

## E. — OCCLUSION DE L'INTESTIN PAR DES LÉSIONS DES PAROIS

## A. Rétrécissement cicatriciel.

Les rétrécissements cicatriciels succèdent soit aux lésions traumatiques, soit aux diverses formes d'ulcérations consécutives à la fièvre typhoïde, à l'entérite tuberculeuse<sup>(1)</sup>, à la dysenterie, ... à la syphilis, aux ulcères inflammatoires simples. Il est rare qu'ils amènent un degré suffisant d'étroitesse pour provoquer l'occlusion complète et définitive; lorsque celle-ci se produit, c'est presque toujours parce qu'à l'élément cicatriciel s'est joint un élément spasmodique qui, venant augmenter le rétrécissement, met un obstacle complet au cours des matières.

Ces entérites scléreuses sont intéressantes et ont été surtout étudiées dans ces derniers temps. Elles relèvent de diverses origines.

La limite plastique de Brinton peut s'accompagner de lésions analogues du duodénum et même du côlon (Hanot et Gombault). La sclérose diffuse peut se voir dans la cirrhose du foie (Bright, Gratia). La tuberculose est une cause importante de sclérose; on connaît bien aujourd'hui les rétrécissements fibreux tuberculeux du rectum; enfin, récemment Bezançon et Lapointe attireraient l'attention sur une tuberculose intestinale hypertrophique, dont nous avons déjà parlé à propos de l'entérite tuberculeuse.

La pyléphlébite est une cause d'obstruction qui rentre dans ce groupe<sup>(2)</sup>. Chuquet, Dreyfous, Pilliet, Péron et Beaussenat, Letulle et Maygrier, Barth, en ont publié des cas qu'on trouvera dans la thèse de Magnan. L'obstruction peut être brusque et constituer le premier symptôme. Le pronostic est fatal. Il y a de l'ascite; les veines mésentériques sont thrombosées sur une plus ou moins grande étendue. La thrombose a envahi la veine porte, voire même la veine splénique. Il y a de la nécrose de l'intestin en certains points, et il se fait certainement de la paralysie, de sorte qu'il serait peut-être plus exact de décrire au chapitre suivant (iléus paralytique) l'obstruction par pyléphlébite.

## B. Rétrécissements produits par des néoplasmes des parois.

1° Dans ce groupe viennent se ranger les rétrécissements cancéreux de l'intestin, polypes fibreux, myomes, lipomes.

Ces rétrécissements néoplasiques se rencontrent 96 fois sur 100 au niveau du gros intestin, et 80 fois au niveau du rectum.

2° Rétrécissements dus à l'hypertrophie des tuniques intestinales.

a. Hypertrophie musculaire. — La tunique musculaire en s'hypertrophiant forme une tumeur qui se développe dans la cavité de l'intestin, ou bien l'occlusion se produit par suite d'une invagination intestinale, la tumeur hypertrophique entraînant par son poids la portion de l'intestin où elle s'insère dans le segment inférieur.

b. L'hypertrophie celluleuse peut amener un rétrécissement circulaire de l'intestin au point de réduire sa lumière à des dimensions tellement exigües que la cause la plus futile détermine une occlusion complète.

<sup>(1)</sup> MAGNAN, *Thèse de Paris*, 1898.

<sup>(2)</sup> DARIER a communiqué à la Société anatomique une observation dans laquelle il y avait 8 rétrécissements échelonnés et formés d'une bride sous-muqueuse contenant des follicules tuberculeux.

Fréquemment le cancer siège à l'angle des côlons ascendant et transverse; il se présente soit sous forme de noyaux disséminés ou d'un noyau unique; aussi souvent il y a une forme annulaire ou cylindrique. Lorsque le cancer occupe la valvule iléo-cæcale, il affecte une forme particulière<sup>(1)</sup>.

L'occlusion s'établit presque toujours d'une façon lente et graduelle, comme lorsqu'elle résulte de la compression par une tumeur. Parfois, après des troubles qui datent de loin, surviennent les symptômes de l'occlusion aiguë.

## F. — OCCLUSION D'ORIGINE NERVEUSE PAR PARALYSIE OU SPASME (ILÉUS PARALYTIQUE OU SPASMODIQUE).

Nous devons enfin mentionner les cas où tous les symptômes de l'occlusion intestinale existent, et dans lesquels l'arrêt du cours des matières ne peut être mis sur le compte d'aucune lésion matérielle. Ce sont les *pseudo-étranglements*<sup>(2)</sup>.

Ils surviennent soit :

1° Après la réduction d'une hernie. (Les phénomènes d'étranglement persistent, et l'autopsie ne permet pas de révéler la moindre trace de striction.)

2° Dans certaines péritonites, qui ne se traduisent cliniquement que par des phénomènes d'occlusion intestinale.

Dans certains cas d'entérites aiguës localisées (typhlite ou colite), les symptômes habituels de la maladie intestinale sont masqués par les signes de l'occlusion.

Il semble qu'il s'agisse dans tous ces cas de paralysie réflexe de l'intestin qui n'est plus capable de vider son contenu. C'est, en tout cas, l'hypothèse la plus vraisemblable.

L'iléus paralytique a été décrit en 1860 par Duchaussoy; en 1865, par Henrot, par Leichtenstern, puis dans les thèses de Denucé (1869), Leduc (1881), Chevalier (1885), Thibierge (1884).

Souvent la cause reste obscure; c'est à la suite de la péritonite aiguë et de la péritonite par perforation qu'on le rencontre. Il peut suivre la crise appendiculaire, l'inflammation du testicule à l'anneau, les coliques néphrétique ou hépatique, l'opération de la hernie étranglée, le traitement des autres obstructions (volvulus, etc.), les laparotomies, l'hystérectomie.

Albarra et Caussade (*Presse méd.*, juillet 1898) ont relaté un cas d'appendicite avec occlusion intestinale aiguë due à la paralysie de l'intestin. L'opération sans avoir levé d'obstacle rétablit le cours des matières, mais le malade mourut d'intoxication.

Robert Lœwy (*Soc. Anat.*, nov. 1898) a relaté un cas où les accidents débütèrent par de l'occlusion; puis survint le point de Mac Burney, et le malade mourut peu après l'opération.

On devra combattre l'iléus paralytique par l'opium et des lavements électriques, dont la technique sera décrite plus loin.

L'iléus spasmodique peut lui aussi être une complication des autres formes d'obstruction. Briquet, Jaccoud, Rosenheim l'ont vu dans l'hystérie. Souvent il

<sup>(1)</sup> Voir Cancer de l'intestin.

<sup>(2)</sup> HENROT, *Des pseudo-étranglements*, *Thèse de Paris*, 1865.

est associé à l'iléus paralytique. D'ailleurs la conduite à tenir est la même dans les deux cas et l'opium forme la base du traitement.

**Diagnostic.** — *L'occlusion est aiguë.* — Dès qu'un malade présente des troubles que nous avons énumérés, il est classique d'examiner de suite les régions herniaires, et de s'assurer qu'il n'y a pas dans un de ces points une anse ou une portion d'anse intestinale étranglée. Il est facile de reconnaître une hernie commune; il n'en est pas de même des hernies rares : diaphragmatique, lombaire, obturatrice, périnéale, vaginale.

Dans les formes les plus aiguës, avec début brusque, collapsus rapide, aspect cholérique, cyanose, on pourrait penser au choléra. C'est une erreur de diagnostic facile à éviter; il suffit de s'assurer que le malade est bien atteint d'une constipation opiniâtre et absolue.

L'hypothermie, la cyanose, les crampes, l'extinction de la voix, la suppression des urines, les vomissements pourraient faire croire à un empoisonnement aigu (arsenic).

On croit souvent à une *péritonite par perforation*. Dans la péritonite, les vomissements sont plus rarement fécaloïdes; la constipation est moins complète; la douleur, toujours plus superficielle, est en même temps plus rapidement généralisée; la distension des anses intestinales est plus vite étendue à l'abdomen; il existe souvent un épanchement péritonéal peu abondant. Le frisson marque plus souvent le début d'une péritonite. La température y est plus élevée, surtout au début; à la fin elle baisse dans la péritonite et dans l'occlusion. Malgré tout, le diagnostic est encore souvent très difficile. Jeanne (*Normandie méd.*, février 1899) a insisté sur deux nouveaux éléments de diagnostic entre l'occlusion et la péritonite. Dans ce dernier cas le toucher du cul-de-sac de Douglas chez la femme, du cul-de-sac vésico-rectal chez l'homme est douloureux alors qu'il est indolore dans l'occlusion. Dans l'obstruction les anses peuvent se dessiner sous la peau alors que, dans la péritonite où les anses sont paralysées, le ventre paraît uniformément ballonné. — On peut encore croire à une *péritonite chronique, simple, tuberculeuse ou cancéreuse*. Il faut chercher à éviter cette erreur par l'étude minutieuse des antécédents, l'examen des autres viscères, l'allure torpide des phénomènes, la constipation moins opiniâtre, etc.

A une *typhlite* : les vomissements sont rarement fécaloïdes, la douleur à la pression est plus limitée au cæcum; la typhlite est souvent précédée d'attaques douloureuses ayant duré plusieurs heures et terminées spontanément.

Chez les *enfants*, il est arrivé souvent de croire à l'existence d'une *méningite*, de même aussi que souvent, chez eux, les coliques simples ou les helminthes donnent lieu parfois au complexus symptomatique de l'occlusion.

Chez les adultes, certaines coliques (hépatiques, néphrétiques) peuvent ressembler, au moins pendant un temps, à l'occlusion intestinale. L'erreur est le plus souvent de courte durée.

Le *météorisme des hystériques* a aussi quelquefois la même allure. Il suffit de rechercher les stigmates et de minutieusement étudier les signes concomitants, pour être vite renseigné.

**Diagnostic du siège de l'occlusion.** — Lorsque le diagnostic d'occlusion de l'intestin est posé, il importe d'en reconnaître le siège. On comprend, au point de vue de l'intervention chirurgicale, combien cette recherche est indispensable.

Le toucher rectal doit être immédiatement pratiqué. Il fera reconnaître l'existence d'un obstacle ano-rectal, rétrécissement syphilitique, cancer du rectum, compression par une tumeur. Si cet examen est négatif, il est d'autres renseignements que l'on obtient en cherchant ailleurs.

Souvent le siège de l'occlusion se manifeste par une fixité de la douleur en un point de l'abdomen, par une tuméfaction au même endroit; cependant l'intensité du météorisme empêche souvent que ces symptômes soient facilement reconnus.

Si le ballonnement est généralisé, les flancs développés dès le début (Peyrot); si les lavements donnés dans un but d'exploration pénètrent mal dans le gros intestin, dont la capacité normale est d'environ 2 litres; si les sondes introduites par l'anus sont arrêtées à une courte distance; s'il existe du *ténésme rectal*, malgré la constipation et la vacuité du rectum, on pensera que l'obstacle siège à la fin du gros intestin. Le siège variable du météorisme est quelquefois d'un grand secours pour le diagnostic.

On peut soupçonner l'existence d'un obstacle siégeant à la partie moyenne du gros intestin, lorsque la vacuité du flanc gauche contraste avec le météorisme du reste de l'intestin.

C'est l'intestin grêle et sa terminaison que l'on incriminera, si les flancs sont plats, l'ombilic très développé, le ventre globuleux, saillant à sa partie moyenne, si les phénomènes généraux sont très graves, s'ils sont survenus très rapidement.

D'après Bouveret<sup>(1)</sup>, la dilatation du cæcum et du côlon peut être d'un grand secours, au point de vue du diagnostic du siège de l'occlusion. La dilatation du cæcum indique un obstacle situé plus bas; l'absence de dilatation se rapporte à une occlusion de l'intestin grêle. Pour reconnaître la dilatation du cæcum, il faut tenir compte des signes suivants :

- 1° Il y a du clapotement dans la fosse iliaque droite;
- 2° Au moment des contractions intestinales douloureuses, il se manifeste un soulèvement en dos d'âne de la paroi abdominale, allant de la fosse iliaque vers le rebord costal;
- 3° Le météorisme est plus prononcé, même dans l'intervalle des coliques, à droite de l'ombilic qu'à gauche;
- 4° Le maximum de la douleur, spontanée ou provoquée, siège dans la fosse iliaque droite.

Lorsque les vomissements sont précoces, rebelles, fécaloïdes, l'occlusion siège probablement vers la fin de l'intestin grêle. S'ils sont tardifs, peu fréquents, l'obstacle siège plutôt vers le gros intestin.

On a pensé pouvoir diagnostiquer le siège de l'occlusion, à l'aide de l'introduction de sondes dans le rectum; on n'en tire aucun enseignement. De même on a cru que l'injection d'eau dans le gros intestin pourrait être utile à ce point de vue. Il est rare que l'on arrive encore par ce moyen à un résultat certain.

**Diagnostic différentiel des différentes formes d'occlusion entre elles.** — **Diagnostic de la nature de l'occlusion et de sa cause.** — Lorsque le médecin sait qu'il a affaire à une occlusion de l'intestin, lorsqu'il a reconnu à peu près quel est son siège, il doit se demander quelle en est la cause. Il faut qu'il appelle

(1) *Lyon médical*, 1887.