

à lui, sur ce point, tous les principaux incidents qui ont accompagné l'occlusion : le début, la marche, la durée du symptôme, le siège de l'occlusion, l'âge du malade.... Il pourra ainsi, le plus souvent, faire le diagnostic, ou tout au moins le diagnostic le plus vraisemblable.

Il est un certain nombre d'occlusions que les symptômes objectifs et les anamnétiques permettent de reconnaître.

D'abord, ce sont les obstructions du rectum, qui sont accessibles à la vue quelquefois, au toucher le plus souvent. Elles comprennent : les occlusions fécales de l'ampoule, si fréquentes chez les vieillards, la compression du rectum par une tumeur (celle-ci dépendant des organes du petit bassin ou de sa paroi); les rétrécissements avec occlusion consécutive.

Est-ce à une occlusion par les matières fécales que l'on a affaire?

Différents symptômes mettront sur la voie : la constipation habituelle, les débâcles fécales intermittentes, l'âge du malade (variété plus fréquente chez les vieillards et chez les hystériques); la perception d'une tumeur fécale temporaire dans l'abdomen; l'examen de l'ampoule rectale. On peut presque toujours ainsi déterminer le siège de l'obstacle et reconnaître s'il s'agit d'une occlusion par troubles fonctionnels ou par rétrécissement. Néanmoins, les causes d'erreurs sont fréquentes, car, ainsi que nous l'avons dit, les conditions peuvent être complexes (péritonite, torsion de l'axe, coudures...).

Les occlusions par compression sont plus aisées à reconnaître. Le malade indique souvent le siège de la tumeur, ou le médecin la trouve par une exploration méthodique : rectum, vagin, abdomen....

Lorsque l'occlusion (totale ou partielle) est le fait d'un corps étranger dégluti, presque toujours les anamnétiques suffisent. Les entérolithes siègent presque toujours dans le cæcum et donnent lieu à de la typhlite, avec les signes ordinaires d'imperméabilité et de tumeur. Dans ce cas, le diagnostic précis ne pourra être fait qu'après l'élimination du calcul ou de ses fragments.

Lorsque c'est un calcul biliaire qui met obstacle permanent au cours des matières, il est presque toujours possible de s'en assurer. Le plus souvent, l'occlusion suit immédiatement une forte colique hépatique accompagnée d'ictère, ou bien elle vient après un certain nombre de coliques antérieures. De plus, au moment où l'occlusion est produite par des calculs, il y en a généralement dans les vomissements. C'est presque toujours chez la femme que cette variété se produit : elle siège généralement dans l'iléon supérieur ou le duodénum.

Lorsque l'occlusion résulte de la torsion de l'S iliaque ou de la formation de nœuds entre l'S iliaque et l'intestin grêle, les symptômes se manifestent par un début brusque, une marche rapide, par les phénomènes de l'étranglement interne, le collapsus précoce. Les nœuds de l'S iliaque s'accompagnent souvent de diarrhée sanglante.

Les occlusions que l'on reconnaît le plus souvent pendant la vie sont les *intussusceptions*. Début brusque. Coliques intermittentes intenses. Diarrhée profuse muco-sanglante. Ténésme. Tumeur croissante, mobile, variable, siégeant dans le flanc droit, vacuité remarquable du flanc gauche. Toucher rectal indiquant l'intussusception. Élimination de lambeaux sphacelés; fréquence plus grande pendant l'enfance.

Malgré tout, les intussusceptions de la partie supérieure de l'iléon, ou du jéjunum, échappent au diagnostic.

Lorsque l'occlusion succède à un rétrécissement de longue date, et de nature

connue : dysenterie, syphilis, le diagnostic est facile. Il ne reste plus qu'à rechercher la cause occasionnelle prochaine (paralysie intestinale au-dessus de la sténose, ou bien, coudure, torsion de l'axe, obturation par corps étranger...). Il ne faut pas croire cependant que cette cause prochaine soit facile à trouver.

Il est presque toujours au moins très difficile de reconnaître les occlusions par pseudo-ligaments, adhérences épiploïques, par l'appendice, par les diverticules.

De même, lorsqu'il y a torsion de l'axe d'une anse intestinale adhérente, compression de l'iléon inférieur ou du cæcum disloqué par le mésentère. Dans tous ces cas, même début brusque, même marche rapide.

Bien souvent, malgré ce que nous venons de dire, le diagnostic ne peut se faire que sur des données très aléatoires : statistique, fréquence, âge, sexe, maladies antérieures, etc., et d'ailleurs le diagnostic précis entre les diverses occlusions aiguës n'est pas toujours nécessaire, car elles deviennent, presque toutes, du ressort de la chirurgie et commandent la même thérapeutique.

**Traitement.** — Le traitement de l'occlusion intestinale incombe soit au médecin, soit au chirurgien. Nous devons avouer qu'aujourd'hui, avec les ressources dont les chirurgiens disposent lorsqu'ils consentent à être aseptiques, c'est à eux que revient le plus souvent l'honneur de guérir les malades atteints d'occlusion intestinale. C'est une opération courante que la laparotomie, et nous nous demandons si ce n'est pas le traitement le plus simple ou du moins le plus efficace à employer contre les accidents terribles et si rapidement menaçants qui caractérisent l'occlusion de l'intestin. Combien la laparotomie avait été mise de côté depuis 1672, époque où Barrette la conseillait pour la première fois! Le culte de la suppuration qu'entretenaient les chirurgiens rendait impossible toute opération sur le ventre.

L'anus contre nature, l'entérostomie étaient conseillés par beaucoup, et réussissaient quelquefois. Mais, cette opération, incertaine quant à son manuel opératoire, puisqu'on ne sait pas toujours à quel endroit siège l'obstacle et par conséquent en quel point il convient d'ouvrir l'anus, était condamnable par ses résultats!

C'était créer une infirmité repoussante sans être sûr de conserver la vie.

Actuellement la laparotomie doit être pratiquée toutes les fois que l'on a affaire à un cas d'étranglement soit par bride, soit par invagination, soit par torsion de l'intestin.

Et bien plus, il faut pratiquer l'opération le plus tôt possible.

Cette justice pleinement rendue à la chirurgie, il ne faut pas croire que le médecin soit impuissant devant une occlusion intestinale.

Il doit intervenir, et des moyens nombreux, parfois même efficaces, sont à sa disposition.

D'abord, il peut pallier certains accidents.

Dans les cas d'étranglement, en particulier dans ceux qui se compliquent de vomissements, il faut pratiquer le *lavage de l'estomac*.

Il est évident que ce lavage ne lèvera pas l'obstacle, mais il s'opposera aux phénomènes secondaires graves qui résultent de l'accumulation des matières septiques dans l'intestin et de la pénétration des toxines dans l'économie. Nous avons vu en effet que la stercorémie est une des complications les plus redoutables de l'occlusion intestinale.



Le lavage de l'estomac avec l'eau *naphtolée*, par exemple, sera d'un grand secours.

Pour combattre l'occlusion elle-même, il est différents moyens.

Le premier remède que l'on emploie est toujours un purgatif, il s'adresse au symptôme le plus évident, à la constipation.

Il faut cependant y avoir recours avec quelque prudence; il ne faut pas employer un drastique énergique. M. Dujardin-Beaumetz rapporte, dans ses cliniques, l'histoire d'un malade de Béhier, à qui on administra l'huile de croton pour combattre une occlusion, et qui mourut en rompant son intestin.

Mieux valent les purgatifs huileux, ou les purgatifs salins, voire même l'eau-de-vie allemande. C'est le purgatif le plus violent que l'on doit employer.

Le purgatif reste sans effet. Alors, les moyens mécaniques restent, administrés soit par la bouche, soit par le rectum.

On sait qu'anciennement les médecins n'hésitaient pas à administrer le mercure de la façon suivante : on donnait au malade de une livre à une livre et demie de mercure en une seule fois, puis on le plaçait dans un bain, et là deux aides énergiques le secouaient pour faire tomber le mercure dans l'intestin et déterminer la disparition de l'obstruction.

Cette façon « de secouer le malade avant de le guérir » fut rapidement abandonnée.

Les lavements peuvent rendre de réels services dans l'occlusion intestinale.

On emploiera d'abord les lavements purgatifs; les lavements d'eau simple sont utiles même, mais lorsqu'ils sont administrés d'une certaine façon.

Ce n'est plus un simple « clystère » qu'il faut employer, c'est une injection puissante.

Pour cela deux moyens : A. l'entéroclisme. B. les irrigations forcées.

Cantani créa l'entéroclisme et vulgarisa la méthode.

Le meilleur instrument est alors le tube de M. Debove. Dans le cas de compression de l'extrémité inférieure du gros intestin, en pénétrant au-dessus de l'obstacle, la sonde permet de faire arriver les courants d'eau au milieu des matières fécales accumulées en ce point, et peut déterminer leur issue à l'état liquide (Dujardin-Beaumetz).

L'autre moyen consiste dans l'usage de pompes foulantes puissantes qui permettent de lancer dans l'intestin un courant d'eau très énergique. Ce moyen peut être dangereux sans être supérieur au précédent.

On a vanté aussi les injections d'acide carbonique. Ce n'est pas encore là un procédé bien commode. On peut le remplacer avantageusement par les injections d'eau de Seltz dans le rectum, recommandées par M. Dujardin-Beaumetz.

Il est classique d'essayer aussi les ponctions intestinales capillaires.

L'instrument le plus commode est alors une seringue de Pravaz, avec laquelle on peut faire sans danger des piqûres multiples.

Ce n'est encore là qu'un moyen palliatif.

Il vaut mieux faire des applications de glace sur le ventre, qui excitent la contraction de l'intestin.

Un dernier procédé reste, qui est presque toujours le meilleur : l'électricité.

Voici les règles tracées par Boudet de Paris. « Se servir non pas de courants

faradiques, mais de courants galvaniques, et introduire par l'anus une électrode spéciale constituée par une sonde en caoutchouc dans laquelle se place un mandrin métallique qui ne peut atteindre l'extrémité de la sonde, de telle sorte que la muqueuse n'est jamais en contact direct avec le mandrin. On fait aboutir le courant négatif à l'extrémité du mandrin métallique, tandis qu'au contraire le courant positif est appliqué sur l'abdomen. La force du courant ne doit pas dépasser 10 à 15 milliampères, et chaque séance doit durer une vingtaine de minutes. Il faut avoir soin d'interrompre le courant de temps en temps.

« Enfin, les injections de morphine devront toujours être employées pour combattre la douleur. »

## CHAPITRE VIII

### DYSENTERIE

**Historique. Définition.** — Les obscurités qui entourent la véritable nature de la dysenterie sont levées d'hier, — peut-être même ne le sont-elles pas encore complètement, puisque l'agent infectieux, spécifique de la maladie, s'il n'est plus hypothétique est au moins encore discuté, — et l'on s'explique sans peine les opinions étranges et erronées de certains auteurs, émises sur la nature intime de la maladie, chaque conception différente n'étant que le reflet de l'idée médicale régnant de la même époque.

La dysenterie fut longtemps considérée comme une fièvre; — fièvre jetée sur les intestins, disait Sydenham, — on entendait d'ailleurs désigner sous ce terme une entité morbide bien nette, et tout à fait distincte des diarrhées, des « cours de ventre » ordinaires. Cependant dans Sydenham on ne trouve qu'une description bien peu claire de la maladie.

A Pringle<sup>(1)</sup>, qui l'étudia plus tard, elle apparut sous l'aspect d'une affection pestilentielle. Elle était l'expression de la décomposition putride du sang et des humeurs sous l'influence des vicissitudes atmosphériques, des fatigues de la guerre, des miasmes putrides ou du contagion.

Zimmermann (1765) observa des épidémies où la dysenterie parut s'associer à des fièvres prolongées qu'il nommait « putrides ». Il pensa que le principe putride, cause immédiate et interne de la fièvre, résidait dans la dépravation de la bile, la plus corruptible de nos humeurs. La bilieuse putride devint donc l'espèce ordinaire de la dysenterie; à cette espèce il faut en ajouter une autre, la maligne, qui s'observa concurremment avec la première. Cette dernière résultait plutôt des conditions extérieures de misère, d'encombrement, de famine.

Stoll arriva à une conception toute différente de la dysenterie : elle était pour lui une fièvre rhumatismale. Le froid serait la cause ordinaire des deux maladies. « Je n'ai jamais vu, dit-il, cette maladie avoir lieu sans que les malades se fussent exposés au froid étant en sueur. » Le froid, se portant sur les intestins, y produirait le rhumatisme spécial. Avec Annesley, commence une ère nouvelle dans

(1) Les détails plus complets de cette histoire sont excellemment rapportés dans l'ouvrage de MM. KELSCH et KIENER : *Traité des maladies des pays chauds*.