvent, il s'agit d'enfants, de cérébraux, d'hystériques, de charlatans.

Leur forme, leur nature sont extraordinairement variées. On a rencontré : des pierres, des épingles, des pièces de monnaie, des morceaux de bois, de fer, des couteaux, des clefs, des fourchettes, des pelotons de cheveux (hystériques), des noyaux de fruits, des pépins de raisin, de melon (l'obstruction avec le raisin est très fréquente chez les vendangeurs, elle s'observe souvent en Champagne).

Les corps étrangers sont souvent introduits par le rectum. La littérature est remplie d'exemples de ce fait : on a trouvé, ayant causé l'obstruction, des bouteilles, des verres à bière, des pots de pommade, bougies, voire même *une queue de cochon!*...

D. Obstruction par les matières fécales. — L'affaiblissement et la contractilité de l'intestin, la paralysie, empêchent la progression des matières et amènent par ce fait l'obstruction.

Dans beaucoup de cas, il s'agit d'affections chroniques, qui, sans qu'il existe de rétrécissement, présentent au milieu de leurs symptômes, de la *constipation habituelle*; puis par moments de l'occlusion transitoire qui finit par devenir permanente. Les cas d'iléus guéris spontanément relatés dans la littérature sont presque toujours des faits de ce genre.

Lorsqu'une portion un peu considérable de l'intestin est privée de ses mouvements péristaltiques, les matières s'y accumulent, et déterminent une résistance qui s'oppose au péristaltisme de la portion d'intestin située plus haut, résistance d'autant plus grande que la partie intestinale inerte sera plus grande.

De plus, l'intestin au-dessous de l'obstacle se rétracte par non-fonctionnement, d'où une résistance considérable au cours des matières accumulées.

Enfin, la péritonite s'ajoute aux troubles précédents, la paroi intestinale s'infiltré, d'où une accentuation plus grande de la paralysie.

Ce sont très souvent des coprostases accentuées, qui, par le processus que nous avons indiqué, provoquent la paralysie de l'intestin et, par suite, l'occlusion.

Cette paralysie intestinale joue encore un rôle dans d'autres circonstances.

Dans les cas de stricture, de coudure, de compression, l'hypertrophie de la tunique musculieuse compense pendant un certain temps; mais l'hyperextension survient à un moment, elle amène la paralysie, et par suite l'obstruction.

Le cancer agit de même en amenant une paralysie d'une portion plus ou moins grande d'intestin.

Dans les hernies externes, après la réduction, il peut y avoir une paralysie

consécutives, soit par péritonite, soit à cause du traumatisme, soit à la suite de manœuvres de taxis, il peut en résulter une occlusion intestinale.

La paralysie intestinale, l'obstruction consécutive, la mort, surviennent (rarement il est vrai) de ce fait dans la tuberculose intestinale, le typhus, le catarrhe chronique.

La péritonite aiguë diffuse peut s'accompagner des mêmes phénomènes, et il est difficile parfois d'en déterminer le mécanisme.

Les traumatismes de l'abdomen peuvent provoquer les mêmes accidents.

D. — OBSTRUCTION PAR L'INTESTIN LUI-MÊME — INVAGINATION INTESTINALE INTUSSUSCEPTION

On comprend sous le nom d'intussusception, ou d'invagination intestinale, l'enfoncement d'une partie de l'intestin dans la partie immédiatement suivante :

Dans l'invagination classique, l'intestin représente trois cylindres superposés, le premier extérieur, appartenant à la portion inférieure de l'intestin. C'est la *gaine*. Il se continue, au niveau d'un pli circulaire, *collier*, avec le cylindre moyen. Celui-ci, logé sous le précédent, se replie lui-même après un trajet plus ou moins long, formant ainsi un nouveau pli circulaire et un nouvel orifice, libre, arrondi et muqueux (Peyrot).

Partant de ce point, le troisième cylindre remonte vers la partie supérieure de l'intestin et se continue avec elle.

On a observé des exemples d'invagination double, triple.

L'intestin ne s'invagine pas seul; il est accompagné du mésentère. Celui-ci est comprimé par le fourreau, sortant au niveau du col et il exerce une certaine traction sur la partie intestinale invaginée de sorte que l'intestin à l'intérieur du fourreau subit une incurvation à concavité tournée vers le mésentère. Par suite, l'orifice inférieur de la portion invaginée est tiré en dehors de l'axe central de l'intestin, il n'a pas la forme d'une ouverture ronde, mais celle d'une fente longitudinale.

Suivant le siège qu'elle occupe (Eichhorst), on reconnaît une invagination duodénale, duodéno-jéjunale, jéjuno-iliaque, iléo-cæcale, iléo-colique, colique, colico-rectale et rectale. On comprend sous le nom d'invagination iléo-cæcale une affection dans laquelle l'iléon et le cæcum ont pénétré dans le colon de sorte que le cylindre interne est fermé par l'iléon et que la valvule iléo-cæcale se trouve à l'extrémité de l'invagination.

L'intestin invaginé est rapidement altéré. Ce sont des troubles circulatoires aboutissant d'abord à l'injection et à l'œdème de ses parois, bientôt à l'adhérence des gaines péritonéales emboîtées les unes dans les autres, enfin à la gangrène de l'anse engagée. On peut observer l'élimination en une fois d'une portion de l'intestin.

L'adhérence intime qui s'est d'abord établie entre les divers feuilletts péritonéaux emboîtés permet à cette élimination de se faire sans que la cavité péritonéale soit pénétrée par les matières intestinales. Il y a une sorte de résection spontanée qui amène la guérison. Mais, à côté de ce fait, il résulte souvent de l'expulsion de la partie gangrenée, des hémorragies dangereuses, ou bien une perforation de l'intestin.

On a observé une invagination intestinale incomplète dans laquelle l'invagi-