

lonnement notable, des vomissements fréquents, pas de gaz et peu de décoloration anémique. Je fis cependant le bon diagnostic d'inondation péritonéale; c'était une dilatation d'occlusion paralytique; je trouvai des signes d'épanchement liquide libre dans les fosses iliaques et au niveau du Douglas. Cela m'aida à reprendre toute l'histoire et à découvrir l'irrégularité menstruelle initiale. J'opérai cette malade, qui avait beaucoup de sang dans le bas-ventre et, au-dessus, des anses intestinales très distendues.

Pinard enseignait que, si l'on constatait des signes d'occlusion au début d'une grossesse, il fallait toujours penser à une grossesse extra-utérine. On ne devra donc pas écarter toute idée d'obstacle, mais, le plus souvent, il s'agit plus d'iléus paralytique que d'iléus par strangulation. Il faut, en particulier, s'assurer qu'il n'y a aucun péristaltisme, que les douleurs ne sont pas des crises de contraction intestinale, que les vomissements ne sont jamais des vomissements fécaloïdes, que le Douglas est distendu, douloureux. Les formes *occlusives* des grossesses extra-utérines sont fréquentes, si l'on retient toutes les étapes des grossesses ectopiques, en particulier dans les vieilles hématoécèles reconnues trop tard. Lorsque l'on voit de quoi est fait le toit de ces hématoécèles, même assez précocement traitées, on est souvent surpris de l'adaptation de l'intestin; tandis que les coudures, les angulations d'anses, leur symphyse, leur agglutination semblent préparer les obstacles les plus serrés, l'intestin fonctionne tant bien que mal. Il faut bien distinguer les faux étranglements, ceux où le météorisme est sans raison mécanique des étranglements vrais, complets ou incomplets, ceux où le météorisme est le fait de barrage. M^{lle} Gautheron a fait sur ces formes occlusives un très important mémoire.

Les deux formes que nous venons de voir nous ont permis d'étudier le diagnostic des cas compliqués des grands accidents hémorragiques.

Les formes qui vont suivre se présentent avec des symptômes moins dramatiques, mais, sous leurs tableaux estompés, se cache la même redoutable éventualité : *l'hémorragie interne méconnue et brusquement aggravée*. D'autre part, les erreurs de diagnostic auxquelles elles exposent s'accompagnent vite d'erreurs de thérapeutique qui ne sont pas sans danger.

L'étude de trois gros diagnostics différentiels importe avant tout : grossesse intra-utérine, salpingite, appendicite.

3° Diagnostic différentiel de la grossesse utérine.

Ce dilemme : est-ce une grossesse utérine, est-ce une grossesse extra-utérine, se pose souvent, et dans des conditions très différentes : 1° avant toute menace grave; 2° le jour des accidents brutaux; 3° après, dans les jours qui suivent.

La perception de la petite masse annexielle n'est pas toujours nette; quelquefois on croit l'avoir nettement, quelquefois elle échappe; que de fois, à l'instant d'intervenir, se prend-on à douter de ses sensations tactiles et fait-on, encore une fois, le toucher! Même si elle est incontestable, ses caractères ne permettent pas aisément la certitude. Une masse, une « petite chose » à côté d'un utérus augmenté de volume, c'est peut-être un ovaire scléro-kystique, un hydro-salpinx, un petit kyste dermoïde. Si l'on tranche trop vite, par ces mots : « Ce n'est rien, à votre âge il faut garder ses ovaires », et si la rupture se fait le lendemain, et cataclysmique, quel remords, quelle responsabilité, longue à oublier!

Il faut donc bien se rappeler l'importance de ces débats, mais nous reviendrons à ceux concernant les lésions annexielles, tout à l'heure.

Supposons trois premiers cas, trois malades; et ce ne sont pas des cas théoriques : sur chacun d'eux, chaque chirurgien pourrait placer des séries de noms.

Le premier cas, celui-ci : il y a une grosse masse dont on ne peut exactement dire si c'est l'utérus seul ou l'utérus et quelque chose à son côté. Est-ce grossesse, fibrome mou, grossesse et annexite, grossesse extra-utérine ?

Le *diagnostic avec grossesse* est parfois très difficile; les meilleurs gynécologues peuvent s'y tromper. Au surplus, il arrive, assez souvent, que, au cours de la grossesse utérine, un corps jaune devient kystique et donne lieu à une tuméfaction annexielle temporaire parfois considérable.

L'erreur est possible avec un utérus rétro-fléchi, avec un utérus latéro-fléchi et surtout entre *grossesse isthmique*, *grossesse interstitielle* et *grossesse angulaire*. L'erreur peut faire faire des gestes chirurgicaux inutiles, quelquefois nuisibles. Voici une observation empruntée à la thèse de Barret :

« Femme B..., trente ans. Douleurs abdominales sous forme de crises. Tendances syncopales sans pertes sanglantes. Retard de six semaines.

« Un premier examen : on perçoit une masse latéro-utérine gauche, la malade est mise en observation.

« Un deuxième examen, en Trendelenburg, fait huit jours après, fait penser plutôt à une grossesse normale de deux mois et demi.

« Un nouvel examen, pratiqué par le Dr Métiwet et un autre médecin, est en faveur d'une grossesse extra-utérine (masse para-médiane gauche, mobile sur le col, mais un peu plus ferme que précédemment).

« Malgré la modification de consistance qui doit faire songer à une grossesse normale, l'indépendance apparente de la masse du col est tellement grande que l'on pense à une grossesse ectopique.

« Intervention (Métiwet). Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale : utérus gravide. Fermeture. Avortement au quinzième jour. »

L'hésitation pourra être de longue durée; j'ai vu un cas que je dus garder en observation trois semaines, avant d'être assuré qu'il s'agissait bien de grossesse intra-utérine, et j'ai vu une malade à qui, à deux ans de distance et par deux chirurgiens également célèbres, deux laparotomies furent faites, qui ne furent que laparotomies exploratrices; les deux fois il s'agissait d'une grossesse utérine angulaire (1).

Ce diagnostic de *grossesse angulaire*, malgré les petits signes donnés par les accoucheurs, n'est pas sans difficulté. Au lieu de percevoir le ramollissement isthmique, ou signe de Hegar, on devrait trouver, à la base de la corne gravidique, une bande de ramollissement qui, faisant une espèce de charnière, permettra à cette corne une mobilité relative sur l'utérus (signe de Hegar supérieur); la tuméfaction devrait paraître antérieure et latérale en cas de grossesse angulaire, postérieure et latérale en cas de grossesse tubaire; le ligament rond devrait être trouvé en dehors en cas de grossesse angulaire, en dedans de la tuméfaction en cas de grossesse tubaire. Comme c'est d'appréciation délicate, peut-être vaut-il mieux s'appliquer à recueillir le *signe de changement de consistance*; s'il est net, il tranche : c'est une grossesse intra-utérine. La tuméfaction tubaire augmente de volume, entre les examens successifs et même sous la glace et même sans fièvre, bien entendu, mais, sous la main, elle ne donne jamais l'impression de durcissement passager.

Le diagnostic de la *grossesse interstitielle* (développée dans le segment utérin du canal tubaire) est difficile : ce n'est pas le signe de Ruge-Simon (obliquité du fond de l'utérus par ascension du côté de la trompe gravidique) qui rendra grand service, ni la recherche de l'insertion du ligament rond par rapport à la tuméfaction : insertion en dehors d'une grossesse angulaire, en dedans d'une grossesse isthmique, en avant d'une grossesse interstitielle. Comment utiliser les signes de Reeb : insertion antéro-externe du ligament rond, insertion latérale de la trompe, asymétrie des annexes, large implantation de la corne utérine ? Douay et Lapeyre proposent le schéma suivant : on constate une masse latéro-utérine qui peut être tubulaire, interstitielle, angulaire, ou dans un utérus latéro-dévié. La mise en position déclive résout le problème de la latéro-position de l'utérus. Si la tumeur est rétro-utérine (signe de Bar), c'est une grossesse tubaire; si elle est pré-utérine, c'est ou une grossesse angulaire ou une grossesse interstitielle : la tuméfaction a des alternatives de durcis-

(1) C'est ce risque fréquent de confusion entre grossesses intra et extra-utérine qui m'a fait dire de la recherche préconisée par Mac Leod (curettage et examen microscopique de la muqueuse) qu'elle n'est pas à recommander. Le *curettage biopsie* a été défendu depuis par Gernez et Moulouguet; mais il ne nous paraît pas facilement défendable. « Nous savons maintenant qu'une caduque utérine vraie, en tous points pareille à celle de la grossesse extra-utérine, se forme dans les cas de *pseudo-grossesse* par persistance du corps jaune menstruel ou dans certains cas de kystes lutéiniques. » (Wagner, Cotte, etc.) (Reeb.)

sement et de ramollissement, c'est une grossesse angulaire. La tuméfaction est toujours molle, c'est une grossesse interstitielle.

Le diagnostic avec *fibrome mou* latéral, de la corne, par exemple, peut présenter des difficultés. J'ai vu un cas où l'erreur faillit être grave. Une malade vint me voir, qui avait déjà eu deux avis : « J'ai un fibrome : un médecin préfère l'opération, l'autre les rayons X; le premier m'a prescrit des injections iodées, de la tricalcine et de l'ergotine. » Cette malade perdait du sang en assez grande abondance, pas assez cependant pour expliquer son anémie, et surtout depuis trop peu de temps. Il n'y avait ni douleurs vives, ni signes sympathiques de grossesse. Je trouvai une masse latéro-utérine que l'on pouvait voir soulever la paroi, une douleur du Douglas et une histoire confirmatrice du diagnostic : c'était une grossesse extra-utérine.

Je l'opérai le surlendemain, et trouvai déjà un gros épanchement intra-péritonéal par fissure de grossesse isthmique.

Le secours de la radiographie a pu être conseillé quelquefois, mais, même dans le cas de Speidel et Turner, où la preuve aurait été faite qu'il y avait à la fois utérus gros et trompe grosse, de quelle utilité était-il ?

Il faut insister sur une erreur plus fréquente encore et sur les grosses complications auxquelles elle expose : l'erreur de prendre une *grossesse extra-utérine* pour un *avortement de grossesse normale*. Le malheur est qu'il y a une forme de grossesse extra-utérine que l'on peut appeler *pseudo-abortive* et certaines formes d'avortements utérins qui, le premier jour, ont des signes pseudo-cataclysmiques.

4° Diagnostic de la forme pseudo-abortive.

Cette fois, les pièges sont encore plus nombreux : une femme a eu un retard de huit, dix jours, puis une douleur vive, quelquefois sans syncope, puis des pertes de sang « avec caillots », peut-être même une caduque. On examine sans doute trop vite, car on ne retient que le gros utérus. Le curettage est décidé : on curette une femme atteinte de grossesse tubaire, on tire sur cet utérus et sur une trompe qui va éclater. On a pris une fausse couche tubaire pour une fausse couche utérine. *Désormais, on devrait toujours dire, se dire, dire à tous les élèves : il y a deux avortements, l'avortement utérin, l'avortement tubaire.*

A. Schwartz a vu, dans un cas, la perméabilité tubo-utérine être assez large pour permettre des écoulements de sang dont l'arrivée intermittente faisait disparaître la tuméfaction latéro-utérine. Cela prouve bien la possibilité des avortements tubo-utérins. Mais, sous le nom d'avortement tubaire, il faut entendre évidemment l'avortement tubo-abdominal.

En présence de tout syndrome d'avortement, le premier soin doit être d'écartier la possibilité d'avortement tubaire.

Un exemple de décision aussi redoutable que le curettage précipité ? Une malade arrive à l'hôpital Saint-Louis dans un état grave et vite rattaché à une hémorragie interne. On l'interroge : elle aurait été curettée dans le service il y a quinze jours. L'interne, à ce moment, la reconnaît, désigne son ancien lit, mais ne se souvient d'aucune particularité du curettage. Maintenant, la femme est sur le point de succomber. L'interne a peur de quelque déchirure utérine par perforation; en réalité, il n'y a pas eu faute opératoire, il y a eu erreur de diagnostic : on trouve une grossesse extra-utérine, de deux mois environ, rompue et inondante.

On l'a déjà bien dit, mais il faut le répéter : *« Toute femme présentant le tableau clinique d'un avortement probable, imminent ou incomplet, doit être examinée avec l'idée qu'il peut s'agir d'une grossesse extra-utérine, surtout si les douleurs ont un siège latéral, et non médian. »*

Souvenons-nous, aussi, que, quand il y a quelque chose à côté d'un gros utérus, l'étude clinique est à prolonger, et non pas à abrégier : cela peut être une salpingite que le curettage transformera en pyosalpinx, ou une grossesse ectopique dont le curettage précipitera les accidents de rupture.

C'est parmi les malades désignées, dans la salle commune, comme atteintes de fausse couche, qu'une visite attentive fait découvrir les grossesses ectopiques.

Les exemples sont très nombreux, hélas ! d'erreurs graves : une jeune femme de vingt et un ans est curettée pour avortement; elle meurt trois jours après d'hémorragie interne; une autre voit deux gynécologues : l'un dit curettage pour fausse couche, l'autre laparotomie pour grossesse extra-utérine. Heureusement fut suivi le conseil du second.

J'ai vu le cas suivant, qui comporte plusieurs enseignements : une jeune femme revenait d'une ville d'eaux, où son médecin l'avait envoyée passer trois semaines. Quelques malaises donnèrent à penser à la jeune femme, en fin de saison, qu'elle était enceinte. Je l'examinai et, ne pouvant décider, à ce premier examen, entre grossesse angulaire et grossesse ectopique, je lui prescrivis le repos absolu, au lit. Je lui indiquai la nécessité d'un second examen après deux jours de repos surveillé. Le troisième jour, j'étais appelé d'extrême urgence. Le diagnostic se faisait, alors, dès la porte : une anémie de mourante; mais quelques détails me furent donnés. La malade, après mon examen, préoccupée de son état de grossesse, avait été voir un « spécialiste » qui, convaincu, supposons-le, d'un début d'avortement, devait pratiquer un curettage « urgent »; au moment de se rendre à son rendez-vous, la malade eut, heureusement, une grave syncope. C'est alors que je la vis; c'était la forme cataclysmique d'inondation. Les

choses allèrent, par bonheur, vite. La malade, vue dans le centre de Paris, à 3 heures, était opérée et remise dans son lit à 4 h. 30, à Neuilly. Il était temps : elle avait deux litres de sang dans le ventre, une inondation inimaginable, l'état de collapsus le plus menaçant. Elle a guéri, grâce à une promptitude rarement égalée de secours ambulanciers. J'appris, dans les jours suivants, que, voyageant avec son amant, depuis quelques mois, la malade avait été effrayée à l'idée de grossesse et qu'il y avait eu, avec complicité de matrone, tentative d'avortement.

Jusqu'ici, j'ai donné les exemples où l'erreur est rendue facile par les phénomènes hémorragiques.

Voici un exemple où l'erreur faillit être faite à cause de phénomènes en apparence infectieux. Je remplaçais mon maître Lecène à l'hôpital Saint-Louis. On me montra une malade subictérique, fiévreuse, à facies plombé, et avec métrorragies, en me demandant quel traitement convenait à cette infection puerpérale *post-abortum*. Fallait-il curetter, hystérectomiser, colpotomiser, s'abstenir ? Je fus surpris par le subictère qui, plusieurs fois, m'avait averti de l'hémolyse dans de vieilles hématocèles. Je fis le toucher : il y avait une grosse masse, mais rétro-utérine, probablement hématique. La ponction du Douglas donna la première réponse : c'était du sang; l'intervention montra le gros épanchement et la grossesse ectopique. La guérison fut aussi facilement obtenue que dans tout autre cas.

Ce signe du *subictère*, parfois uniquement conjonctival, mérite de retenir l'attention. La phrase par laquelle, ci-dessus, j'indique ma confiance ne suffit pas. Mériel a eu raison d'y revenir et de demander, pour ce signe, une place que je lui ai faite, depuis vingt ans, dans mon esprit, mais que je n'avais pas assez marquée dans ce livre. Je dois dire que les examens d'urine que j'ai fait faire depuis plusieurs années pour rechercher si quelque petit signe, urobilinurie par exemple, ne nous pourrait pas aider, n'ont rien montré de constant. Le signe du subictère conjonctival aurait été décrit par Norris en 1920. Il est bon. La première fois qu'il me fut utile, c'était vers 1910, pendant mon internat. A l'un de mes collègues qui voulait bien me parler du cas qui le troublait, je fis part de la présomption que faisait naître, en faveur du diagnostic d'hématocèle, le subictère sur lequel il insistait. Depuis, j'ai bénéficié bien des fois du renseignement que me donnait ce symptôme, et j'ai appris à tous mes internes à le savoir rechercher et interpréter.

Avant de dire « avortement utérin », il conviendra d'en être parfaitement assuré, de ne garder aucun doute. Je mets sous les yeux ce tableau, emprunté à Jeannin, des signes caractéristiques des avortements utérins, en dehors de toutes complications ou avant elles.

« 1° AVORTEMENT DU PREMIER MOIS. — C'est ce que l'on appelait jadis la *fausse couche ovulaire*, d'un mot qui ne méritait pas de faire fortune.

« Le premier signe est le *retard des règles*.

« Après quelques nausées, le sang reparait pendant quelques jours sous forme de taches, enfin un jour avec une abondance telle que la femme croit au retour réel de ses règles. Le sang de la fausse couche s'écoule toutefois plus facilement, il a un aspect moins visqueux que le sang des règles, il ne présente pas l'odeur du sang menstruel.

« Un autre symptôme est la *douleur*. Ce sont des douleurs rappelant beaucoup les règles douloureuses.

« Tout cela est vague, en somme. L'*examen physique* montre que le corps utérin n'est pas sensiblement gros. Par le toucher, on trouve que le col est resté long; son orifice est plus perméable, on peut y mettre le doigt, mais il n'y a pas d'effacement du col.

« L'expulsion peut se faire par lambeaux, de sorte que l'on peut croire avoir affaire à une crise de dysménorrhée. Dans d'autres cas, la femme expulse intact un petit œuf ayant à peu près le volume d'un pois, et dont la surface est velue.

« 2° L'AVORTEMENT DU DEUXIÈME MOIS s'annonce dans un grand nombre de cas par des *prodromes*. Ils consistent en l'apparition de petites taches de sang, indices de la mort de l'œuf, et des premières tentatives de l'utérus pour se débarrasser de ce corps étranger. Il y a cependant des femmes qui ont de véritables hémorragies et qui mènent leur grossesse à terme.

« A la période d'état, l'*hémorragie* (soit de sang liquide, soit de caillots, surtout chez la femme restant couchée) s'accompagne de *douleurs*, qui sont de deux ordres : ce sont d'abord et avant tout des *douleurs lombaires* et irradiées dans l'abdomen. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent les *douleurs utérines*, douleurs de tranchées, que la femme multipare comparera aux tranchées de l'accouchement.

« Un troisième symptôme consiste en la *disparition des phénomènes sympathiques*. Les femmes sont d'autant plus étonnées de voir quelques gouttes de sang que jamais elles ne s'étaient trouvées plus à l'aise. Il y a des exceptions, quelquefois se produisent des vomissements.

« L'*utérus* est quelquefois particulièrement gros, parce qu'il contient en même temps que l'œuf des caillots. Quelquefois, il est plus petit qu'il ne devrait l'être, parce qu'il contient un œuf déjà en partie liquéfié. Il est *sensible*. On sait que l'utérus de la femme enceinte normale est insensible. En touchant la femme, on trouve un signe caractéristique : c'est ce que l'on appelle l'utérus en toupie; le dôme vaginal est ferme et arrondi comme une sèbile.

« L'œuf, à ce moment, a le volume d'un abricot; il est donc facilement reconnaissable. Dans beaucoup de cas, il est dépourvu d'embryon, ou il

ne reste de celui-ci qu'un débris sous forme d'une petite tache blanchâtre visible sur l'amnios. Quand il n'y a plus trace d'embryon, on donne à cet œuf le nom d'*œuf clair*. On peut voir, même à cette époque, l'expulsion se faire en deux temps comme dans la forme suivante.

« 3° AVORTEMENT DES TROISIÈME ET QUATRIÈME MOIS. — Le type de cet avortement est l'avortement en deux temps : un premier temps, qui est la sortie de l'embryon; un second temps, qui est la sortie de l'arrière-faix. Les symptômes sont d'abord l'*hémorragie*; elle a les mêmes caractères, à peu près la même abondance que tout à l'heure.

« Les *douleurs*, là encore, commencent par être lombaires, puis ressemblent à celles de l'accouchement. Comme *signes locaux*, il y a de plus un début de véritable effacement et de véritable dilatation du col.

« L'expulsion peut se faire en un temps : l'œuf, plus ou moins irrégulier, a le volume d'une orange. L'expulsion *en deux temps* est le type *classique*. Quelquefois, quelques heures se passent avant la sortie de l'arrière-faix. D'autres fois encore, l'utérus se referme sur ce dernier : c'est ce que l'on appelle la rétention placentaire.

« Un troisième type qui peut surprendre est l'expulsion en trois temps signalée par Budin : sortie de l'embryon, puis sortie du placenta, enfin, le lendemain ou le surlendemain, sortie de la caduque qui, seule, suspend les phénomènes douloureux. »

J'ajoute à ces signes, celui, si habituel, de la *douleur du fond de l'utérus*, au cours de la fausse couche.

Nous avons vu, jusqu'ici, l'erreur fondamentale d'ignorer la localisation extra-utérine et de dire grossesse, fibrome, ou fausse couche; voyons maintenant l'erreur égale, aussi grave, de dire salpingite.

L'avortement tubaire hémorragique foudroyant, la rupture cataclysmique ne sont pas, en effet, les seules éventualités. Il y a place pour des formes atténuées nombreuses : rupture en deux temps, avortement sans grande hémorragie interne, apoplexie ovulaire, hématosalpinx, etc.

5° Diagnostic de la forme pseudo-salpingienne.

Le toucher a fait découvrir une masse latérale douloureuse ou un empatement diffus péri-utérin. *Est-ce salpingite? est-ce grossesse ectopique?* C'est un problème de tous les jours, et plein d'embûches sévères. La confusion peut entraîner, de diverses façons, la mort des malades. Je veux y insister, les faits sous les yeux. Je ne parlerai pas ici des *torsions de la trompe*; elles seront étudiées plus loin. C'est un des diagnostics différentiels les plus difficiles et le plus rarement réussis. Je reviens aux salpingo-ovarites aiguës.

Exemple d'un premier risque. Un chirurgien, qui opère devant les plus célèbres chirurgiens étrangers, annonce qu'il va opérer une grossesse extra-utérine. Il ouvre le ventre; à peine a-t-il décollé l'épiploon amarré vers le pelvis, un flot de pus vert envahit l'abdomen. C'est le pus de deux énormes pyosalpinx adhérents. L'hystérectomie, laborieuse, se termine bien, quant à la technique; on draine largement; mais la malade meurt, quatre jours après, de péritonite septique généralisée, parce que l'on a opéré à chaud une salpingite suppurée, parce que l'on a inondé de pus virulent la cavité péritonéale, parce que l'on a cru, à tort, à une grossesse extra-utérine. Par conséquent, croire à la grossesse extra-utérine et agir hâtivement expose, s'il y a erreur, aux plus tristes mécomptes.

Exemple d'un second risque. Je suis appelé, une nuit, auprès d'une malade exsangue, sans conscience, presque morte, d'une hémorragie interne, sans doute considérable, et qu'il faut opérer, même sans pouls. Pendant l'intervention, à deux reprises, nous croyons la malade morte; l'intervention se passe sans anesthésie; je vide en toute hâte un épanchement énorme, je fais une hystérectomie, car il y a de grosses lésions annexielles du côté opposé à la rupture de grossesse ectopique, et je fais heureusement redresser la malade avant de refermer, ce qui permet de voir revenir, du diaphragme, du sang et le fœtus de trois mois et demi qui avait failli être abandonné en plein ventre. Pendant vingt-quatre heures cette malade n'eut ni une pulsation perceptible ni une goutte d'urine. A force de toniques, de sérum intraveineux, de transfusions, elle guérit. Elle put alors me raconter l'histoire. Un médecin « spécialiste » lui donnait des soins depuis deux mois, trois fois par semaine. Il avait encore fait un pansement un quart d'heure avant la syncope. Voilà un gynécologue qui tamponne, met ses crayons, dilate le col, et méconnaît une grossesse extra-utérine de trois mois. Ici, à l'inverse du cas précédent, où la hâte de laparotomie fut fatale, c'est l'abstention chirurgicale et le zèle du traitement médical qui faisaient le risque de mort.

Cette difficulté du diagnostic, aux toucher et palper combinés, est singulièrement accrue par le nombre, non négligeable, des enkystements, de *siège anormal*, des grossesses extra-utérines : l'hématome principal pouvant être *anté-utérin*, *méso-cœliaque*, *sous-péritonéal*, dans le *ligament large*, ou même (Chaton) *pelvi-pariëto-colique gauche, droit, bilatéral*. (Chevalier.)

D'autres difficultés surgiront par la malchance de symptômes anormaux ou de quelque anomalie de l'évolution anatomique : ténésme rectal, fistulisation rectale précoce, enkystement si parfait que, même à l'opération, on commence par une ponction exploratrice, et qu'après l'intervention il faudra le secours de l'examen histologique; siège élevé de la

tuméfaction non accessible au palper, symptômes vésicaux et fistulisation vésicale, etc.

Il ne faut pas, non plus, avec un diagnostic trop prompt de collection suppurée, se précipiter aussitôt sur la *colpotomie* ni s'en remettre aveuglément à elle; Laurentie, qui la pratiqua, — et combien d'autres, —

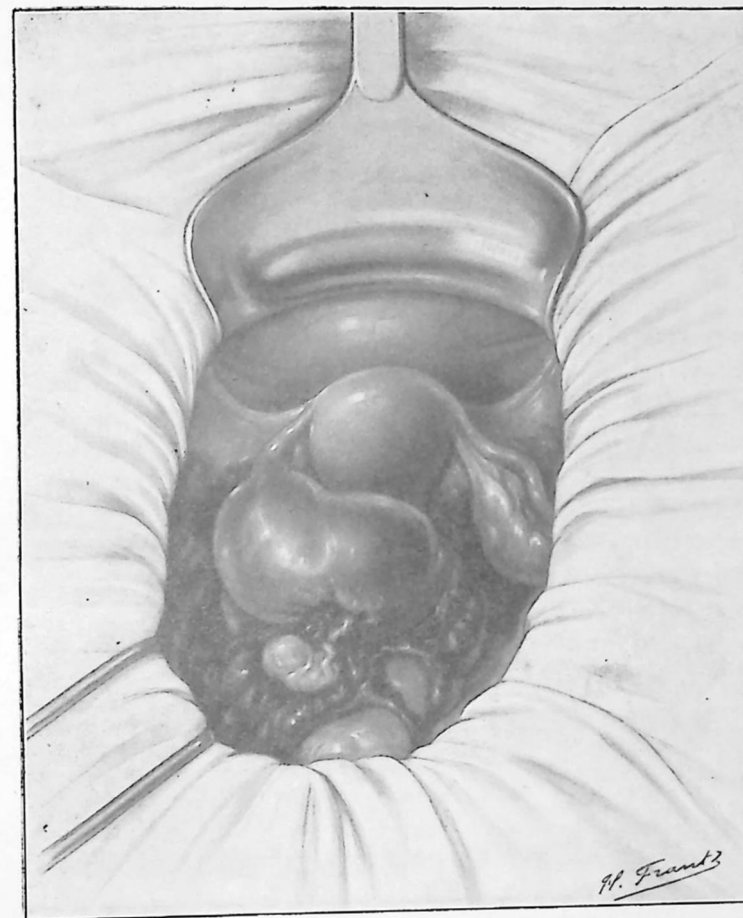


Fig. 99. — Rupture tubaire, ayant été prise, d'abord, pour un « coma diabétique ». Malade anémiée, abondant épanchement intra-péritonéal.

croisant à des phénomènes septiques graves, eut une hémorragie foudroyante par le vagin qui obligea à un très sérieux tamponnement.

Nous devons nous appliquer devant ces difficultés de diagnostic et chacun avec la plus grande prudence; le médecin pour ne pas méconnaître la grossesse ectopique et risquer ou hâter la rupture grave, le chirurgien pour ne pas, trop hâtivement, aller, dans un ventre, risquer l'ensemencement le plus septique et la péritonite post-opératoire.

La fièvre, l'état du ventre, le toucher, tout peut être dans les deux cas sans aucune nuance. Le *signe de Nard* servira-t-il ? Son auteur précise bien dans quels cas :

« Lorsque, dans une affection récente à début aigu, ne remontant pas au delà d'une quinzaine de jours, on hésite entre le diagnostic d'hématocèle et celui d'affections inflammatoires annexielles ou appendiculaires, si l'on constate à jour frisant une voussure sous-ombilicale unilatérale, il ne faut pas hésiter à poser le diagnostic d'hématocèle. »

J'ai vu cinq fois ce signe m'apporter la notion suivante : une malade, au repos sous la glace, chez qui l'on voit la tuméfaction, au lieu de rétro-céder, faire une saillie unilatérale le long d'une arcade crurale, a probablement, non pas une salpingite, mais une grossesse ectopique.

Mais chez une malade, sans fièvre, dont la leucocytose était de 6.000, qui avait des métrorragies, dont la tuméfaction semblait, à son médecin, excellent gynécologue, croître sous la vessie de glace, et dont la famille raisonneuse comprenait mal les hésitations et le retard « si l'on craint une grossesse extra-utérine », je trouvai un pyosalpinx à gonocoque et, du même côté, un kyste du ligament large, du volume d'une mandarine.

J'ai fait faire souvent des *examens de sang*. Dans l'ensemble des cas, il y a bien un écart entre les signes physiques et la *formule leucocytaire* : avec une grosse masse latéro ou rétro-utérine, la leucocytose serait plus haute si c'était une salpingite, mais il y a des cas où la réponse est très incertaine, d'autres où elle est paradoxale : certains vieux pyosalpinx étant sans hyperleucocytose, certaines grossesses ectopiques, avec avortement tubaire, faisant monter jusqu'à 20.000 le chiffre des globules blancs.

Demandons les précisions à ceux qui ont une expérience étendue de ces examens hématologiques. Brady, sur 50 cas, a trouvé en moyenne 11.000 globules blancs, 16 fois sur 50, au-dessous de 10.000, souvent jusqu'à 25.000.

Lilian Farrar nous donne, pour 100 cas, le tableau suivant :

5.000 à 10.000 globules blancs dans	48 cas.
10.000 à 15.000	— 36 —
15.000 à 20.000	— 12 —
20.000 à 25.000	— 2 —
25.000 à 30.000	— 1 —

Lilian Farrar a divisé ses malades en trois groupes :

- A. De 4.500 à 10.000 globules blancs : 48 p. 100 des malades.
- B. De 10.000 à 16.000 : 36,6 p. 100 des malades.
- C. De 16.000 à x (maximum, 36.350) : 15 p. 100 des malades.

Il lui a semblé que la leucocytose augmentait en proportion du sang frais épanché, puis la leucocytose tombe rapidement. Cette instabilité

leucocytaire jointe à une élévation modérée de la température, voilà ce qui différencierait la grossesse extra-utérine de la salpingite purulente.

On pourrait schématiser les deux situations de la façon suivante : *Grossesse extra-utérine* = température modérée et leucocytose oscillante. *Salpingite aiguë suppurée* = température oscillante et leucocytose uniformément élevée.

Enfin, dans les cas de rupture tubaire, toujours d'après l'intéressant travail de Lilian Farrar, une leucocytose constamment grimpante indiquerait un saignement continuant; cette indication précéderait celles données par la chute du nombre des globules rouges ou la chute du taux de l'hémoglobine. L'étude de l'abaissement du nombre des globules rouges peut aider à acquérir cette utile notion : l'anémie croissant vite, sans hémorragie externe notable, il faut invoquer un saignement interne. Dans un cas particulièrement difficile, auquel j'ai déjà fait allusion, cet abaissement à 2.200.000 globules rouges, en trois ou quatre jours, m'a aidé à convaincre, à la fois, des médecins un peu sceptiques et une malade qui repoussait toute proposition d'intervention. Mais, ici encore, il faut accepter des réserves; je dois, en effet, à Hartglass, la communication d'un cas très intéressant : chez une jeune fille suivie attentivement pour métrorragies, douleurs par crises salpingiennes, la teinte cireuse chaque jour plus impressionnante, c'est la numération globulaire qui, en apprenant que le nombre des globules rouges est tombé à 2.500.000, fait faire le diagnostic de grossesse tubaire et décider l'intervention : or, il s'agissait de pelvi-péritonite aiguë et d'anémie infectieuse.

Il convient de faire des examens très fréquents, chaque fois parallèles aux examens cliniques et chaque fois comparés à ces derniers.

Barret, qui s'est attaché à l'étude de la *tension artérielle*, n'en a obtenu aucun résultat utilisable, dans les cas difficiles.

Que nous donnera, pour ce problème particulier, est-ce salpingite est-ce grossesse ectopique, le *signe de la douleur du Douglas* ? Dans un cas, il sera à retenir : s'il y a en même temps dépressibilité parfaite et douleur vive associées, c'est en faveur de la grossesse extra-utérine et contre la salpingite (1). Mais aussi bien dans la pelvi-péritonite aiguë que dans l'avortement tubaire ou la rupture, il peut y avoir *douleur exquise* au toucher *du Douglas*.

(1) Avons-nous quelque autre recherche : l'hydrotélinurie urinaire d'Ehrlich, l'acétonurie de Poppert, la réaction d'Abderhalden (recherche des ferments protéolytiques spécifiques des tissus placentaires contenus dans le sérum sanguin des femmes enceintes) ? Ce sont des recherches ordinairement négligées, et sans qu'il y ait à le regretter. De même jusqu'ici pour la séro-réaction de Manólow.

6° *Diagnostic de la forme pseudo-appendiculaire.*

De nombreux travaux, consacrés à ce diagnostic différentiel entre grossesse ectopique et appendicite, tendraient à prouver que la confusion est fréquente et souvent fatale. Ce n'est qu'une apparence, et Barret l'a souligné avec raison. Le dépouillement de ces observations, presque toutes données comme ayant irrésistiblement entraîné l'erreur, montre vite qu'on a eu affaire moins souvent à une maladie obscure, masquée, qu'à un examen sommaire. Tel oublie l'interrogatoire, tel attend la contracture dans l'inondation hémorragique, tel autre néglige la température, tel autre est trompé par la sédation apportée par la vessie de glace, tel autre ne se rappelle pas à temps que la disparition des signes physiques, au toucher, ne veut pas toujours dire résorption de la masse inflammatoire, mais, au contraire, affaissement, par rupture ou avortement, de la trompe gravide.

Certains cas auraient pu légitimement paraître inextricables par l'association des deux lésions : le cas de Blanc où il y avait, à la fois, grossesse extra-utérine et un abcès appendiculaire, qui, ouvert pendant l'opération, inocula tout le péritoine et tua la malade; le cas de Braine, à qui, d'ailleurs, n'avait pas échappé le bon diagnostic et qui trouva accolés un hématosalpinx et un appendice plein de pus, prêt à la perforation. Ces coexistences ont été étudiées, par Mauclair, il y a déjà bien des années.

Les difficultés peuvent être augmentées aussi par certaines malades : « On se heurte, dit Cestan, aux protestations indignées des veuves et aux dénégations formelles des demi-vierges »; ou par certains symptômes paradoxaux; les *douleurs croisées*, par exemple, signalées par Legueu, Mathieu et Guibal.

Un cas où le débat m'était proposé par deux médecins semblait cependant assez clair. Ils suivaient, depuis deux ou trois jours, pour appendicite aiguë, une jeune mariée dont les douleurs, les vomissements, la réaction de la fosse iliaque droite pouvaient bien faire penser à l'appendicite, mais les signes d'anémie grave (décoloration, pouls à 140) étaient tels que le doute ne pouvait pas être de plus de quelques secondes, au moment où je la vis. Il fallut, après l'intervention, deux transfusions pour refaire un pouls solide à la malade.

Mais un cas récent, observé avec Diriant, m'a rappelé que la difficulté peut être grande. La malade que j'avais vue pour douleur à droite semblait enceinte et souffrante d'appendicite. A côté d'un utérus gros, mou et du volume commandé par les commémoratifs menstruels, je trouvai une petite noix latéro-utérine peu sensible, facile à mobiliser, parfaitement sphérique. La malade fut mise en observation et instruite d'une possibilité de grossesse extra-utérine. La surveillance, pendant huit jours, semblait

faire écarter ce soupçon : la masse ronde diminuait, le Douglas restait sans douleur; les douleurs spontanées avaient disparu. Ne persistait que la douleur de la fosse iliaque droite : les signes pelviens semblaient si atténués que je risquai, un moment, de laisser la malade rentrer chez elle. En réalité, l'incision iliaque droite montra vite le sang dans le ventre et son origine tubaire. C'était une grossesse ectopique à avortement sans bruit. Depuis que le sang coulait dans le péritoine, la tuméfaction annexielle n'existait plus aussi nettement, sa « rondeur » s'affaissait, et le Douglas m'avait refusé l'avertissement qu'il donne presque toujours. Je dois encore insister sur ce désaccord, pouvant exister et tromper, entre l'atténuation des signes physiques latéro-utérins et le risque accru d'hémorragie interne grave.

L'erreur habituelle est, en effet, celle-ci : *grossesse extra-utérine prise pour une appendicite aiguë*; l'erreur inverse est exceptionnelle. Mais l'erreur a été faite pour toutes formes de grossesse extra-utérine : enkystée, subaiguë, rupture grave, etc., et avec toutes formes d'appendicite : perforation, appendicites aiguë, subaiguë, abcédée, chronique, de siège normal ou de siège pelvien.

En faveur de la grossesse extra-utérine, il faut surtout savoir rechercher les signes de l'anémie, à la face, au pouls, dans la tendance aux vertiges et aux syncopes, et, comme dit Aguiet, ne pas être surpris qu'il y ait « troubles respiratoires variés dans l'inondation péritonéale, soit respiration rapide et superficielle, d'ordre réflexe (que l'on peut voir également dans l'appendicite), soit, plus rarement et plus caractéristique, une sensation d'étouffement très marquée, probablement due à l'anémie bulbair, et qui serait d'un pronostic très grave, lorsqu'elle est très accentuée ».

J'ajoute, en faveur de la grossesse extra-utérine, des troubles de voisinage plus nets et plus fréquents qu'au début d'une appendicite aiguë même pelvienne : les troubles vésicaux, les troubles rectaux; en revanche une parésie intestinale moindre (selles diarrhéiques, émission de gaz).

Il y a une grossesse ectopique qui est d'un diagnostic différentiel malaisé avec l'appendicite : c'est la *grossesse ovarienne* (1), car ses accidents sont précoces, avant tout retard de règles; les hémorragies sont moins abondantes, elles sont progressives ou en plusieurs temps. Les cas trompeurs sont la règle.

L'erreur, dans certains cas, aura des étapes variées : à cause d'une contracture nette, localisée à l'hypogastre et à la fosse iliaque droite et telle qu'elle ne permit pas de sentir le corps utérin, Errard et Fournier dia-

(1) Une des meilleures études de la grossesse ovarienne, celle de Craumer (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, janvier 1931) fait état de plus de 50 observations valables.

agnostiquèrent appendicite, mais opérèrent. La vue du sang redressa leur premier diagnostic; ils pensèrent : grossesse extra-utérine rompue ; la vue des lésions devait le redresser encore une fois : c'était un kyste de l'ovaire rompu, et un kyste de l'ovaire gauche. La rupture des *kystes lutéiniques* est sans doute plus fréquente qu'on ne l'a dit. J'en ai vu deux cas, en deux semaines, à Bichat, tous deux à hémorragie importante.

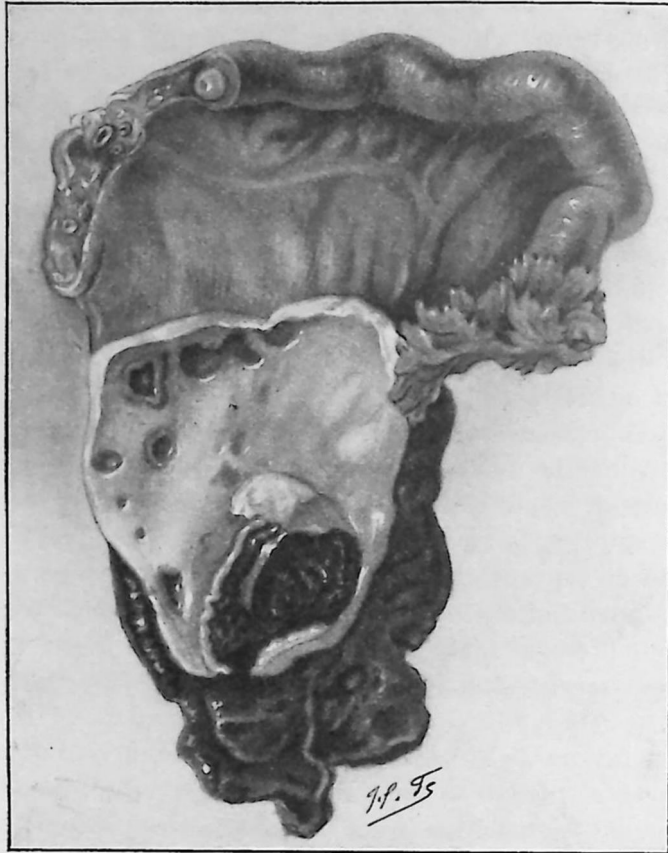


Fig. 100. — Rupture de kyste lutéinique de l'ovaire, ayant entraîné une importante hémorragie intra-péritonéale. On voit, autour de l'ovaire, un caillot adhérent.

L'une des ruptures avait fait croire à une appendicite aiguë, l'autre à une grossesse tubaire.

Cette observation me conduit aux **diagnostics du chirurgien, une fois le ventre ouvert**. Mais, avant, il faut que je mette en relief une recherche d'une extrême facilité et qui convient à bien des cas, surtout, il est vrai, à ceux que j'ai rejetés de mon étude : hématocele rétro-utérine, enkystée et sans urgence, mais aussi à de nombreux autres cas; cette recherche, c'est la **ponction du Douglas**; il faut la faire dès que le doute existe et quand la situation exige une décision rapide. Elle donne,

en une seconde, et à peu près infailliblement, le bon diagnostic. Rien n'est plus facile à faire. Si l'éclairage est suffisant et si les précautions d'asepsie sont prises, on peut faire cet examen au bord du lit de la malade. Un examen négatif n'a pas une valeur absolue et ne saurait écarter toute crainte de danger. Sur 28 ponctions du Douglas, pratiquées par Scharway, il y eut quatre résultats négatifs dans des cas où la grossesse extra-utérine évoluait.

Autant cette ponction du Douglas est aisée et sans danger, autant je n'ai aucun goût pour recommander la *ponction de la fosse iliaque gauche* préconisée par Hubinont.

Parmi les *examens de laboratoire* susceptibles d'entraîner une conviction que les signes cliniques laissent incomplète, je dirai un mot de la *sédimentation globulaire*. C'est une méthode que, vers 1895, Biernacki et Fahraens proposèrent. Meylan et Mossadegh en ont bien montré les avantages. Je renvoie à leur mémoire ceux que les détails intéresseraient. Pour eux, l'accélération de la vitesse de sédimentation ne serait pas due à l'hémorragie elle-même, mais serait due à la résorption du sang épanché. « Plus l'hémorragie intra-tubaire ou péri-tubaire sera ancienne, plus l'hématocèle sera en voie d'organisation, plus la sédimentation manifesterà par son accélération l'intensité des processus de désintégration. » « Le diagnostic différentiel entre avortement tubaire, avortement utérin infecté et annexite aiguë, est possible dans la plupart des cas à l'aide de la combinaison : leucocytose et sédimentation, car à leucocytose égale, la sédimentation sera la plupart du temps beaucoup moins accélérée dans l'avortement tubaire. »

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

En 1928, Ascheim et Zondek, les premiers, firent connaître que l'urine de femme enceinte contient en quantité importante, et dès les premiers jours de gravidité, une substance analogue à l'hormone préhypophysaire. La valeur stimulante de cette hormone, vérifiée en injectant à des souris femelles impubères l'urine de femme enceinte, permet de la déceler facilement par le déclenchement précoce de la puberté, la formation, dans l'ovaire, de follicules hémorragiques et de corps jaunes. Voilà le principe, la méthode et les premiers auteurs. Voyons les techniques utilisables et les résultats.

Trois techniques principales :

1° Technique d'Ascheim et Zondek : injection d'urine à la souris femelle impubère; 2° technique de Brouha, Hinglais et Simonnet, mise au point dans le service de Brindeau : injection d'urine à la souris mâle

impubère ; 3° technique de M^{me} Brouha : injection d'urine à la lapine (1).

Les résultats de la réaction de Ascheim-Zondek (R. A. Z.) ont été longuement étudiés et loués par Wladika. « La R. A. Z., qui permet de déceler, avec 98,8 p. 100 de certitude, une grossesse après trois à cinq semaines de retard de règles, a acquis une importance beaucoup plus grande encore dans le diagnostic des grossesses pathologiques. »

La méthode a fourni à Proust et Lejeune des renseignements d'une utilité si incontestable qu'ils en souhaitent, dans l'*avenir*, une utilisation

(1) Voici la technique préconisée par Raymond Letulle :

Le matin, au réveil, recueillir l'urine (40 à 50 grammes suffisent) dans un récipient stérilisé ou bouilli, soit par sondage aseptique, soit après toilette vaginale et vulvaire très soignée. De toute façon, afin d'éviter la multiplication des micro-organismes, l'urine sera traitée de la façon suivante dès sa réception au laboratoire : soit additionnée d'une petite quantité d'un antiseptique non toxique pour la souris (nous avons observé que l'addition de 5 centimètres cubes de solution iodurée pour 100 centimètres cubes était très bien tolérée et n'avait aucune action sur l'hormone de la grossesse); soit filtrée sur bougie après acidification légère à l'acide acétique. Si l'urine était toxique pour la souris, il faudrait en diminuer la toxicité par un épuisement à l'éther, en ayant soin de chasser sous le vide les dernières traces d'éther à une température voisine de 50°.

Prendre comme animal réactif le souriceau mâle *impubère* qui permet de lire avec précision les résultats et qui, actuellement, donne, sans nul doute, la réaction la plus fidèle.

Injecter chaque jour, pendant huit jours au moins, sous la peau du dos de 5 ou 6 souriceaux âgés de trois semaines et pesant de 8 à 10 grammes au début de l'expérience, 0 cc., 3 à 0 cc., 4 d'urine. Prendre comme témoins 3 souriceaux de même âge, de même poids et provenant du même élevage. Les sacrifier tous au chloroforme le neuvième jour, les peser, en faire l'autopsie, détacher très soigneusement et peser les vésicules séminales sur la balance au dixième de milligramme.

Dans le cas d'un résultat *négatif*, les vésicules des animaux réactifs et des témoins sont très petites, cachées derrière la vessie; elles pèsent de 2 à 12 milligrammes pour des animaux n'excédant pas 14 grammes à la fin de l'expérience. Pour que le résultat soit jugé *positif*, il faut que les vésicules séminales de tous les animaux réactifs soient nettement hypertrophiées, remplies de liquide blanchâtre, et aient acquis un poids de quatre à dix fois supérieur à celui des vésicules des animaux témoins.

C'est ainsi qu'après avoir reçu au moins 8 injections d'urine gravidique, des souriceaux impubères de 8 à 10 grammes, qui ont atteint le poids de 11 à 14 grammes au neuvième jour de l'expérience, présentent des vésicules pesant de 30 à 100 milligrammes; le développement de celles-ci, plus ou moins considérable, est d'ailleurs très caractéristique pour un expérimentateur quelque peu entraîné.

Si, par exception, les résultats n'étaient pas nets, il faudrait se procurer un nouvel échantillon d'urine, inoculer à nouveau un lot de souriceaux mâles en même temps que quelques souris femelles impubères, comme contrôle. Ces précautions s'imposent du fait que, pendant les premiers jours de la gravidité, l'hormone peut exister en quantité trop minime pour donner des résultats franchement positifs.

Dans les cas d'extrême urgence, pratiquer, en même temps que l'épreuve sur les souriceaux mâles, une injection de 5 à 10 centimètres cubes d'urine dans la veine d'une lapine vierge; cette technique est susceptible de provoquer sur l'ovaire (dont on aura eu soin d'examiner préalablement l'intégrité par une laparotomie) l'apparition, en quarante-huit heures, de follicules hémorragiques.

plus courante, quand il y a hésitation clinique. Bien des auteurs ont dit leur confiance : Kostitch et Mirjanich avec 40 observations, White et Severance avec 25 cas, Kreis, Muller et Oberling, J.-L. Faure et Douay, etc. Tous mes examens ont été faits par M^{me} François.

Mon expérience porte maintenant sur 40 cas. A plusieurs reprises, l'aide obtenue par cet examen a été très importante. Le pourcentage de ses erreurs a été, au contraire, insignifiant. Mais, pour les hématoécèles (21 cas), il est arrivé 8 fois que la réponse négative du laboratoire ne nous parut pas devoir faire réformer le diagnostic clinique. Dans les hématoécèles de formation moins anciennes, l'œuf étant de mort récente, les réponses sont positives. Dans un cas de grossesse extra-utérine, ni rompue ni compliquée d'avortement tubo-abdominal, la réponse avait été négative : l'œuf était mort. Il nous est arrivé aussi, pour une hématoécèle que les signes anatomiques faisaient croire ancienne, d'avoir une réponse positive : dans un cas, la réponse positive m'incita, alors que les signes cliniques me faisaient abstentionniste, à intervenir; il n'y avait pas de grossesse extra-utérine. C'était une de ces réactions positives, après la mort de l'œuf, dont Brindeau a bien dit la fréquence relative. Tout dernièrement, M. et M^{me} Hinglais ont, par perfectionnement important, fait le diagnostic de *l'œuf mort*. Cette réaction d'Ascheim ne saurait instruire sur le dilemme assez banal : est-ce une grossesse extra-utérine ? est-ce une grossesse intra-utérine ? Y a-t-il danger d'avortement intra-abdominal ou d'avortement simple ?

Les cas qui me semblent exiger, plus que les autres, d'avoir recours à la réaction d'Ascheim-Zondek, sont les suivants : il y a une petite tuméfaction latéro-utérine : est-ce inflammatoire ? est-ce kystique ? est-ce gravidique ? Il y a une grosse tuméfaction rétro-utérine : est-elle à colpotomiser ou à aborder par laparotomie ? Il y a métrorragies, douleurs latérales, peu de signes physiques : est-ce le début d'une grossesse extra-utérine ? Il y a douleur à droite, empâtement bas; est-ce appendicite ou grossesse tubaire ?

Hirsch-Hoffmann a fait, en deux ans, 78 réactions pour des malades qu'il range en trois catégories : 1° phénomènes abdominaux graves ; 2° métrorragie après aménorrhée ; 3° douleurs et métrorragies datant de plusieurs semaines. Toutes ces malades étaient suspectes de grossesse extra-utérine. La réaction a donné des réponses toujours intéressantes et dans quelques cas décisives; mais la fidélité du résultat positif diminue progressivement avec le temps écoulé depuis le début de l'hémorragie.

Le prolan-diagnostic est bien, de toutes les réactions biologiques pouvant aider au diagnostic de la grossesse extra-utérine, la plus utile : ni l'examen microscopique de la caduque, ni l'interférométrie, ni la numé-

ration globulaire, ni la sédimentation des globules rouges ne peuvent se comparer à elle.

Les méthodes du prolan-diagnostic ont peu à peu gagné en promptitude, et à deux points de vue : d'abord en pouvant, dès le quinzième jour de la grossesse, donner des réponses positives (Brindeau et Hinglais) et puis en accélérant la réponse même du laboratoire (Zondek : cinq jours; Friedmann : deux jours). A. Brouha aurait obtenu des réponses positives correctes après une absence de règles de vingt-quatre heures; cet auteur estime que la réaction ne réclame pas plus de trente-six heures. Wilson et Corner, utilisant des lapins adultes, ont, dès la dix-septième heure, des résultats dont la marge d'erreur ne dépasse pas un demi pour cent.

Pour Barjaktarovic, l'étude des ovaires de la lapine, faite quarante heures après une injection intra-veineuse d'urine du matin, permettrait un diagnostic différentiel entre grossesse intra et grossesse extra-utérine. Dans ce second cas, les ovaires présenteraient des follicules moins enflammés et une hémorragie intra-folliculaire faible.

Actuellement les recherches s'orientent, non plus seulement vers les études qualitatives des hormones, mais aussi vers leur étude quantitative (Brindeau et Hinglais, Chosson et Donnet). On peut espérer, de ces progrès, un renseignement précis sur la physiologie de l'œuf, sur la vitalité placentaire.

DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE

Je voudrais, avant de terminer cette énumération des pièges possibles, des risques d'erreur, indiquer quelques-uns de ceux qui guettent encore le *chirurgien, au moment de son intervention*. Ainsi, j'aurai suivi la malade, le clinicien et l'opérateur, du premier jour au dernier jour de la maladie.

Il suffira d'une sorte d'énumération de faits divers; c'est d'une lecture plus entraînante.

Lecène, publiant deux observations de grossesse extra-utérine de forme rare, montrait l'une, à l'un de ses premiers jours, et *développée dans un diverticule de trompe atteinte de salpingite nodulaire*; il montrait l'autre laissant, après l'avortement tubo-abdominal, *la trompe si intacte, si indemne extérieurement*, que l'on pouvait très bien refermer le ventre et laisser mourir la malade, comme dans un cas cité par Quénu.

J'ai vu un cas semblable au second exemple à Lariboisière; par l'examen, le ventre ouvert, je me trouvais si incapable de désigner la trompe coupable de l'hémorragie que je crus plus prudent d'enlever les deux.

Cette ablation des deux trompes est quelquefois rendue nécessaire par la *grossesse tubaire bilatérale*; Launay et Séguinot en avaient réuni 15 cas. Dans la statistique de Penot (de Blois), les grossesses tubaires sont bilatérales, simultanées dans la proportion de 10 p. 100.

La *grossesse gémellaire* peut avoir d'autres nidations : ou *tubaire et utérine* ou *les deux jumeaux dans la même trompe*; Pool et Rubbins, en 1910, avaient rassemblé 26 cas de grossesse gémellaire tubaire; Sippel, en 1922, 250 cas. Le cas de Tixier n'est pas le moins banal : grossesse gémellaire dans une trompe, à côté d'un fibrome utérin du volume d'une tête de fœtus.

La *grossesse gémellaire, avec un œuf tubaire et un œuf utérin*, n'est pas rare non plus, puisque, en 1907, Neugebauer en avait réuni 72 cas; depuis, Auvray, Fenger, Sippel, Nash en ont publié.

La découverte de la grossesse tubaire pourra, d'abord, paraître difficile si l'œuf est *interstitiel*, dans le trajet *intra-pariétal utérin* de la trompe, ou si l'œuf est dans un *moignon de trompe* incomplètement extirpée autrefois, ou dans une *trompe partiellement réséquée et reconstituée*, enfin, comme Auvray en a cité des exemples, si l'œuf est dans une *frange ovarique* ou dans une *trompe accessoire*. Je renvoie à l'une des pages précédentes, pour rappeler au lecteur chirurgien les signes permettant le diagnostic opératoire différentiel des *grossesses angulaire, interstitielle, isthmique*; en particulier le repère important qu'est le ligament rond. Dans un cas de Dujol, c'est un hémato-salpinx non gravidique qui, par sa rupture, détermina les accidents : au cours de l'intervention fut découverte, du côté opposé, une grossesse extra-utérine non rompue.

Mais, et c'est une règle dont il faut connaître les défauts exceptionnels, ***si une hémorragie interne est, presque toujours, chez la femme, d'origine tubaire, d'autres causes peuvent être découvertes.*** A. Chalier, dans un cas d'inondation péritonéale, trouva, fort opportunément, les calculs biliaires libres l'avertissant du lieu de la rupture hémorragique et de la nécessité d'aller à la vésicule biliaire.

Les hémorragies d'origine pelvienne dues à des noyaux myomateux, à des ruptures de veines, aux « menstruations rétrogrades », aux salpingites hémorragiques (Bazy), aux petits kystes ovariens (follicule, corps jaune, etc.), aux tumeurs ovariennes sont bien connues.

Parfois la cause sera la plus obscure; Boppe et Renaud ne purent en décider, dans un cas, même après l'examen histologique. Il ne leur restait plus que les hypothèses; ils choisirent celle-ci : salpingite suraiguë, à forme hémorragique, déterminée brutalement par manœuvre abortive; mais ils se savaient bien dans l'impossibilité d'éliminer absolument la grossesse extra-utérine.

Il y a, enfin, une notion familière au chirurgien et qui doit l'être aux médecins : c'est celle de *récidive*. Une malade qui a été opérée de grossesse extra-utérine est exposée à faire encore une grossesse ectopique. La statistique de R. Smith indique 182 récidives sur 2.998 grossesses ectopiques; j'ajoute que, onze fois, la récidive était homolatérale et s'était greffée dans le moignon tubaire laissé trop exubérant, lors de la première intervention.

II. — HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE D'ORIGINE GÉNITALE, NON GRAVIDIQUE

Souligner l'importance primordiale de la grossesse extra-utérine, dans l'explication des hémopéritoinies, ne saurait être jamais exagéré. Mais aujourd'hui il faut faire à d'autres étiologies une place un peu plus large que celle que leur firent les auteurs d'il y a cinquante ans.

Deux raisons ont contribué à ce redressement : 1° le grand nombre de laparotomies faites, d'urgence, avec un diagnostic un peu prompt d'appendicite aiguë; 2° la meilleure analyse des signes d'hémorragie interne et plus de hâte à obéir à leur commandement. On a trouvé bien des hémorragies internes lorsque l'on avait dit appendicite, péritonite; on a trouvé bien des kystes ovariens rompus lorsque l'on intervenait pour des syndromes d'anémie, cataclysmique ou non, attribués à des grossesses ectopiques.

Il n'est pas très difficile, d'après leur point de départ, de classer les causes de ces saignements : origines utérine, tubaire, ovarienne, péritonéale.

Les *hémorragies d'origine utérine* peuvent être celles d'un reflux utéro-tubo-péritonéal avec ou sans hématométrie préalable, celle d'une tumeur simple ou compliquée, fibrome avec grosse veine sous-séreuse rompue (28 cas réunis par Nessmann), noyau fibreux, tordu, détaché, fibrome traumatisé (Chabrut), d'une tumeur maligne rongeante (chorio-épithéliome perforant). Dans ce dernier cas (Creysse et Boyer en ont trouvé 14 observations), la perforation n'est pas une complication tardive : elle peut être le résultat d'un processus térébrant assez précoce. Avec le cas de Schröder, nous allons voir une infime lésion causale :

« Une femme de trente-quatre ans, vierge, soignée depuis un an pour appendicite, est prise, huit jours après une grippe, de douleurs violentes dans le côté droit du bas-ventre, avec syncope. On opère avec le diagnostic d'appendicite, bien qu'il n'y ait pas de contracture pariétale nette. Le ventre renferme du sang liquide; les trompes et les ovaires sont sains; l'utérus est petit et donne insertion derrière sa corne gauche, par un pédicule court et épais, à un fibrome gros comme un œuf de poule; à la surface de ce polype, un vaisseau du calibre d'une épingle est déchiré et saigne goutte à goutte, sans que la compression parvienne à arrêter

cette hémorragie. Myomectomie et ablation d'un noyau fibromateux plus petit de la face postérieure de l'utérus. Guérison. »

Les **hémorragies, d'origine tubaire** et de cause non gravidique, peuvent compliquer une torsion des trompes, une salpingite hémorragique, une salpingite tuberculeuse ulcéreuse et perforante (Ullmann,

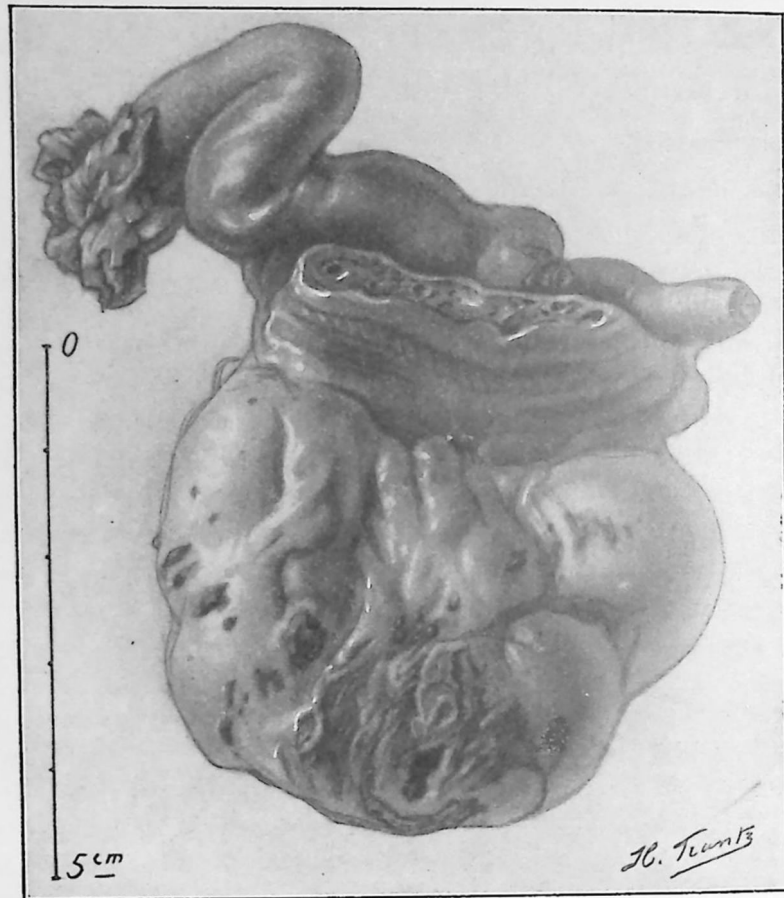


Fig. 101. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture de kyste lutéinique de l'ovaire.

Meyer et Lash), une salpingite syphilitique, une tumeur maligne de la trompe, des varices tubaires (Lehner, Maruata et Jahan).

Les **hémorragies d'origine péritonéale** sont rares et presque toutes d'ancienne date : la pachy-péritonite pelvienne, l'angiomatose péritonéale (Ford, Marson, Parcellier et Chenut), les métastases malignes du Douglas ont été les causes invoquées.

Les **hémorragies d'origine ovarienne** sont les plus fréquentes ; j'en ai vu six dans ces trois dernières années. Baumann, qui en a fait une très bonne étude, a retrouvé plus de 300 observations et apporté 16 observations inédites. Il a distingué les hémorragies du stroma ovarien (apo-

plexie ovarienne), les hémorragies folliculaires, les hémorragies du corps jaune.

D'autres causes ovariennes peuvent entraîner de graves hémorragies : kystes tordus, rompus, qu'ils soient mucoïdes, séreux, dermoïdes ; les kystes endométriaux (kystes perforants de Sampson) méritent seuls une mention spéciale ; tumeurs bénignes (fibrome), tumeurs malignes (Moiroud, Vauverts, etc.).

Ces hémorragies pelvi-péritonéales sont ou de symptomatologie atténuée et assez souvent prises pour des appendicites, ou de symptomatologie dramatique et mises au compte de la grossesse extra-utérine. Une jeune fille de quatorze ans, que j'opérai de kyste lutéinique rompu, me fit connaître à quelques jours de distance les deux tableaux : dans un premier temps, les signes étaient assez atténués pour que je ne songeasse pas à intervenir pour appendicite aiguë. Surtout une absence complète de contracture, de défense, m'aidait à ne pas proposer ce diagnostic. Quelques jours plus tard, les signes généraux : pouls à 130, décoloration du visage m'obligèrent à intervenir malgré l'absence de contracture. Le toucher vaginal était impraticable, le toucher rectal renseignait peu. L'hémorragie, d'origine ovarienne, était assez considérable.

L'observation d'une malade, opérée par J. Calvet dans mon service, va montrer un tableau d'hémorragie très grave.

« La malade D..., âgée de vingt-sept ans, entre le 4 avril 1936, dans le service, vers vingt-deux heures, pour une crise douloureuse abdominale qui a débuté le 1^{er} avril, dans la matinée, alors qu'elle était dans le métro.

« Obligée de rentrer précipitamment, elle s'alita et vomit le soir. A ce moment, elle eut aussi une syncope.

« Le jeudi 2 avril, la douleur s'est un peu atténuée ; la malade ne vomit plus, mais elle perdit un peu de sang marron.

« Le vendredi, son état était à peu près le même, mais le soir la douleur reprit, s'accompagnant de vomissements, de nouvelles syncopes.

« Comme le samedi, son état ne s'était pas amélioré, que les syncopes se répétaient, qu'elle eut encore quelques pertes avec une température qui n'était pas montée au-dessus de 38°, un pouls normal, son médecin l'envoya d'urgence à l'hôpital, avec le diagnostic de « syndrome abdominal droit douloureux avec réaction péritonéale ».

« On ne note aucun antécédent chez cette malade qui avait jusqu'à ce moment ses règles normales et les attendait d'un jour à l'autre.

« Son médecin lui aurait seulement signalé une fois un vice de position de l'utérus.

« Lorsqu'on voit la malade à son arrivée, elle apparaît dans un syndrome absolument typique de grande hémorragie interne. Elle est pâle,

décolorée, les extrémités sont cyanosées et refroidies. La température est à 38°. Le pouls faible et rapide.

« On lui fait immédiatement une transfusion sanguine de 400 grammes.

« *Intervention* à 22 h. 15 (Calvet). — Laparotomie médiane. Grande quantité de sang liquide et noir. Trompe gauche d'aspect normal. Ovaire gauche : grande poche ouverte qui semble avoir contenu du sang et des caillots. Trompe droite normale. Ovaire droit : poche semblable à celle du côté gauche, non ouverte, aplasiée. Résection des annexes gauches et de la poche ovarienne droite.

« *Examen histologique* (P. Gauthier-Villars). — Des deux fragments, l'un est volumineux, l'autre plus petit :

« 1° Le plus grand répond à la paroi d'un volumineux kyste lutéinique, à paroi infiltrée de sang. La trompe est normale. Il n'existe pas de signes de gravidité.

« 2° Le plus petit a un aspect tout à fait analogue : corps jaune lutéinique kystique. L'infiltration hématique y est aussi intense que de l'autre côté. »

Je répète, une fois de plus, pour que dans l'esprit de mon lecteur le doute ne subsiste pas : dans les hémopéritoïnes les plus abondants ou les plus réduits, la contracture pariétale est absente. Baumann en a fait attentivement la vérification; il a bien voulu rappeler la position que j'avais prise dans ce débat et la justification que le rassemblement de nombreux faits apportait à cette opinion.

Le cri du Douglas, la tension légère de l'hypogastre, la percussion douloureuse, la matité sus-pubienne ou la matité des fosse iliaques, la douleur claviculaire ou scapulaire, une spoliation globulaire marquée (2.300.000, 2.500.000, 2.800.000 globules rouges), surtout les signes généraux, le pouls débile, c'est-à-dire non pas petit, mais affaibli par le moindre effort, pâleur, tendance syncopale, voilà quelques-uns des signes à rechercher. S'il ne s'agit pas d'une vierge et si chez une adulte la réaction de Friedman est négative, la douleur, au toucher vaginal, au niveau du fond de l'utérus ou de l'une de ses annexes pourra faire risquer le diagnostic.

Une des meilleures observations à relire dans ses détails est celle de Creyssel et Colson :

« OBSERVATION. — M^{me} F..., vingt-sept ans, est amenée le 7 septembre avec le diagnostic d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire.

« Ce diagnostic s'impose d'emblée chez cette jeune femme en état d'anémie aiguë, mariée depuis peu, dont les dernières règles remontent à deux mois et qui présente au toucher un empâtement manifeste du Douglas.

« Fille unique, sans antécédents héréditaires, la malade eut une bonne santé dans son enfance. Les premières règles surviennent tardivement à

l'âge de seize ans et, après trois mois d'aménorrhée, le rythme menstruel s'installe définitivement. Dès le début, les règles furent douloureuses, avec des douleurs lombaires et abdominales survenant avant et après la période cataméniale; d'abondance moyenne, d'une durée de trois jours, s'accompagnent presque toujours d'une violente migraine.

« L'histoire actuelle ne s'étend que sur quelques mois.

« Le 12 juin, deux jours après son mariage, la malade a ses règles. Celles-ci sont peu abondantes, mais normales cependant quant à leur durée et leur date d'apparition. Il est à signaler un état dyspareuniqué qui ira en s'accroissant progressivement. Le 20 juillet, les règles arrivent avec huit jours de retard, vraiment insignifiantes, elles ne durent qu'une journée. Le mois suivant : aménorrhée absolue, mais la période menstruelle est marquée par des douleurs lombaires assez violentes pendant plusieurs jours.

« Au début de septembre, c'est-à-dire à une époque coïncidant avec l'intermenstruum, surviennent des douleurs dans le bas-ventre irradiant au périnée et surtout à l'anus à tel point que la malade est dans l'impossibilité absolue de s'asseoir. La dyspareunie s'est accentuée et, la veille de son hospitalisation, la malade rapporte un coût particulièrement douloureux.

« Le 7 septembre au matin, la malade, avant de se rendre à l'usine, est prise d'un accès lipothymique vite dissipé. Quelques heures plus tard, en plein travail, survient une syncope véritable suivie d'une seconde qui se produit en taxi alors qu'on reconduit chez elle la malade.

« A son arrivée, cette femme est très pâle, sans fièvre, avec un pouls rapide à 110. Le toucher vaginal fait sentir un col non ramolli, en antéposition et un empâtement diffus bombant dans le cul-de-sac de Douglas qui est particulièrement douloureux à la pression.

« *Intervention* (docteur Creyssel). — Dès l'ouverture du ventre, le sang s'échappe à flot emportant quelques caillots. L'utérus n'est pas augmenté de volume. Les trompes sont saines. L'ovaire gauche est normal. Du côté droit l'ovaire est très gros, présentant à sa surface trois petites masses kystiques dont l'une est identifiée immédiatement à un corps jaune gravidique. Ablation de l'ovaire droit. Assèchement aussi complet que possible de la cavité péritonéale pour bien vérifier que rien ne saigne plus et qu'en particulier les trompes sont parfaitement saines. La quantité de sang retirée du pelvis peut être évaluée à près de 3/4 de litre.

« Suites opératoires idéalement simples — sans fièvre — lever au douzième jour.

« *Examen de la pièce*. — L'ovaire enlevé est très augmenté de volume. Ses dimensions sont près de quatre fois celles d'un ovaire normal. Sa surface lisse complètement dépourvue d'adhérences, présente trois saillies régulièrement arrondies, manifestement kystiques, identiques par

leur taille. Ces trois kystes échelonnés le long du bord libre de l'ovaire ont le volume d'une grosse noisette et sont situés superficiellement sous l'albuginée. A leur surface, on ne relève aucune trace évidente de déhiscence.

« Le plus interne de ces kystes, de coloration blanchâtre, est un kyste dermoïde. On le vide d'une petite quantité de matière sébacée et de quelques poils.

« Le second a l'aspect d'un corps jaune gravidique avec sa coloration jaunâtre. A la coupe il se présente comme tel, en effet, ayant en son centre une zone hémorragique occupée par un caillot récent.

« La dernière surface bleutée laisse à l'ouverture échapper un peu de liquide séro-sanguinolent brunâtre. A l'un des pôles, on distingue une zone arrondie de tissu spongieux que l'on est tenté d'homologuer à du tissu placentaire, d'autant plus qu'il existe, à sa surface, une petite formation bulleuse laissant entrevoir une portion oblongue et blanchâtre simulant une plaque embryonnaire.

« L'impression première est donc qu'on se trouve en présence d'un cas de grossesse ovarienne. L'ovaire droit étant porteur de trois kystes de natures différentes : un kyste dermoïde; un kyste de corps jaune; un kyste embryonnaire d'implantation secondaire.

« *Examen histologique.* — Le premier fragment appartient à la paroi d'un kyste dermoïde de constitution typique. Dans la zone péri-kystique s'étend une plage hémorragique assez large et de date ancienne.

« Le second fragment est constitué par un kyste lutéinique, très vascularisé et présentant en son centre un foyer hémorragique récent où les globules rouges sont facilement reconnaissables, sans trace d'hémolyse.

« Quant au troisième fragment, ce n'est qu'une portion d'un kyste hématique, entouré d'un piqueté hémorragique et contenant à son intérieur un caillot sanguin presque entièrement résorbé.

« De cet examen nous retiendrons avant tout les trois points suivants :

« 1° L'absence de débris placentaires et de tous tissus pouvant faire penser à une grossesse ovarienne.

« 2° La présence d'un kyste lutéinique en pleine activité sécrétoire.

« 3° La présence de zones hémorragiques disséminées en tous les points du stroma ovarien signant une véritable « apoplexie ovarienne ».

III. — HÉMORRAGIE INTERNE PAR PERFORATIONS UTÉRINES

J'ai eu l'occasion de voir mourir à Broussais, au troisième jour de l'accident, et sous les traits d'une infection suraiguë, une malade atteinte de perforation utérine à complication hémorragique mortelle. Le diagnostic en parut difficile : il a souffert aussi de cet abstentionnisme chirurgical assez traditionnel, en matière d'infection puerpérale, contre lequel, il y a peu de temps, Gosset s'est élevé, avec raison, à la Société de Chirurgie : la laparotomie faite le premier jour aurait probablement permis de guérir.

Je songeais encore, devant ce cas humiliant, que la perforation utérine par curettage n'avait pas toujours cette évolution pacifique dont plusieurs chirurgiens se disent assurés, et dont des gynécologues expérimentés ont donné des exemples justifiant l'abstention opératoire.

« Les faits que je rapporte ici, disait Auvray, sont bien de vraies perforations utérines. J'en ai observé quatre ou cinq cas dans ma carrière, dont deux cas me sont personnels, les autres s'étant produits entre les mains de mes internes. Ces cas ont toujours été traités par l'abstention, le curettage a été immédiatement interrompu, aucun pansement utérin n'a été laissé à demeure, les opérées ont été traitées par les applications de glace sur l'abdomen, les injections vaginales, l'immobilisation absolue et observée de très près dans les heures qui ont suivi pour le cas où une intervention secondaire serait nécessaire. *Toutes ont guéri* de la façon la plus simple, sans qu'aucune complication soit survenue à la suite du curettage, et l'indication d'une intervention chirurgicale ne s'est à aucun moment posée. Voilà les faits. » (Auvray.)

L'observation personnelle que je vais maintenant donner à lire contredit si nettement les optimistes et peut être un tel argument contre l'inertie chirurgicale habituelle en matière d'infection puerpérale, suraiguë, que j'ai recherché pour les réunir, ici, autour d'elle, quelques documents sur ce sujet précis : *la perforation utérine des avortements et curettages.*

« La malade L..., âgée de vingt-cinq ans, était entrée dans le service, à l'hôpital Broussais, le samedi soir 28 mai, pour des douleurs abdominales

et des vomissements incessants. Elle a été vue à son arrivée par l'interne de garde qui fut aussitôt frappé par le mauvais état général : 37°,4 de température; mais pouls petit, mou, à 120, subictère, polypnée; l'interne obtint de la malade le récit suivant : elle était enceinte de trois mois; grossesse normale, sauf quelques très brèves pertes sanguinolentes. Se jugeant mal soignée par son médecin habituel, elle avait demandé un autre médecin qui avait aussitôt jugé un curettage indispensable et s'était dit capable de le faire dans la chambre même; il le fit le vendredi 27, revint le lendemain, retira les mèches intra-utérines, se montra moins satisfait, persuada la malade « qu'il y avait des complications » et qu'il fallait entrer aussitôt à l'hôpital. Cette histoire d'avortement évoqua, dans l'esprit de l'interne, l'idée d'infection utérine, péri-utérine ou septicémique. L'examen local lui montra un col mou, entr'ouvert, des culs-de-sac douloureux mais sans tuméfaction, un utérus de volume sensiblement normal. La paroi abdominale était tendue plus que contracturée, mais en tension ferme; pas de météorisme. Concluant à une infection *post abortum*, après avoir bien fait répéter à la malade qu'elle n'avait pas de vertige et qu'elle n'avait eu aucune syncope, il prescrivit le sérum anti-streptococcique de Vincent, la glace sur le ventre, les tonicardiaques.

« Le dimanche matin, il revit la malade avec un chirurgien du bureau central : la situation semblait améliorée très légèrement, température, 38°,5, pouls un peu moins rapide, mais très mou. La malade avait uriné et se plaignait moins. Il y avait encore une tension de la paroi qui n'était pas celle d'un ventre de bois, mais qui s'opposait à la palpation profonde: il y avait début de météorisme. Un nouvel examen gynécologique ne révéla aucune tuméfaction inflammatoire latéro-utérine : c'est encore sur ce diagnostic d'infection utérine avec pelvi-péritonite streptococcique que le chirurgien et l'interne s'accordaient et qu'après tâtonnements ils décidèrent de ne pas intervenir, mais de continuer le traitement sérothérapique.

« Le lundi matin, je vois la malade : elle est mourante, facies excavé, pouls incomptable, béatitude d'euphorie pré-agonique. Comme elle m'est présentée comme une infection puerpérale *post abortum*, je m'assure qu'il n'y a pas de péritonite, je me contente de palper le ventre où je constate l'absence de toute contracture et un ballonnement tympanique en haut, mat à l'hypogastre et dans les fosses iliaques. A cause du subictère conjonctival, du pouls déficient, du peu de température, du météorisme, de l'euphorie, d'une leucocytose modérée, 12.500, je pense à la possibilité d'une hémorragie interne et j'interroge, sur ce point, ceux qui ont suivi la malade; mais eux-mêmes ont toujours songé à ne pas méconnaître une rupture de grossesse extra-utérine et ils sont formels sur les raisons de n'y pas penser. Au surplus, la malade est inopérable; le débat actuellement n'est plus que théorique.

« L'autopsie que je demandai avec la curiosité, que j'ai dite, d'une hémorragie interne, montra qu'il s'agissait d'une large déchirure du fond de l'utérus, déchirure des dimensions d'une pièce de 2 francs à bords éversés, déchiquetés, et d'un grand épanchement de sang noirâtre dans le ventre. La malade était morte d'hémorragie interne par perforation traumatique de l'utérus. »

C'était la première perforation utérine que je voyais. Elle a contrarié vivement les souvenirs que je gardais de ce qu'avaient dit des ruptures, au cours des curettages, quelques-uns de mes collègues, et elle m'a fourni de la gravité de cet accident une image qui était difficile à interpréter, mais qui est plus difficile encore à oublier.

Image bien différente, notamment de celle que Siredey a peinte, avec des tons si tendres, et que je vais reproduire :

« La fille d'un de mes amis, médecin, mariée depuis quelques mois, avait fait, sans grave imprudence et sans cause nettement appréciable, une fausse couche de six semaines. L'accident ne provoqua aucune menace d'infection, aucune douleur dans le bas-ventre, à la suite de l'expulsion du fœtus. Mais il fut suivi de petites pertes de sang prolongées, peu abondantes, presque continues, qui, malgré un essai loyal de repos, persistèrent pendant plus de deux mois, sans aucune réaction inflammatoire, sans le plus léger mouvement de fièvre. Consulté plusieurs fois à ce propos, je conseillai un curettage. Cette intervention fut pratiquée à la campagne, chez les parents, par un chirurgien de vocation récente, et, bien que me trouvant dans leur voisinage immédiat, je n'y assistai pas.

« J'eus la pénible surprise de voir apparaître soudainement devant moi la mère affolée de la jeune femme, me disant que la curette avait perforé l'utérus et que le chirurgien se préparait à faire une opération sur le ventre pour y remédier.

« J'accourus aussitôt; le chirurgien me raconta qu'en râclant le fond de l'utérus il avait senti brusquement que la curette pénétrait dans l'abdomen, le manche arrivant presque au col !

« Il se proposait d'ouvrir immédiatement l'abdomen pour suturer l'utérus ou l'enlever suivant les circonstances. J'avoue que je fus immédiatement dominé par un réflexe sentimental. La pensée de voir cette jeune femme menacée, à vingt et un ans à peine, d'une opération grave, peut-être même d'une ablation de l'utérus lui enlevant tout espoir de maternité, me parut effroyable. Mes craintes s'aggravaient de la voir entre les mains d'un chirurgien qui ne m'inspirait qu'une confiance relative. Il m'avait semblé, d'ailleurs, qu'elle n'avait aucun symptôme d'infection. La curette n'avait retiré que des débris de muqueuse, peut-être quelques vestiges de membranes ou un vague rudiment de débris placentaire, mais on n'y observait rien de suspect.

« Je me prononçai nettement en faveur de l'abstention. La malade fut

reportée dans son lit, on appliqua de la glace sur le ventre. On évita même de faire une injection et on attendit.

« Je revis la jeune femme deux heures plus tard, puis vers 10 h. 30 du soir, tout allait aussi bien que possible : pas de douleurs, pas de fréquence exagérée du pouls, pas de fièvre.

« Il en fut de même le lendemain et les jours suivants. Il n'y eut ni élévation thermique, ni réaction inflammatoire locale. La guérison paraissait complète au bout de dix jours et elle n'avait été troublée par aucune alerte. Le repos fut maintenu pendant quelques jours, puis la malade se leva, reprit peu à peu sa vie habituelle et son activité normale.

« L'année suivante elle eut une grossesse qui ne fut pas troublée par les incidents antérieurs. » (Siredey.)

Je me rappelais encore un cas de Duddley et un cas semblable cité par Sauvé, où même l'éviscération transutérine d'une anse intestinale avait été réduite et guérie sans intervention chirurgicale; il y a donc bien des cas, ceux, par exemple, vus par Siredey, Sauvé, Auvray, propres à refaire, à celui qui eut la malchance ou la gaucherie de perforer la matrice, une confiance apaisante; mais l'on peut dresser en face de ces faits si heureux beaucoup d'exemples très sévères.

Je commencerai, pour montrer jusqu'où peut aller certaine sauvagerie d'opérateur improvisé, par une observation allemande contée par Ræmi-Bœsch : elle fera comprendre qu'à quelque temps de là un chirurgien allemand ait pu écrire : « Les blessures de la matrice les plus graves, les plus brutales, dans les tentatives d'avortement, sont toujours faites par des médecins... C'est ainsi qu'ils ont arraché de leur mésentère des anses entières, enlevé des fragments d'épiploon, blessé la vessie, le rectum, le gros intestin... C'est sans doute un trouble du jugement tournant à la confusion complète, dès qu'il y a hémorragie importante, qui fait que l'on a pu retirer des anses intestinales longues de plusieurs mètres en les prenant pour le cordon ombilical (Stœckel), ou que l'on a pris des lambeaux d'épiploon et d'appendices épiploïques pour des débris placentaires. » (Klein.)

Ræmi-Bœsch fut appelé auprès d'une femme de trente-huit ans, à laquelle un médecin, quelques heures avant, avait fait « un curage digital » pour hémorragie d'une grossesse de quatre mois. Ce curage avait duré deux heures; sans anesthésie, ni instrument; il n'avait été interrompu que par le long évanouissement de la malade et surtout l'opposition coléreuse de la famille. Lorsque le chirurgien arriva, la malade était sans pouls perceptible et gisante dans une mare de sang. L'examen montra que ce que le médecin avait cru être « une tumeur, un myome » était l'utérus à peu près entièrement arraché, pendant hors de la vulve, détaché des trompes, des ovaires, de son insertion vaginale et ne tenant

plus que par une mince bride péritonéale qui fut aussitôt pincée et coupée. La laparotomie faite sur-le-champ devait permettre des constatations plus étonnantes : tout le péritoine pelvien était déchiré jusqu'au squelette, les trompes et les ovaires étaient détachés par arrachement et également attirés jusqu'à la vulve. Les artères utérines étaient longuement



Fig. 102. — Large perforation utérine compliquant un curetage et compliquée d'une lésion intestinale grave. On voit, sur cette pièce d'hystérectomie, l'intestin grêle hernié et étranglé dans l'utérus. (Collection personnelle.)

dénudées, mais avec une torsion providentielle. Le chirurgien répara de son mieux ces ravages singuliers, cette hystérectomie vaginale faite avec les ongles par le robuste et intrépide médecin qui avait cru enlever, par torsion et énucléation, un myome latéro-utérin.

Pareil taraudage sous-pubien est sans doute sans analogue, mais les

cas de curettage avec perforation utérine et lésion des viscères voisins ne manquent pas. Je n'hésite pas à multiplier les exemples.

Dans le cas de Guyot et Villar, c'est l'intestin qui, obturant la perforation, s'est coudé et occlus; dans le cas de Maxwell, où deux médecins firent ensemble le curettage, il y avait eu large plaie du rectum qui fit qu'un grand lavement (magnésie et glycérine), donné pour combattre la distension tympanique de l'abdomen pendant que l'on préparait une transfusion, fut envoyé dans le péritoine et hâta la mort.

Stockel crut d'abord que la perforation utérine qu'on lui montrait, en cours de curettage, avait été faite par son assistant; il conseilla à celui-ci de laisser la malade se réveiller pour qu'elle pût être renseignée sur la possibilité d'hystérectomie. Il intervint ensuite par le ventre, trouva une perforation assez ancienne, une brèche énorme dans un des ligaments larges, trompe et ovaire arrachés; l'interrogatoire, plus tard, apprit que, dans ces dégâts, « plusieurs médecins étaient impliqués ».

Une opérée de Rosensweig avait une plaie transfixiante de la vessie avec égale déchirure de sa face antérieure et de sa face postérieure.

La malade de Schmid, se croyant enceinte, avait été « opérée » par un médecin qui, pour les vomissements et les douleurs survenus aussitôt après son intervention, avait dit « appendicite » et avait dirigé la malade vers l'hôpital. Là, le toucher fait découvrir dans le vagin des anses intestinales qui, à l'inspection, se montrèrent violettes et distendues. On opère par laparotomie et on voit la large perforation utérine où s'engagent et s'étranglent l'intestin et son mésentère. On résèque l'intestin au-dessus et on rétablit sa continuité; puis on enlève l'utérus et ce qu'il contient d'iléon. Ce n'était pas le premier cas de ce genre opéré par Schmid et il n'aurait songé ni à s'en étonner, ni à le publier; « mais, ajoute-t-il, que l'intestin soit tiré, blessé et étranglé dans un utérus quand il n'y a même pas de grossesse, voilà qui est extrêmement rare; je ne connais que deux cas, celui de Pigwart, celui de Schäfer ». A quelque temps de là, Schmid dut, pour un cas à peu près semblable où le médecin avait également fait la perforation utérine et le harponnage intestinal, pratiquer une hystérectomie et une colectomie étendue.

Les lésions urétérales sont citées par Rathemond, Klauser.

Pour la malade d'Ionescu et Hristu, c'est une sage-femme qui avait « opéré ». Les surprises ne devaient pas être moindres une fois le ventre ouvert: on trouva une infection purulente avec matières intestinales dans la cavité péritonéale, la mise en liberté par effraction intestinale d'un ascaris; il y avait une large perforation utérine: rien ne venant avec la curette, la sage-femme avait, avec une pince, attiré le corps résistant, puis coupé avec des ciseaux: c'était une des dernières anses iléales.

Faut-il citer quelques cas où le corps étranger lui-même, le corps du délit fut retenu dans le ventre? Dans un cas de Lecène, la canule était

dans le ligament large. Schwarz enleva près du cæcum un crochet d'ivoire; Lewis, Leicester trouvent chacun un morceau de bois dans le bassin. Gould, qui a senti l'extrémité supérieure du crochet à deux doigts de l'ombilic, sous les téguments, au centre d'un abcès, a la grande surprise, le lendemain, de le trouver engagé dans le vagin et facile à retirer. Schreiner ne fut renseigné sur le corps étranger que par la radiographie, et c'est Weber qui enleva par laparotomie le fragment de canule vu, à hauteur de l'articulation sacro-iliaque gauche, sous les rayons.

Même si j'écarte comme trop facilement convaincants ces cas où la perforation utérine se complique d'une autre lésion viscérale et les cas où la perforation utérine se complique de rétention de corps étrangers, le pronostic de la perforation elle-même est loin d'être toujours rassurant; les exemples sont encore nombreux qui montrent les uns *l'infection suraiguë*, les autres *l'hémorragie grave*.

L'observation de R. Riss: Une jeune femme de vingt-deux ans qui avait subi une injection intra-utérine d'une sage-femme arrive trente-deux heures après dans un état de prostration extrême, avec hoquet, gémissements, subictère, facies terreux, excavé, pouls incomptable, hypothermie, un ventre douloureux avec contracture rigide de la paroi; elle succombe quatre heures plus tard (trente-six heures après « l'opération » de la sage-femme). L'autopsie montra la péritonite putride, le flot de pus, la perforation utérine.

L'observation de Gueulette: c'est un très bel exemple d'hémorragie interne par perforation. La malade arrive à l'hôpital Saint-Antoine précédée d'un message indirect du médecin, faisant savoir qu'il craint d'avoir perforé l'utérus au cours d'un curettage pratiqué, le matin même, sous anesthésie générale. Gueulette apprend qu'au réveil, après le curettage, la malade a eu une syncope, puis des douleurs abdominales extrêmement vives, puis plusieurs autres syncopes et quelques vomissements. A minuit, quand Gueulette la reçoit, la malade est exsangue. Pouls, 120, température, 38°,2, en état syncopal. Respiration rapide, superficielle. Au palper, douleur hypogastrique, défense légère au même niveau; au toucher, col mou, dilaté; Douglas saillant, douloureux; la mobilisation de l'utérus arrache des cris à la malade. Gueulette intervient aussitôt. A l'ouverture du péritoine s'échappe du sang liquide en abondance; il vient d'une large perforation déchiquetée de la paroi antérieure de l'utérus. A côté de l'utérus, débris d'un embryon de trois mois environ: tête, thorax éviscéré. Hystérectomie subtotal. Guérison.

Il est probable, comme le fait remarquer Gueulette, que la perforation, d'abord petite, mais méconnue en cours de curettage, a dû être curettée à son tour, agrandie, déchiquetée: ce sont les signes généraux seuls qui avertirent le médecin. Et Gueulette a encore bien raison lorsqu'il ajoute: « A la lecture des observations tant françaises qu'étrangères que nous

avons pu recueillir, nous avons été frappé du peu de mention et du maigre intérêt que l'on porte au facteur hémorragie, dans les cas de perforation utérine... On n'a pas le droit de compter sur les résultats heureux. Les dangers de l'infection toujours possible, l'ignorance où l'on est dans les premières heures des dégâts mécaniques qu'a pu créer l'instrument qui a dépassé les limites de la paroi utérine sont autant d'arguments en faveur de l'intervention immédiate. »

Encore des exemples d'hémorragie, mais brefs : L'une des deux perforations opérées par J.-Ch. Bloch « avait laissé sourdre dans le péritoine une quantité assez notable de sang pour entraîner des signes d'anémie ».

Deux des six malades opérées par Pierre Monod et Kiraly avaient un abondant épanchement de sang dans le ventre; une autre de leurs malades avait, nageant dans un liquide fétide, et libre dans la cavité péritonéale, un fœtus de quatre mois environ, auquel une perforation de 5 centimètres de diamètre avait donné passage. La malade dont Doderlin raconte l'histoire avait été curettée par un médecin et endormie par la femme de celui-ci; la mort survint, en quatre heures, par hémorragie interne cataclysmique, due à une perforation de la paroi antérieure.

Villar a observé deux cas de perforation utérine. Dans l'un d'eux, il a fallu intervenir, le soir même, à cause d'un syndrome hémorragique grave. Dans le deuxième cas, il y avait littéralement éclatement d'une corne utérine et de la trompe. Cette malade eut une hémorragie formidable; deux transfusions de sang réussirent à la sauver, mais elle mourut au quatrième jour, d'occlusion intestinale.

Si la malade échappe *aux accidents immédiats*, elle reste exposée à de graves accidents secondaires, eux aussi, ou hémorragiques ou infectieux.

La démonstration, par les faits, de la gravité fréquente des perforations utérines, me paraît obtenue. Combien de perforations guérissent sans hémorragie, sans péritonite ? Nous l'ignorons toujours; mais nous ignorons aussi beaucoup de celles qui font succomber les malades; car, dans les morts dites par « infection puerpérale », parmi, notamment, les cas non traités chirurgicalement, les vérifications d'autopsie, si elles étaient de règle, montreraient bien des traumatismes utérins passés inaperçus (1).

(1) Avec le cas de Mauclaire, le risque de perforation en deux temps est démontré et même l'obscurité des lésions en cours de laparotomie : Mauclaire intervient chez une femme de vingt et un ans qui, après une tentative d'avortement, trente-six heures après, a un facies péritonéal, un ventre ballonné. On ne voit qu'un peu de liquide séreux et, sous la séreuse intacte, une zone noirâtre sur le fond de l'utérus. L'opérateur se contenta de drainer. Dix jours plus tard, la malade succombait à une péritonite généralisée par perforation utérine large. La zone noirâtre du fond de l'utérus s'était, par traumatisme, thrombosée, nécrosée; le stade préparatoire de l'escarre. Lorsque celle-ci tomba: péritonite; et le drainage ne suffisait plus.

Aux arguments de gravité, dont je viens de dire quelques-uns, doivent s'ajouter les arguments tirés de la difficulté même du diagnostic. Avec quelle sécurité de conscience, même si l'on croit pouvoir, dans les infections puerpérales suraiguës, n'être pas interventionniste, savoir toujours écarter le soupçon d'une hémorragie interne ? Sur quel signe irrécusable, quand il y a un pouls à 130, une température à 37°, un ventre un peu distendu, du subictère, dire, avec certitude, pelvi-péritonite ou septicémie à streptocoque, et non hémorragie intra-péritonéale ? Le cas que j'ai rapporté a trompé un interne fort instruit et un chirurgien du Bureau central. Je n'ai pas eu de peine à trouver d'autres exemples de débat difficile.

Et même, dans des cas moins tragiques et laissant plus de temps pour un examen clinique approfondi, l'erreur est possible. Je vais, avant de le prouver, donner un exemple de bon examen clinique où Proust, à cause d'une plaque de contracture limitée mais nette, exigea l'intervention immédiate : on trouva une perforation du cul-de-sac postérieur du vagin, par auto-mutilation chez une femme qui n'avait, d'ailleurs, malgré le retard de trois semaines qui l'avait affolée, aucun début de grossesse (*in* Thèse de Bergouignan).

Karl Hérold, qui a publié une belle observation que je vais rappeler, a tenu à placer en exergue cette parole de Werth, à laquelle tous les chirurgiens souscrivent : « Reconnaître une grossesse ectopique est facile dans bien des cas, mais, dans d'autres qui ne sont pas nombreux, c'est l'une des épreuves les plus difficiles de diagnostic gynécologique ; plus d'un gynécologue exercé a dû s'y arrêter longuement plus d'une fois. »

La malade de Karl Hérold racontait un retard de règles et une chute dans l'escalier depuis laquelle, pendant douze jours, elle perdait du sang. A son arrivée, elle est pâle. On sent, dès le palper abdominal, une tuméfaction iléo-pelvienne gauche; au toucher, à côté de l'utérus, et à gauche, il y a bien une tumeur ovoïde du volume d'un œuf d'oie, dont le médecin de la malade affirme un grossissement rapide qui va se vérifier à l'hôpital et conduire à une intervention précoce. Celle-ci montre qu'il s'agit, sous une coiffe importante d'épiploon et d'anses intestinales, non pas d'une grossesse extra-utérine, mais d'un abcès situé contre une perforation déchiquetée de l'utérus. Au lieu de la chute dans l'escalier, si souvent invoquée, il s'agissait d'une intervention instrumentale du mari qui avait voulu avec un canule, tout à coup intolérablement douloureuse et perforante, donner une injection intra-utérine.

Je crois que la lecture des faits que j'ai rassemblés permet de proposer aux cliniciens et chirurgiens les conclusions suivantes :

Si une perforation utérine par manœuvre abortive ou opératoire a été sûrement constatée, elle exige la surveillance de la malade en lieu chirurgical et, à la première accélération du pouls ou à tout autre signal, la laparotomie exploratrice.

Les perforations utérines des médecins avorteurs ne sont pas les moins redoutables; à cause du rôle de l'instrumentation, elles dépassent généralement en brutalité, en risque d'étendue, celles des sages-femmes et celles faites par les malades elles-mêmes.

L'instrument qui a perforé l'utérus a pu léser la vessie, le rectum, le côlon, l'intestin grêle, un uretère ou de gros vaisseaux.

Dans les suites troublées des avortements et les suites troublées des curettages pour accidents *post abortum*, il faut penser à la possibilité d'une perforation utérine et en craindre également ou une grave hémorragie précoce ou secondaire, ou les accidents infectieux et nécrotiques d'abord locaux, puis vite péritonéaux et eux-mêmes précoces ou retardés.

En présence d'un syndrome grave, avec signes abdominaux pelviens et signes généraux survenant chez une femme enceinte qui avoue ou non la tentative d'avortement, il convient de ne pas s'en tenir trop passivement au diagnostic d'infection puerpérale *post abortum*, ni d'adopter de parti pris l'abstention chirurgicale : on risquerait de méconnaître ou des hémorragies internes ou des péritonites naissantes, faciles à guérir par laparotomie. Il ne faut pas non plus pratiquer un second curettage sans les plus grandes précautions d'indications et de technique : certains opérateurs ont commis l'erreur de prendre pour des signes de rétention placentaire des signes de perforation et puis ont agrandi celle-ci à coups de curette.

Peut-être le syndrome abdominal aigu d'irritation péritonéale, par épanchement progressif de sang, que Meillère a récemment cherché à préciser, a-t-il, ici, l'une de ses meilleures occasions : « Etat nauséux avec blocage intestinal, ventre modérément ballonné et tendu, sensible à la palpation, défense pariétale, météorisme voilant la matité déclive, fatigue générale, facies pâle non péritonéal, fièvre moyenne. » C'est un tableau assez comparable à celui des formes pseudo-occlusives des grossesses extra-utérines. Je rappelle ce que j'ai dit au sujet de ce tableau clinique : il ne faut pas conclure avant d'avoir exploré, par *toucher rectal*, le cul-de-sac de Douglas.

Dans mon livre « Avortements mortels », j'ai repris, avec des documents plus nombreux, l'étude de cette question : son importance, n'en doutons pas, cessera d'être niée ou déformée ou minimisée.

IV. — HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE D'ORIGINE NON GÉNITALE

Je ferai, dans ce chapitre, ce que je fais pour tout chapitre de quelque nouveauté : l'apport des matériaux, plutôt qu'une glose prématurée. C'est un rassemblement nécessaire, quand naissent les questions nouvelles : les bonnes observations gardent toujours leur vertu d'enseignement; que de « tableaux », au contraire, vite fanés ou d'emblée arbitraires.

Le chirurgien appelé pour syndrome abdominal, s'il se trouve en présence des signes d'une hémorragie interne grave chez une femme, fait le diagnostic d'hémorragie d'origine génitale et, n'ignorant pas les quelques autres raisons (kystes lutéiniques, kystes hématiques, myomes variqueux ou autres tumeurs), s'en tient au diagnostic d'hémorragie d'origine gravidique (avortement ou rupture tubaire). Si c'est d'un homme qu'il s'agit et d'un syndrome d'anémie aiguë avec phénomènes abdominaux, le premier diagnostic qui vient à l'esprit du clinicien, c'est celui d'une hémorragie à l'intérieur du tube digestif, le plus souvent par ulcère du duodénum; l'intervention est différée; on guette, les jours suivants, le signe de vérification : le melæna, et l'on parle de chirurgie prochaine.

Il arrivera que ces deux diagnostics : grossesse tubaire, hémorragie par ulcère, seront faux, et que l'exploration, uniquement pelvienne dans un cas, le retard opératoire, dans l'autre, seront des erreurs coûteuses. J'en donnerai plus loin des exemples.

D'autres syndromes hémorragiques doivent être connus du médecin et du chirurgien. Je ne parle pas des découvertes restées d'exception : érosion d'une veine iliaque primitive gauche, après thrombo-phlébite puerpérale (Cordes), rupture spontanée d'un hémangiome du foie (Karp), hémorragie hépatique par cirrhose syphilitique (Dechaume), hémorragie par cancer du foie (Sala), hémorragie par lithiase pancréatique (Irsigler); je ne parle pas non plus des ruptures spontanées de rates palustres, auxquelles j'ai déjà fait allusion, ni des pancréatites hémorragiques, des infarctus de l'intestin : de longs chapitres leur sont consacrés. Je retiendrai deux exemples particulièrement intéressants à connaître lorsqu'on se trouve aux prises avec une de ces laparotomies exploratrices où, dans

un ventre plein de sang et d'anses dilatées, la recherche du point hémorragique est à la fois difficile et urgente : 1° *la rupture des anévrysmes de l'artère splénique* ; 2° *les apoplexies abdominales par hémorragies d'artères friables*. Quelques observations de chirurgiens feront voir les conséquences des laparotomies incomplètement exploratrices ; d'autres feront voir le bénéfice des gestes précis.

Ce chapitre traite de questions encore assez peu connues pour que j'y reste fidèle à la méthode que j'ai déjà fixée : apporter quelques faits, avec leurs détails, plutôt que des tableaux prématurément brossés.

A. — RUPTURE DES ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE SPLÉNIQUE

Deux élèves de L. Tixier : P. Bertrand et Clavel, ont fait une bonne étude de cette lésion : ils ont recueilli plus de vingt observations anatomo-cliniques très explicites et cinq observations de cas opérés. Sur les 27 cas, 13 fois la rupture se fit dans le péritoine, 1 fois dans le péritoine et l'estomac en même temps, 6 fois dans l'estomac, 4 fois dans le côlon, 1 fois dans la veine splénique. Ce sont les 14 premiers cas qui, du point de vue que j'ai adopté dans ce livre, sont les plus intéressants.

Après des prodromes vagues et facilement trompeurs : vertiges, tendance à la syncope, barre épigastrique ou, plus trompeurs encore, petite hématomèse, melæna, éclate avec violence et surprise le drame de la rupture.

Dans des cas où les signes vont continuer à égarer le clinicien, il n'y a que des phénomènes gastro-intestinaux : hématomèses importantes et répétées (jusqu'à plus d'un litre de sang rutilant, sans caillots) ou melæna. L'observation de Rochet et Peycelon est typique.

« Homme, trente-neuf ans. Entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour hématomèse abondante survenue l'avant-veille. Le malade nie toute spécificité.

« L'hématomèse qui amène le malade à l'hôpital a débuté brusquement, deux jours avant son entrée, sans aucun prodrome. La quantité de sang est évaluée par le malade à un demi-litre environ.

« A l'examen : malade un peu pâle. Température, 37°,4, pouls à 120. La palpation abdominale est gênée par un état de contracture des grands droits dans la région sus-ombilicale, qui rend l'exploration profonde difficile, mais on ne trouve aucun point douloureux précis, soit épigastrique, soit dorsal ; on ne perçoit aucune tuméfaction.

« Le foie déborde le rebord costal d'un travers de doigt. La rate n'est pas perçue, il n'y a pas d'ascite ; on écarte, après examen, le diagnostic de cirrhose et l'on pense plutôt à un ulcus hémorragique.

« Intervention : Laparotomie sus-ombilicale médiane : on ne trouve pas

de traces extérieures sur l'estomac de l'ulcération qui saigne. La palpation ne montre aucune induration gastrique. Le péritoine gastrique et sus-ombilical est sain, sans trace d'inflammation. Le grêle contient peu de sang, mais, en revanche, le gros intestin en contient une assez grosse quantité.

« On pratique une gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique rapide au bouton de Jaboulay, fermeture de la paroi.

« Les suites opératoires, au début, furent très simples. La température se maintint à 37°.

« Le 13 septembre, dans la soirée, le malade présente brusquement un état syncopal, se plaint de sensation de plénitude et de pesanteur épigastriques et meurt subitement, peu après l'apparition de ces accidents.

« Il s'agit, à l'autopsie, d'un anévrysme développé aux dépens de l'artère splénique et ouvert secondairement dans l'estomac. »

Dans d'autres cas, les signes sont bien ceux d'un syndrome abdominal aigu et non pas d'une hémorragie dans le tube digestif. Ou les signes d'une hémorragie interne grave : pâleur, pouls petit, rapide, sans tension ; respiration écourtée, extrémités froides, cyanosées. Ou des signes moins nets de saignement et plus de signes de ballonnement intestinal, de météorisme.

Dans le premier cas, si c'est une femme, on pense à une grossesse extra-utérine brusquement compliquée ; dans le second cas, on fait le diagnostic d'occlusion intestinale. Deux exemples me sont fournis par l'observation de Smith et celle de Bertrand et Clavel.

Le malade de Smith : « Femme de trente-huit ans, a ressenti, pendant une promenade, une douleur brusque très intense à l'épigastre. Perte de connaissance. Apportée immédiatement à l'hôpital. Peu après, reprise des sens, vomissements.

« A l'examen : Etat de shock intense, extrémités froides, pouls imperceptible. Muqueuses très pâles, légèrement cyanosées. Abdomen sans contracture. Sensibilité générale de l'abdomen, mais particulièrement marquée à l'épigastre ou dans la région péri-ombilicale. Matité abdominale. Flot. Tympanisme cæcal.

« On fait le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale abondante, en suspectant la rupture d'une grossesse ectopique.

« Intervention : Abdomen rempli de sang et de caillots. On ne découvre aucune source de l'hémorragie dans le pelvis.

« On fait alors une rapide exploration de l'abdomen : on découvre que l'hémorragie vient de l'arrière-cavité des épiploons, où l'on trouve une tumeur à travers l'épiploon gastro-colique.

« Cette tumeur est vaguement ovale, son plus grand diamètre atteint 7^{cm},5. Elle paraît être développée aux dépens de la portion moyenne du pancréas. Sur sa face inférieure se trouve une déchirure de 2^{cm},5 de long,

obturée par un caillot sanguin. Cette tumeur semble kystique et, à travers ses parois, on a l'impression de plaques calcifiées.

« On tente l'ablation du sac, mais les tissus sont trop friables.

Le sac est alors ouvert largement : il contient des caillots sanguins et un peu de sang frais artériel. Il ne se produit pas d'hémorragie après évacuation du contenu. On pense alors à un kyste hémorragique rompu du pancréas. L'état de la malade ne permettant pas de prolonger plus avant l'opération, le sac ouvert est bourré de gaz et marsupialisé.

« Décès deux heures après la fin de l'opération.

« Autopsie : la tumeur que l'on n'avait pu qualifier à l'intervention fut identifiée : anévrisme de l'artère splénique développé aux dépens de la face antérieure de l'artère au niveau de sa partie moyenne et rompu dans le péritoine. Les parois de l'anévrisme étaient fortement adhérentes à la face antérieure du pancréas. »

Le malade de Bertrand et Clavel :

« Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans pour lequel le diagnostic de volvulus de l'S iliaque semble s'imposer.

« L'état général est très faible. Température, 37°, pouls à 160. Pâleur extrême.

« Intervention : Laparotomie médiane sous-ombilicale rapide. A l'ouverture du péritoine s'échappe un flot de sang rouge brun. Les anses intestinales protégées par des compresses, le côlon sigmoïde relevé, le sang paraît venir du fond du pelvis où l'on trouve des caillots organisés, véritable poche d'hématocèle.

« L'état général ne permet pas de rechercher la source de l'hémorragie qui réside peut-être dans une rupture d'anévrisme. Tamponnement serré du petit bassin avec trois grandes mèches de gaze. Fermeture de la paroi aux fils de bronze.

« Contre toute attente, le malade supporte bien l'intervention et s'améliore à tel point que, le surlendemain, on peut le transporter dans le service du professeur Tixier où, après divers incidents syncopaux, il succombe deux mois plus tard.

« Autopsie : il s'agit d'un anévrisme du volume d'un gros poing développé sur la paroi antérieure de l'artère splénique un peu plus près de la terminaison de cette artère dans le hile de la rate que de son origine sur le tronc cœliaque.

« Cet anévrisme est largement rompu dans l'estomac, au niveau de la face postérieure de cet organe, près du tiers moyen de la grande courbure. Il s'est évidemment fissuré aussi à un moment donné dans le péritoine, puisqu'il était entouré de caillots, mais la fissure n'a pas été retrouvée. »

Le diagnostic pré-opératoire des ruptures d'anévrismes de l'artère splénique ne sera jamais facile et ce n'est pas lui que nous pouvons espérer

faciliter beaucoup; mais nous avons réuni ces exemples pour éclairer certaines laparotomies et essayer d'y guider les chirurgiens.

Il y aurait un beau travail à faire sur les laparotomies d'urgence obscures, sur leur exécution plus claire, sur les chemins à suivre les premiers, les petits signes à surprendre vite, les souvenirs à bien entendre. Je donne ici, dans les divers chapitres, quelques éléments de ces diagnostics *de visu* dans les ventres ouverts; mais ne m'occupant que de clinique et non de thérapeutique ou de technique, je ne le fais que brièvement.

Les ruptures d'anévrismes d'artères abdominales, de l'artère splénique en particulier, doivent être connues des chirurgiens : on sortira peu à peu du temps des surprises et l'on saura, de mieux en mieux, ce qui n'a jamais été fait jusqu'ici : établir le diagnostic pendant l'intervention. Le bon diagnostic clinique est un objectif beaucoup plus difficile : on ne connaît que l'exemple unique de Hægler qui sut, chez un homme de soixante et un ans, dont on sentait dans l'épigastre une tumeur pulsatile, faire le diagnostic d'anévrisme de l'artère splénique, mais qui n'en eut la vérification qu'à l'autopsie. Les exemples que j'ai donnés plus haut ont montré les difficultés et les contre-temps d'une laparotomie lentement orientée ou restée aveugle (1). Or le diagnostic opératoire suffirait. Dans le cas de Marshall, il fut fait au cours d'une réintervention et la guérison opératoire fut obtenue :

« Homme, vingt-sept ans, opéré pour une plaie pénétrante de l'abdomen par balle. L'orifice d'entrée siégeait à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, au-dessous de la pointe xiphoïdienne. Après incision du trajet, le péritoine fut ouvert, le lobe gauche du foie était traversé ainsi que l'épiploon gastro-hépatique; la paroi postérieure de l'arrière-cavité présentait un orifice par où suintait du sang. On se contenta de suturer le péritoine à ce niveau. Guérison avec une fistule pancréatique causant des lésions cutanées très douloureuses.

« Quatre mois après, le malade revient à l'hôpital en très mauvais état : vomissements, tension douloureuse de l'épigastre, pouls à 112, respiration accélérée.

« Deuxième laparotomie : on ouvre un hématome profond dans l'arrière-cavité et, en enlevant les caillots, on provoque une hémorragie artérielle importante. En raison de la profondeur des parties, on doit se résoudre à établir un tamponnement serré. Le blessé se rétablit progressivement.

(1) Fischmann a publié l'observation d'un homme de vingt-cinq ans, mort de l'hémorragie intra-péritonéale déterminée par l'érosion, par un ganglion tuberculeux, d'une branche de l'artère mésentérique supérieure. Le diagnostic qui avait été fait : appendicite perforante. — Lambert (de Liège) a vu une hémorragie, née au niveau du ligament rond du foie, faire croire à un ulcère perforé.

« Au huitième jour, hémorragie importante intra-péritonéale.

« Troisième intervention qui consiste en une ligature de l'artère splénique de chaque côté d'un anévrysme du volume d'un pois. Le bout périphérique donnait, en effet, abondamment.

« La convalescence ne fut interrompue que par un abcès sous-phrénique gauche qu'on dut inciser, ce qui permit d'examiner la rate qui conservait un aspect normal. »

B. — APOPLEXIE INTRA-ABDOMINALE

Je crois que cette désignation, pour d'autres localisations si démodée, est de Green et Powers (de Boston).

Ils s'étaient trouvés en présence d'un *hémopéritoine spontané*, d'allure cataclysmique. Ils en découvrirent l'origine dans une rupture de l'artère coronaire stomacique et purent guérir leur malade. Autour de leur belle observation, ils réunirent celles de Starke, de Budde, de Hilliard, de Ducuing et Florence. Dans trois cas, très nettement, existaient les antécédents et les lésions d'artérite chronique : aussi Green et Powers, s'appuyant sur les recherches d'Albutt pour qui les artères viscérales et cérébrales sont affectées de la même façon chez les artérioscléreux hypertendus, peuvent-ils s'étonner que « l'apoplexie abdominale » ne soit pas plus fréquente ou plus fréquemment vérifiée.

Peut-être la connaissance de ce syndrome abdominal aigu par hémorragie artérielle intra-péritonéale sera-t-elle peu à peu plus riche en bons documents.

Voici l'observation de Green et Powers :

« Une veuve de cinquante-quatre ans entre à l'hôpital pour une douleur abdominale sévère datant de cinq heures.

« Antécédents : La malade souffrit d'une hémorragie intra-oculaire, il y a cinq ans. Trois ans après, elle subit un examen médical pour une importante perte de poids et des épistaxis. Durant l'année passée, elle a eu occasionnellement des crises soudaines de douleur aiguë dans la région précordiale avec irradiation à l'épaule gauche et augmentant progressivement de fréquence. Six mois avant son admission, elle sut, par son médecin traitant, que sa pression sanguine systolique était de 270. Le repos fut prescrit, mais non observé. Une perte progressive de poids de 40 livres fut notée pendant les deux dernières années. Il n'y avait pas d'histoire de souffrances épigastriques; il n'y avait pas de selles sanglantes, pas de constipation, pas de diarrhée. Son appétit était bon et ses intestins réguliers avec des laxatifs salins.

« Maladie actuelle : Tandis qu'elle préparait son repas, cinq heures avant l'admission, la malade fut saisie d'une douleur soudaine extrêmement vive dans la zone mi-épigastrique, douleur rapidement généralisée à tout l'abdomen. La douleur avait un caractère épuisant, constante et martyrisante. Des nausées survinrent et elle vomit une petite quantité de liquide clair.

« Examen physique : Femme bien développée, mais pauvrement nourrie, toute blanche, d'un certain âge, couchée dans son lit, les genoux relevés, souffrant visiblement. La peau était sèche, quelque peu ridée, mais pas extraordinairement chaude. Le cœur était dilaté sur la gauche, un souffle systolique rauque était perceptible à l'apex. Les sons aortiques et pulmoniques étaient à peu près d'intensité égale. Les vaisseaux périphériques étaient sclérotiques. La pression sanguine était, systolique: 170, diastolique : 110. La palpation de l'abdomen révélait une rigidité de planche et une sensibilité marquée et diffuse plus intense à l'épigastre. Aucun liquide ne semblait décelable dans la cavité péritonéale. La matité hépatique était normale. Le toucher rectal et vaginal faisaient ressortir de la sensibilité dans les deux cavités latérales pelviennes.

« Pathologie clinique : A l'admission, pouls, 100, respiration 20. La leucocytose, 16.000 et 20.000, en deux examens. Les urines présentaient des traces importantes d'albumine et de légères traces de sucre. Le dépôt contenait de nombreux cristaux transparents, quelques leucocytes et des globules rouges.

« Le diagnostic pré-opératoire était syndrome vasculaire cardio-rénal et soit ulcère peptique perforé, soit pancréatite aiguë ou carcinome perforé de l'estomac.

« Opération : Du liquide hématisé s'échappa dès l'ouverture du péritoine. On trouva un important hématome de l'épiploon gastro-hépatique s'étendant de la moitié de la petite courbure de l'estomac jusqu'au cardia, saillant approximativement de trois inches. La feuille antérieure de l'épiploon fut incisée et une branche très scléreuse de l'artère gastrique gauche rompue et saignante fut découverte. On plaça des ligatures autour du vaisseau de chaque côté du point saignant et l'hémorragie cessa. Fermeture de l'abdomen avec drainage. Convalescence sans incidents. La malade, revue huit mois plus tard, avait été bien pendant ce temps, sauf quelques maux de tête. Examen abdominal satisfaisant. »

Voici l'observation de Starke :

« Un homme de soixante ans entre à l'hôpital pour une douleur épigastrique aiguë. Dans les antécédents, il existait, depuis plusieurs années, des symptômes gastro-intestinaux : éructations, nausées, constipation, diarrhée occasionnelle, dyspnée et palpitations fréquentes durant les deux années précédant l'admission.

« A l'examen physique : Homme âgé, semblant sévèrement atteint. Peau froide et moite, cœur hypertrophié, murmure systolique avec maximum à l'apex et plusieurs systoles supplémentaires étaient perceptibles. Les artères radiales étaient scléreuses à la palpation. L'abdomen était rigide et particulièrement sensible à l'épigastre. Toute palpation profonde était impossible. On ne pouvait trouver aucune matité dans les flancs. La température était 39°,4.

« Opération immédiate : le tablier épiploïque était infiltré de sang qui s'échappait dans la grande cavité péritonéale par l'hiatus de Winslow. Une rupture de l'artère gastro-duodénale était la cause de l'hémorragie. Le point saignant fut saisi et ligaturé. Les suites opératoires furent sans incident et, deux mois après, le malade était en assez bonne santé. »

Pour le malade de Hilliard, il succomba; et il n'y eut pas de contrôle nécropsique; mais il doit servir à rappeler les inconvénients d'une lecture opératoire incomplète.

« Un homme de quarante-huit ans fut saisi d'une violente douleur épigastrique, une heure avant son admission. Durant les huit années précédentes, il avait été sujet aux vertiges, aux maux de tête associés à de l'artériosclérose marquée et à une légère paralysie des extrémités inférieures; durant cette période, la tension systolique avait varié entre 160 et 190. Trois ans avant l'admission, il avait été atteint d'une hémiplegie gauche de laquelle il s'était complètement remis.

« A l'admission, le malade souffrait beaucoup, l'abdomen était distendu et rigide comme une planche; matité dans les flancs, percussion du foie normale, pouls, 80, température au-dessous de la normale.

« Laparotomie exploratrice, la cavité péritonéale était remplie de sang. Pétéchies sur le méso-côlon. Aucune évidence de nécrose graisseuse. On ne trouva pas de vaisseaux saignants. L'abdomen fut refermé, le malade mourut six heures plus tard. »

Il y a donc des hémorragies intra-péritonéales graves par rupture artérielle spontanée dont la cure chirurgicale s'impose et ne souffre pas d'autre difficulté que celle d'une découverte rapide.

A côté des ulcères ulcérant une artère (une branche de la coronaire stomacique, Robert Monod), et des pancréatites à grand épanchement hémorragique, à côté des hémopéritoïnes compliquant les infarctus, le purpura, etc., il faudra se souvenir des artérites viscérales et de la fragilité, plus particulière, peut-être à cause des mouvements de l'organe et de ses changements de volume des artères de l'estomac.

Le syndrome clinique auquel la rupture donne lieu est fait d'une douleur soudaine, violente, « épuisante » (Green et Powers), avec contracture pariétale, avec shock marqué. Si les signes du vieillissement

artériel se sont déjà signalés dans le passé, c'est l'occasion de risquer le diagnostic.

Deux ligatures, deux guérisons : c'est bien la démonstration, par les cas cités plus haut, que la chirurgie s'impose et qu'elle est curatrice.

Depuis le travail de Green et Powers qui était la source des pages qui précèdent, un travail français intéressant a été publié, dont j'ai été le rapporteur à la Société de Chirurgie : le travail de Mourgue-Molines et Cabanac. Ces auteurs firent l'intéressante observation suivante :

« L... Pierre, douanier retraité, âgé de cinquante-six ans, aurait été traité, il y a douze ans, par des injections intraveineuses pour « ulcères de jambe » qui auraient guéri en un mois.

« Dans le courant de l'année 1919, le malade a vu apparaître une petite hernie inguinale droite. Il a porté, durant quelques mois, un bandage herniaire, mais il y a bientôt renoncé à cause des douleurs que cet appareil provoquait.

« En 1930, il a commencé à souffrir dans la région inguinale, et la hernie sortait au moindre effort. Il la réduisait lui-même sans difficulté.

« Le 5 avril 1932, sans qu'il ait fait un effort particulier, la hernie devint subitement irréductible et douloureuse, il souffrait beaucoup et avait l'impression d'étouffer.

« Le médecin, appelé aussitôt, fit rentrer la hernie. L... aurait été immédiatement soulagé et se serait trouvé très bien le lendemain. Néanmoins, sur les conseils pressants de son médecin, il se décida à entrer à l'hôpital pour faire opérer sa hernie; le 7 avril, le malade qui est venu en autobus d'Aigues-Mortes, où il habite, à Montpellier, se présente, à pied, vers midi, à l'hôpital suburbain. A ce moment même, devant la loge du concierge, il ressent à nouveau de violentes douleurs dans sa hernie et a l'impression qu'il va s'évanouir. Il est alors transporté dans le service de notre maître, M. le professeur Riche, où l'un de nous (Cabanac) est appelé à l'examiner.

« On se trouve en présence d'un homme souffrant manifestement beaucoup et shocké. Le facies est pâle et couvert de sueurs froides; le pouls est petit, à 120. Le ventre est plat et non contracturé. Dans la région inguinale droite, on constate l'existence d'une petite tumeur marronnée, dure, irréductible, très douloureuse à la pression, mate à la percussion, sans impulsion à la toux. Un vomissement au cours de l'examen.

« On porte le diagnostic de hernie étranglée et l'on intervient.

« Opération : A midi et demi (G. Cabanac). Anesthésie locale. A l'orifice externe du canal inguinal, on tombe sur un lipome pré-herniaire qui est enlevé. Derrière lui, se trouve le sac herniaire; il est flasque, vide et couleur lie de vin. Incision du sac. Un flot de sang s'échappe de la cavité

péritonéale. C'est du sang liquide rouge; et, dans la profondeur, on aperçoit de gros caillots.

« Après large débridement, on enlève les caillots qui se présentent, l'on extériorise les anses grêles les plus voisines. L'intestin est normal. On est constamment aveuglé par le sang qui monte de la profondeur. Ne pouvant voir la source de l'hémorragie, on referme l'incision inguinale pour pratiquer ensuite une laparotomie exploratrice.

« Deuxième opération (Mourgue-Molines et Cabanac). Anesthésie à l'éther à l'appareil d'Ombredanne. Incision médiane à cheval sur l'ombilic. Le ventre est rempli de sang liquide, mélangé à des caillots, mais il n'y a pas de traces de débris alimentaires ou stercoraux pouvant faire penser à une perforation digestive.

« Pour y voir un peu clair, on évacue le sang avec l'aspirateur électrique, manœuvre que l'on regrette bientôt, parce qu'il ne sera pas possible de réinjecter dans les veines le sang souillé dans l'appareil non stérile.

« Exploration : L'intestin est absolument sain, on remarque seulement que, sur le mésentère, les arcades vasculaires se détachent extraordinairement, teintées en bleu foncé. Côlon et rectum normaux. Le foie est normal. La rate intacte, non augmentée de volume, nette, certainement pas en cause.

« Le pancréas est de volume et de consistance normaux. Il n'y a pas de stéatonecrose. Sous le globe gauche du foie, deux gros caillots sont adhérents. Après les avoir enlevés et après traction sur l'estomac vers le bas, on découvre, dans l'épiploon gastro-hépatique, une masse composée par des caillots et une infiltration sanguine considérable dont le siège correspond à la portion moyenne de la petite courbure de l'estomac. Toute la portion basse de l'épiploon au-dessus du pylore est œdémateuse. A sa partie haute, les vaisseaux coronaires stomachiques sont turgescents, visibles par transparence : ils forment un cordon dur, plein, thrombosé.

« Les caillots enlevés, on ne trouve pas de vaisseaux saignants, mais un foyer ecchymotique qui occupe toute l'épaisseur du petit épiploon au ras de la petite courbure. La paroi gastrique est cartonnée et, à son contact, l'épiploon est œdémateux jusqu'au pylore.

« A ce moment, l'état du malade est très alarmant, il respire à peine. Le pouls est incomptable. On termine donc en toute hâte en tamponnant l'hématome du petit épiploon et la petite courbure avec une grosse mèche, et l'on referme le ventre en un plan aux fils de bronze.

« La mèche est progressivement retirée et est enlevée le septième jour. On entend à ce moment passer des gaz par l'orifice. Dans la journée, le pansement est inondé par un liquide à odeur aigrelette, incolore, il semble donc s'être fait une fistule gastrique.

« Fort heureusement, les téguments sont irrités, mais non digérés et l'écoulement est peu abondant. Il diminue assez rapidement après admi-

nistration de poudres inertes et cesse complètement après une dizaine de jours.

« La convalescence est alors rapide. Le malade quitte l'hôpital à la fin du mois de mai. Revu au début de décembre, il se déclare en parfaite santé. Il mange de tout, digère bien et a grossi de 6 kilogrammes. Il a pu, sans difficulté, faire les vendanges. »

Cette observation vaut par plusieurs points : c'est un nouvel exemple de ces faux étranglements herniaires dont j'ai parlé à plusieurs reprises au chapitre : *Occlusion intestinale*, et qui ont trompé tant d'excellents chirurgiens. C'est aussi probablement un bel exemple d'*artérite stomachique avec rupture et hémopéritoine important*. Je dis probablement, parce que la rupture artérielle même n'a pu être vue et parce que la fistule gastrique qui a suivi pourrait faire penser à une perforation d'ulcus avec érosion de la coronaire. Mais la coronarite a été vue. D'autre part, la fistule fut vite tarie; elle a pu être le fait d'une petite thrombose localisée avec un sphacèle punctiforme ou d'une lésion opératoire par dénudation et tamponnement serré. Enfin, il s'agissait d'un artérioscléreux hypertendu tout à fait comparable aux malades de Green et Powers, Starke, Hilliard, dont j'ai plus haut publié les observations, et à ceux moins nets de Struthers, de Bush, de Maas, de Marlow; l'on peut, me semble-t-il, accepter la proposition de Mourgue-Molines lorsqu'il dit s'être trouvé en présence d'un hémopéritoine compliquant un infarctus du petit épiploon par thrombose de la coronaire stomachique chez un scléreux hypertendu.

Peut-être bien des cas restés obscurs seraient-ils justement rangés sous cette dénomination : *apoplexie abdominale*. Par exemple, quelques-uns de ces *hématomes sous-phréniques*, dont il fut question à la Société de Chirurgie en 1912 à l'occasion d'une belle observation, par Souligoux, d'un hématome situé sous le diaphragme, à droite de la ligne médiane. E. Quénu avait réuni plusieurs exemples d'épanchements sanguins sous-phréniques, non traumatiques et semblant indépendants de toute lésion splénique. Quelques-uns de ces cas, celui de L. Bernard (femme de soixante-deux ans, soignée pour hémiplegie et morte avec une hématocèle rétro-hépatique), celui de Sacquépée (à la fois hémorragie cérébrale et hémorragie hépatique), semblent assez voisins de ceux que nous avons cités et de celui de Rud que je fis connaître (chez une vieille hémiplegique, hémorragie due à la rupture d'une branche de la gastro-épiploïque gauche). Au sujet de ces hématocèles de l'étage supérieur de l'abdomen, Quénu fit la remarque suivante : « La rate n'a pas le monopole des hémorragies de l'hypocondre gauche... Il est probable que l'altération des parois vasculaires est la lésion essentiellement prédisposante. » Ce sont ces lésions vasculaires, vues de plus près par les chirurgiens, que j'ai trouvé utile de décrire ici.

J'ajoute que, dans la plupart de ces inondations hémorragiques, par

ruptures artérielles, hautes dans le ventre, il y a eu contracture de la paroi abdominale. Ce sont des faits à proposer à l'attention de ceux qui se penchent actuellement sur l'étude de la paroi dans les hémorragies intrapéritonéales. Ils n'ont pas échappé à Maës qui vient de faire, sur la contracture de la paroi abdominale, une excellente thèse. Ces faits sont certainement à ce point de vue parmi les plus purs à analyser : il n'y a là, en effet, pour s'ajouter au rôle du sang, ni l'offense pariétale des contusions, ni la possibilité d'addition infectieuse des ruptures tubaires, ni l'intervention des sucs digestifs, vérifiable dans d'autres exemples.

LES

OCCLUSIONS INTESTINALES

LES
OCCLUSIONS INTESTINALES

I
GÉNÉRALITÉS

I. — SIGNES DE L'OCCLUSION INTESTINALE

Comme je me suis appliqué à le faire pour les péritonites aiguës, je précise qu'il y a des *occlusions*, et non pas *une occlusion*.

Ce qu'il faut s'attacher à chercher, dans le rassemblement traditionnel des signes de l'occlusion, en général, c'est le *syndrome minimum*, et c'est aussi l'échelle des variations de chacun des signes principaux. Dans certains cas, en effet, les douleurs sont atroces; dans d'autres cas, leur modération risque de tromper; parfois le péristaltisme s'inscrit, avec évidence, sous la paroi, d'autres fois, le ballon météorisé est inerte. Tel malade vomit sans cesse, tel autre n'a pas un seul vomissement.

Je crois que la meilleure classification des symptômes de l'occlusion, les adjectifs, mais non les groupements, étant seuls empruntés à Kleinschmitt, serait la classification suivante :

Signes initiaux ;
Signes cardinaux ;
Signes associés.

Je rangerais sous le titre *signes initiaux* : les douleurs et les vomissements; sous le titre *signes cardinaux* : l'arrêt des matières et des gaz

et le météorisme avec péristaltisme ; sous le titre *symptômes associés* : les signes généraux et ceux, locaux, de moindre importance.

Mais ce qui caractérise l'occlusion, *c'est, en même temps que la soudaineté de l'attaque, l'extrême rapidité de l'évolution*. Nous n'assistons presque jamais au début. Quand nous arrivons, c'est bien la période d'état. Mettons, au moins, notre ambition à ne pas remettre le diagnostic à la période terminale.

Gardons encore une fois le plan traditionnel :

Signes fonctionnels : ce sont ceux du récit ;

Signes physiques : c'est l'examen ;

Signes généraux : c'est avant leur aggravation que devrait se placer le diagnostic précoce.

Je signale, seulement, que, tout à fait au début, peut exister une période de shock, qui aura quelquefois si bien disparu, à l'arrivée du médecin, que le malade, trompé, insistera sur son impression d'amélioration.

SIGNES FONCTIONNELS

Trois signes fonctionnels sont dominants :

Les douleurs ;

Les vomissements ;

L'arrêt des selles et des gaz.

Douleur.

La douleur est presque toujours le premier avertissement, et elle est aussitôt si vive, si déchirante, que l'avertissement semble grave au malade. Plus rarement, elle n'arrive à l'atroce maximum que peu à peu, après un début sournois : si elle est violente d'emblée, elle fait interrompre un geste, un travail commencé ; le malade est pâli, couvert de sueurs, anxieux ; exceptionnellement il tombe, par syncope.

Localisée d'abord, la douleur va gagner tout l'abdomen assez vite pour ne pas laisser, le plus souvent, le souvenir du lieu de son début. Ce *siège initial* (Besnier) indiquerait-il déjà la cause ? Nous aurons à le vérifier, mais, déjà, nous devons en marquer quelque scepticisme.

Née dans la fosse iliaque droite, ou derrière l'ombilic, ou « dans le côté », il est peu d'occlusions à explosion caractéristique : douleur pré-vertébrale du volvulus du grêle ? douleur épigastrique de l'occlusion haute du grêle ? douleur sacrée, quelquefois, du volvulus du côlon pelvien ? Rien n'est assez courant pour être retenu.

A peine plus caractéristique, la *nature* même de la douleur : torsion, déchirement, effort d'expulsion ; un malade dit : brassage ; un autre : mon intestin se tord ; une femme : on dirait que je vais accoucher ; une autre : les gaz sont sans issue. Cette intensité angoissante de la crise initiale ne dure pas tout le temps.

Ce qui est plus habituel, c'est, avec des *intervalles relativement paisibles*, quelquefois si heureux, que le malade se croit guéri, des *crises*, des exacerbations périodiques, à écarts plus ou moins rapprochés, qui le rappellent cruellement à la réalité.

Ces crises peuvent être d'une violence extrême : le nourrisson dont l'intestin est invaginé hurle comme jamais il ne criera, rejette ses draps, projette ses jambes, se tord dans son lit ; le vieillard atteint de volvulus du côlon essaie de toutes les positions, se couche sur un côté, puis sur l'autre, veut se lever ; ceci pendant les crises, mais, pendant l'accalmie, il reste, de peur de déclencher le retour des douleurs, dans une prudente immobilité. Chez les malades les plus courageux et les plus lucides, la connaissance de ces crises exaspérées est si claire qu'il leur arrive, au cours de l'examen du médecin, de demander à celui-ci l'interruption de son palper, lorsqu'approche l'exacerbation douloureuse : « Attendez une minute, je vous prie ; c'est encore une crise. » Et, quelques minutes plus tard, l'orage est passé ; le malade se laisse palper de nouveau.

Ces crises ont, dans certains cas, un caractère de régulière intermitte-
tence, de retours rythmiques qui affolent le malade même courageux ou l'instruisent de la ténacité ou de la progression de la maladie. Le malade, en effet, ne tarde pas à comprendre le sens de ces coliques : c'est-à-dire l'effort vain de l'intestin. La violence de cet effort, l'intensité de la contraction et, en regard, l'impossibilité d'expulsion des gaz, c'est bien l'*opposition flagrante* que Paillard et Peyret ont eu raison de dire caractéristique.

Y a-t-il des *douleurs de début* et les *douleurs de la période d'état*, une douleur fixe de *striction*, une douleur ambulante de *contraction*, une douleur généralisée de *ballonnement* ? Comment le savoir ? Mais il y a une *sédation des phénomènes douloureux*, quand arrivent les plus graves menaces : l'inertie, la paralysie du muscle intestinal épuisé, puis la gangrène de cet intestin forcé, ou la perforation intestinale, ou le collapsus.

Malheureuse évolution, qui permet presque de dire que, quand le malade se croit mieux, c'est qu'il est au plus mal !

Vomissements.

A peu près en même temps que le premier effroi de douleur, un vomissement alimentaire. Puis, un quart d'heure après, un autre; et le malade s'étonne de n'y avoir gagné aucun apaisement. Les vomissements vont se succéder : c'est un symptôme précoce, constant, de l'occlusion. Il ne faut pas l'interpréter, dès maintenant, par une trop simpliste explication, comme le reflux du contenu intestinal, et lui vouloir, dès le début, un caractère distinctif. Ce serait se condamner à un diagnostic de dernière heure et condamner le malade au plus noir pronostic.

Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres, ou jaune orangé. Ils deviendront, dans certains cas, fécaloïdes, mais tardivement, toujours trop tardivement pour éclairer. Fécaloïde, et non fécal, ce qui demande quelquefois un discernement assez difficile : si c'étaient des vomissements de matières intestinales, la découverte en serait assez simple, mais ce liquide nauséabond qui remplit la cuvette, d'heure en heure, est déjà, malgré sa couleur, un vomissement fécaloïde ; il faut savoir le reconnaître tout de suite, afin de ne pas reculer encore la sanction qu'il exige et qui était déjà trop retardée. ***Le vomissement fécaloïde est un signe tardif et grave qu'on ne doit pas attendre ; plutôt que signe de la maladie, c'est signe de l'approche de la mort*** (Sampson Handley) ; une statistique récente (Jeff Miller, 1929) nous rappellerait, si c'était nécessaire, l'importance d'une remarque qui a pris, dans les livres d'enseignement, la place qu'elle mérite : sur 45 malades qui présentèrent des vomissements fécaloïdes, 35 moururent. C'est un signe d'occlusion déjà constituée depuis longtemps (1) ; au moins, quand il vient, faut-il le discerner sans retard.

Les vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, sont d'une fréquence variable avec les individus, avec le siège de la lésion, avec sa nature, avec l'état des muscles gastrique et intestinal; naturellement de peu d'abondance, s'ils sont fréquents, répétés; copieux, s'ils sont plus espacés. Nous le reverrons : certaines occlusions les font presque incoercibles et d'une quantité considérable; au contraire, et il ne faut pas l'oublier, d'autres obstacles (bas situés sur le côlon) peuvent ne s'accompagner que d'un ou deux vomissements, tout à fait au début, ou même d'aucun vomissement.

Le vomissement des liquides ingérés est presque toujours constant et immédiat; dans l'intervalle des vomissements, il peut y avoir nausées, éructations, hoquet. Enfin, si, dans les vomissements, il y a du sang, le pronostic semble aggravé.

(1) Staffel disait ne l'avoir jamais observé avant le second jour.

Arrêt des matières et des gaz.

Nous voilà au symptôme fonctionnel par excellence, celui qui fait partie de la définition, de la dénomination de la maladie et qui est la maladie même dans son expression clinique.

Il importe, par conséquent, non seulement d'en savoir l'importance, elle vient vite à l'esprit, mais, ce qui est moins facile, de reconnaître le signe dans ses plus frustes apparences, et surtout de savoir, dans les réponses du malade, faire la part d'une confusion qui est assez habituelle.

Si cet arrêt des matières et des gaz était toujours le barrage absolu, incontestable, de la plupart des cas, bien des diagnostics d'occlusion seraient facilités; mais quelques causes d'erreur font beaucoup de cas moins clairs.

A ce malade qui est terrifié par ses crises douloureuses et épuisé par ses vomissements, nous demandons : Avez-vous eu une selle ? Il nous répondra peut-être oui. Le danger est de s'en rapporter à cette réponse. Il faut demander à voir cette selle, à vérifier son existence ou son insignifiance. Il est de grosses statistiques d'occlusions intestinales aiguës mécaniques, où l'on voit que le barrage n'existait, dans sa signification absolue, que dans la moitié des cas.

Parce que le bout inférieur de l'intestin, — et il peut être long, si l'obstacle est sur grêle, — parce que ce bout inférieur peut se vider en une ou deux selles ou en diarrhée de quelque durée ; parce qu'un, deux, trois gaz peuvent passer (voir les iléus biliaires, certaines invaginations), si le clinicien s'en tient à ces apparences et s'il accepte, pour la journée et la suivante, ces selles et ces gaz comme indices suffisants de perméabilité intestinale, c'en est fait de l'heure opportune : pendant ce temps, ***l'anse va se sphacéler, et ce ne sera plus d'occlusion qu'il faudra opérer le malade, mais de péritonite putride par gangrène de l'intestin.***

Il ne faut surtout pas, par les lavements répétés, les purgatifs à concentration croissante, les interventions d'électrothérapeutes, solliciter trop brutalement cet intestin.

Laissons le tableau clinique s'exposer à nous dans sa vérité : ne cédon pas au succès facile d'un traitement symptomatique : l'injection de morphine calmera le malade, peut-être, mais nous privera du symptôme douleur et peut-être d'un signe plus impérieux que nous verrons tout à l'heure. « N'assumez pas cette responsabilité terrible de l'attente ou des procédés fatalement inefficaces. Je ne parle pas du purgatif : le malade dont je donnais l'observation au début du chapitre, ce beau garçon de vingt ans, *en est mort*; combien d'autres ont reçu le coup de grâce, si je

puis dire, de cette médication ignorante à laquelle s'appliquerait mieux un autre nom ! » (Lejars.) Ni morphine, ni purgation, ni lavement. Les symptômes seront plus éloquents et la hâte du secours chirurgical en sera mieux éperonnée.

Le signe dont nous parlons est quelquefois imparfait, mais, dans la majorité des cas, il donne la clef : il n'y a que des selles incomplètes; les gaz ne passent pas. Nous n'accepterons pas, dans sa pertinence, la parole de Naunyn : « Tant que les gaz passent, il n'y a pas d'obstacle », car certaines occlusions entraînent une imperméabilité complète pour les matières et incomplète pour les gaz; reste, cependant, la vérité commune, c'est bien celle-ci : plus rien ne passe par l'anus, ni matières, ni gaz. « Le malade atteint d'occlusion aiguë ne rend ni selle, ni gaz par l'anus, et vomit tout ce qu'il prend : voilà, à notre sens, la formule pratique du diagnostic. » (Lejars.) C'est une formule excellente; on peut cependant lui accoler les réserves que j'ai faites et que faisait admirablement son auteur. J'en ajouterai une autre : un sujet, atteint d'occlusion, peut expulser les lavements qu'on lui inflige avec quelques gaz et des matières. Les expériences de Wangenstein et Gæhl ne laissent aucun doute : le fonctionnement de l'intestin en aval d'une occlusion peut se rapprocher du fonctionnement d'un intestin normal au moins pendant quelques heures : les évacuations drainant ce segment inférieur ne sauraient donc surprendre : mais des évacuations ne soulageant pas le malade doivent être tenues pour suspectes et ne doivent pas être considérées étourdiment comme preuves de fonction normale.

SIGNES GÉNÉRAUX DU PREMIER JOUR

Nous nous supposons au premier jour de maladie, c'est-à-dire appelé assez tôt auprès du malade.

Les signes généraux sont bons. **Il n'y a pas de température, le pouls est à 80 et parfaitement plein.** A peine un peu de dyspnée et d'oligurie. Le facies est bon, simplement anxieux à cause des douleurs, et un peu vultueux.

Mais ces signes généraux ne doivent pas être rassurants, je veux dire trompeurs. *Parce que ce malade a 37° de température, et un pouls lent et bien frappé, il ne faut pas croire que va pouvoir être écarté, avec sécurité, un aussi grave diagnostic que celui d'occlusion intestinale.*

Toutes les occlusions, à leur début, et c'est, en vérité, un de leurs traits les plus certains, laissent intacts la température et le pouls. Faire sa confiance sur ces constatations, remettre au lendemain la solution du problème, parce que « l'état général » est bon, c'est attendre, pour livrer

bataille, que le terrain soit impraticable ou irrévocablement compromis.

C'est une des plus malheureuses défaillances de la mémoire d'un médecin, s'il oublie qu'avec 37°, un pouls parfait, un facies

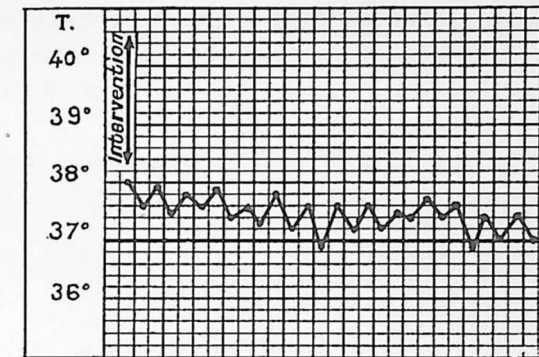


Fig. 103. — Occlusion intestinale aiguë par cancer recto-sigmoïdien en virole. Cette figure ne vise qu'à montrer qu'un des syndromes abdominaux les plus graves ne s'accompagne d'aucune élévation de température.

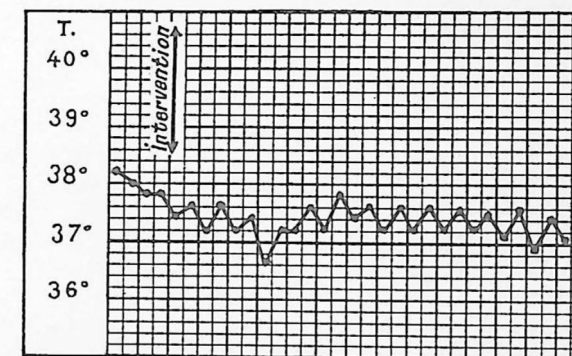


Fig. 104. — Occlusion intestinale aiguë par bride. Il n'y a pas, dans l'iléus, d'élévation de température. Parce que le malade est sans fièvre, retarder l'appel au chirurgien, c'est une faute grave.

intact, son malade peut fort bien avoir une occlusion qui, en quarante-huit heures, tuera celui-ci, si les gestes chirurgicaux ne sont pas obtenus à temps.

SIGNES PHYSIQUES

L'examen complet local doit comporter l'**inspection**, la **palpation**, la **percussion**, l'**auscultation** du ventre, le **toucher rectal** chez l'homme; chez la femme le **toucher rectal** et le **toucher vaginal**. J'aurais aussi à parler de la **radioscopie** et de quelques examens moins importants, mais je ne le ferai qu'au moment du diagnostic.

a) *Inspection.*

Elle doit être attentive et clairvoyante, car c'est d'elle que nous tiendrons les deux symptômes essentiels :

- Le météorisme;
- Le péristaltisme.

Le **MÉTÉORISME** ou **BALLONNEMENT** est d'une recherche parfois très compliquée. Si c'est une malade maigre, ptosique, à muscles flasques,

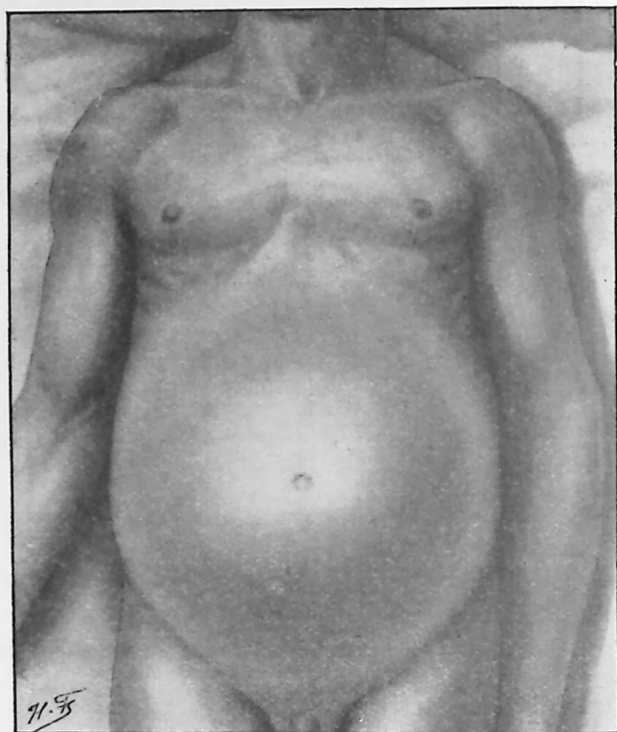


Fig. 105. — Occlusion intestinale par bride étranglant l'iléon près de sa terminaison.

ce dessin du ballonnement sera immédiat et parfaitement lisible, presque jusqu'au détail des anses intéressées. Mais, si c'est un obèse ou un homme à paroi très ferme, de musculature solide, la recherche de ce signe essentiel sera beaucoup moins aisée. Ces considérations ont une importance qu'il faut dire tout de suite. Dès que nous aurons découvert le ventre du malade, nous devons, *si ce ventre est grassement adipeux ou de paroi très musclée, ferme, nous attendre à des signes physiques flous, moins vite démonstratifs*, par conséquent savoir nous contenter, dans leur interprétation, de ce minimum.

Répétons, encore une fois, que le bon médecin fait cet examen avant toute thérapeutique symptomatique, en particulier avant toute morphine, afin de ne masquer aucun signe clinique.

Le **ballonnement** n'est pas immédiat : il n'existe au début que dans un tiers des cas (J. Miller), mais il est rapide. Sauf les cas d'occlusion très haute sur le jéjunum, qui peuvent s'accompagner de rétraction,



Fig. 106. — Occlusion intestinale. Météorisme. (LEGÈNE.)

sauf chez les hommes adultes, athlétiques, ou les obèses, on le voit dès la première journée. On le voit, si l'on sait le chercher.

Le ballonnement, ce n'est pas encore la distension générale et importante du ventre par un intestin en asystolie, ne luttant plus. C'est quelquefois une voussure à l'épigastre, une voussure péri-ombilicale, une sorte de petit ballon que l'on peut voir s'allonger, s'étirer (signe de Schlange). Il est quelquefois plus important, un globe saillant au centre de l'abdomen ou latéralement; un large étalement des flancs, une sorte d'encadrement autour de tout le ventre.

Mais il faut voir mieux. *Cette voussure est-elle régulière, centrale, durable, transitoire ? Ce globe important est-il arrondi, en sablier, est-il en plein ventre ou oblique ? Le ventre est-il distendu symétriquement ou asymétriquement ? Le cadre est-il complet ou manque-t-il d'un côté ? La saillie globuleuse ou étalée est-elle permanente, inchangée, ou inégale, changeante ? Cette énorme distension, que le malade dit avoir vue grandir d'heure en heure, où est-elle née ? Cette déformation du ventre est-elle*



Fig. 107. — Contractions péristaltiques de l'intestin. (WILMS.)

récente ? Une voussure localisée ne se trouve-t-elle pas noyée dans un ballonnement devenu général ?

Nous verrons, lorsque nous passerons en revue les plus fréquentes occlusions, toutes ces questions recevoir leur réponse, et ces réponses suffiront quelquefois à un diagnostic remarquablement assuré de l'occlusion, de son siège, de sa cause.

Résumons-les : en présence du météorisme, il faut savoir où il est né, si le malade a vu son accroissement, s'il est central ou latéral, s'il est une distension ou une déformation asymétrique, s'il est en globe ou en cadre, uniforme ou *changeant*.

Changeant est un de ses caractères importants, sur lequel il faut insister.

Regardons un long moment, ou de haut en bas, ou à jour frisant : nous allons sans doute surprendre, dans son effort, l'intestin occlus.

Un soulèvement localisé de la paroi abdominale, en dôme vite affaissé, en onde de reptation plus ou moins allongée, soulèvement quelquefois



Fig. 108. — Météorisme encadrant l'abdomen. Les ondes de péristaltisme étaient visibles où elles ont été schématiquement crayonnées. Il y avait occlusion intestinale par cancer sigmoïdien. (BRAINE.)

vif et violent et accompagné d'un effroi ou d'une pâleur du visage, quelquefois lent, mou, rare.

C'est le **péristaltisme de l'intestin**.

Où il naît, où il meurt, sa direction, tout cela compte, nous le verrons plus tard. Pour le moment, cherchons seulement son existence, pas constante, d'ailleurs, tant s'en faut, et pas toujours facile à voir. Il faut le guetter longtemps, savoir que, pendant les paroxysmes douloureux, il apparaît mieux, essayer de l'accroître ou de le déclencher par la palpation, les chiquenaudes, une percussion un peu prolongée.

« Pour moi, le signe capital, c'est le péristaltisme. Pour peu que l'on voie se dessiner par crises douloureuses, revenant comme les coliques

utérines pendant l'accouchement, des anses intestinales sous la paroi abdominale, on peut affirmer qu'il y a obstruction. Et j'ai coutume, dans mes leçons de l'Hôtel-Dieu, de mettre, en regard de la loi de Stokes : L'infection d'une séreuse paralyse le muscle sous-jacent, cette autre loi : *Qui dit péristaltisme intestinal dit : occlusion.* » (Guinard.)

b) *Palpation.*

Ici encore, il faut savoir ce que l'on demande à cet examen. Il peut être terminé, bâclé en quelques secondes et avoir été nul. Au contraire, en quelques minutes bien employées, il peut avoir donné les plus sûrs éclaircissements.

La *consistance générale* du ventre, les *douleurs localisées*, les *zones de consistance différente*, l'*état de la paroi*, les découvertes soudain révélatrices, etc., c'est tout cela qu'il faut rechercher, espérer de cet examen.

Il faut être doux, patient ; le palper risque de déclencher les contractions douloureuses ; le malade s'en apercevra vite. Ne le privons ni des avertissements compatissants, ni des ménagements. ***Une main brusque, brutale, n'obtient aucune bonne réponse ; deux mains doucement appliquées et combinant lentement leur double palper vont nous apporter des réponses fort utiles.***

Au niveau du météorisme, c'est une *résistance élastique*, plus ou moins tendue, plus ou moins constamment tendue. La *tension* peut n'y être qu'intermittente ; or, ce ***durcissement intermittent***, c'est comme celui de l'estomac dans la sténose serrée du pylore ; ou bien cette résistance est constante, et, de temps en temps, favorisés par le palper, les soulèvements du *péristaltisme* qui, jusque-là, avaient pu rester imperçus, s'accroîtront encore.

Mais étudions encore cette *résistance*, cette tension, distension, comme on voudra. Étudions-la, car il faut absolument la différencier d'un autre signe : la contracture pariétale. Leur confusion est fréquente et elle est regrettable.

Partout où, dans ce ventre, il y a ballonnement, il y a résistance, mais, où il n'y a plus de ballonnement, la paroi se laisse déprimer facilement, si le palper est doux, s'il est fait entre deux crises douloureuses, si l'on a su rendre confiant le malade. ***Il n'y a nulle part contracture de la paroi.*** Il faut bien distinguer, une fois de plus, entre la résistance et la contracture ; ce sont deux signes tout à fait différents : le premier fait partie du tableau de l'occlusion, le second n'en fait pas partie (1).

(1) Une observation récente et particulièrement claire me permit une fois de plus la vérification de cette opposition. Le docteur Magnac voulut bien m'interroger sur une malade qui, alors qu'elle préparait joyeusement des sports d'hiver, avait été prise de signes abdominaux des plus graves. Or, cette malade,

Donc, jusqu'ici et au palper, un signe positif : il y a résistance élastique ; un signe négatif ; il n'y a pas de contracture.

On peut préciser les contours de la résistance : avec un crayon dermatographique, comme le conseillait déjà von Manteuffel il y a quarante ans, délimiter les zones de consistance différente. Quelquefois, on aura découvert au ballon, grâce à l'inspection et à la palpation combinées, les contours que ne pouvait permettre de préciser un seul des deux examens, et

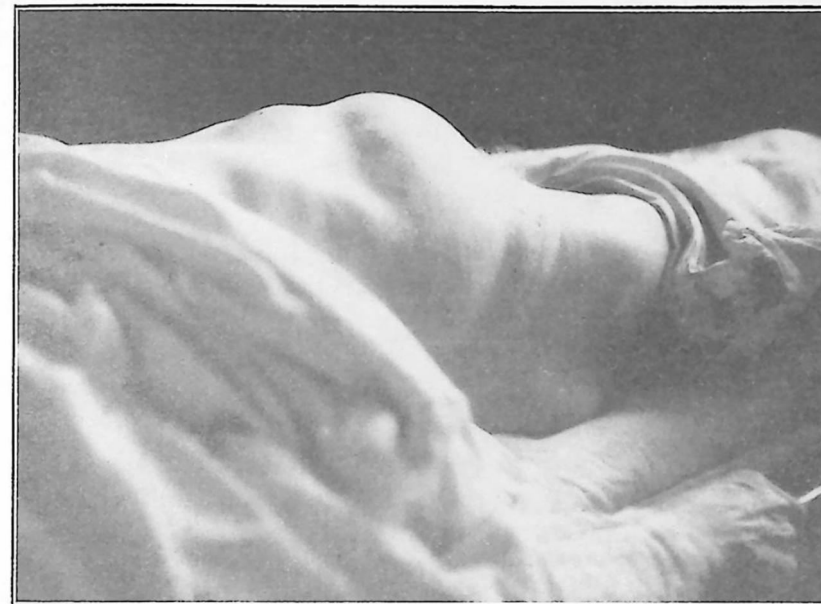


Fig. 109. — Météorisme et péristaltisme d'une occlusion intestinale aiguë.

sur la signification de sa forme, de son siège, de ses dimensions, nous aurons à revenir souvent).

Si la douleur n'est pas très vive, si la distension n'est pas extrême, on peut prolonger l'examen.

Cherchons le *signe de Kocher* : pression appuyée et décompression brusque : cette manœuvre (autre signe négatif) n'est pas douloureuse.

très bien portante jusque-là, dansant les jours précédents, semblait tout d'abord avoir une occlusion par cancer recto-sigmoïdien. Il y avait un ballonnement important, très douloureux, avec péristaltisme ; au toucher rectal, une virole rectale haute ; mais d'autres signes étonnaient : une hyperesthésie certaine très vive, un pouls à 130 et surtout une *défense nette* de la paroi en bas : à cause de ce dernier symptôme, nous avons pu, Magnac et moi, affirmer la réaction péritonéale surajoutée. Il y avait, en effet, du pus dans le ventre, par diffusion d'une collection péri-néoplasique ; la sténose colique était bien due à un cancer rectal supérieur.

Mais palpons de mieux en mieux : y a-t-il une douleur localisée, celle que Besnier disait habituelle et propre à repérer le siège de l'occlusion ? N'y a-t-il pas une résistance localisée plus vive, ou, mieux, une zone d'induration ? Ainsi pourra, devra être découvert le boudin de l'invagination; ainsi fut découvert quelquefois le calcul de l'iléus biliaire; ainsi pourra être découvert le foyer inflammatoire responsable : abcès rétro-cæcal, par exemple, d'une de ces occlusions mi-paralytiques, mi-mécaniques, que nous étudierons dans le chapitre *Appendicite et occlusion*.

Enfin, par une dernière palpation, au centre même ou aux bords du ballon s'il est net, cherchons le *clapotage*, le *bruit hydro-aérique* qui, dans certaines occlusions du grêle, peut être découvert très tôt.

c) Percussion.

Le ventre, dans sa partie météorisée, est presque toujours d'un *tympanisme* qui peut aller jusqu'au timbre métallique. Il est instructif de chercher les limites du tympanisme, de dessiner ses contours, de le savoir médian ou latéral, généralisé ou localisé, régulièrement étalé ou de territoire asymétrique, de savoir dans quelle mesure il empiète sur la matité hépatique.

Quelquefois, une *zone de matité* sera découverte : peut-être la matité circonscrite d'une anse pleine, comme je l'ai vu dans un cas récent, peut-être la matité décline, bilatérale, d'un épanchement libre (signe de Gangolphe). Cet épanchement indique habituellement une striction forte, mais sa présence est loin d'être une règle; le croissant à concavité supérieure de l'ascite est rarement net; il existe plus souvent de minces zones de matité, ici et là; que de causes d'erreurs alors : *épanchement sans occlusion ? fausse ascite ? épanchement intra-intestinal ?* (1).

d) Auscultation.

« Au cours de l'occlusion intestinale, dit Kleinschmitt, le stéthoscope permet presque toujours d'entendre des bruits particulièrement importants. Cet examen, qui devrait toujours être fait, est presque toujours oublié. »

Ce qui est oublié aussi, c'est que Trèves recommandait cet examen il y a longtemps, et de le pratiquer de la façon suivante : on donne un lavement au malade; s'il existe une occlusion du gros intestin, on entend un gargouillement très particulier au point étranglé. Le péristaltisme, que

(1) Dans un cas de Morestin, une zone de matité avait fait croire à une rétention d'urine : c'était du liquide accumulé dans une anse distendue.

nous avons vu signe pour les yeux, pour les mains, est aussi un signe pour l'oreille. Il peut être visible, palpable, bruyant.

Pour Bayley, de Los Angeles, qui est revenu tout récemment sur les avantages de ce mode d'exploration, deux signes peuvent être recueillis, qui ont leur importance : 1° un *tintement métallique* de ton élevé, dû aux gaz et aux liquides se mouvant dans un espace étroitement tubulé; 2° la *transmission*, à travers l'abdomen, et jusqu'à la paroi abdominale, des deux bruits du cœur. Ils pourraient être entendus dans les quatre quadrants et, plus on les entend bas dans le ventre, plus le signe a de valeur. « J'ai trouvé ce signe plusieurs fois, et, souvent, il a entraîné l'acte opératoire. Il faut qu'il y ait strangulation ou volvulus et liquide dans la cavité. D'autre part, c'est un signe de début : plus tard, à cause de la défaillance cardiaque, il s'affaiblira. » Et pour Höfer, assistant de Lotheissen, les bruits de pulsation aortique seraient particulièrement éclatants au niveau de la sténose.

Deaver oppose, aux bruits perceptibles du début de la maladie, le « silence absolu » des dernières heures, où seuls les battements aortiques sont perçus. Il n'est pas difficile de rattacher aux stades successifs de contraction, de combat, et d'inertie, de défaite, le tumulte initial et le silence de la fin.

e) Auscultation et percussion combinées.

La percussion et l'auscultation indépendantes peuvent ne donner que des résultats confus.

A Nothnagel le premier, puis à Kiwull et à Blumberg, on doit quelques précisions sur les avantages de l'association des deux examens.

Nothnagel préconisait, pour déterminer les limites d'une anse fortement dilatée, d'ausculter le bruit de la percussion plessimétrique. Au lieu du plessimètre, Henschen et Bendersky recommandèrent la percussion digitale, et, au lieu de la percussion, d'autres utilisèrent le simple frôlement. Les premiers entendent retentir la percussion, avec un bruit à timbre métallique accusé; les autres, pendant le frôlement, entendent un bourdonnement à résonance particulière. Nous étudierons avec quelques détails, où il est à sa vraie place, au chapitre du *Volvulus* du côlon pelvien, le signe du ballon de Kiwull.

f) Toucher.

A ce moment de l'examen, nous devons faire, si c'est un malade, le *toucher rectal*; si c'est une malade, le *toucher rectal* et le *toucher vaginal*.

Il est classique de préconiser le *toucher rectal* dans tout examen

d'occlusion intestinale aiguë, pour s'assurer que la cause de celle-ci n'est pas rectale. Cet examen, s'il n'avait que cette raison, serait presque négligeable: les cancers du rectum proprement dit n'entraînent qu'exceptionnellement l'occlusion aiguë soudaine, et les cancers sigmoïdiens, qui, eux, en sont assez coutumiers, sont difficilement accessibles au doigt. Mais ce qu'il faut demander au toucher rectal et au toucher vaginal, ce sont d'autres renseignements.

Le **toucher** permet, associé à la palpation, un bien meilleur examen

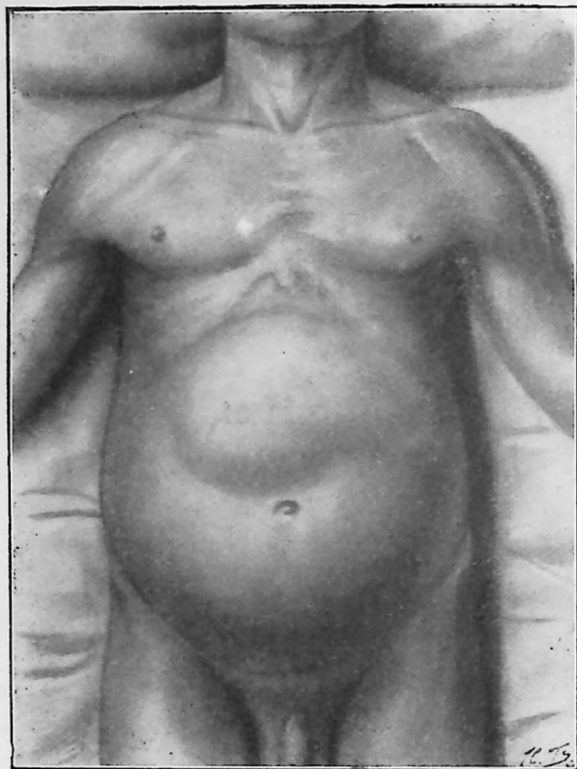


Fig. 110. — Occlusion intestinale par cancer sténosant du côlon pelvien. Les trois anses dilatéés sont le cæcum, le côlon transverse, le côlon pelvien. (D'après ZÆGE VON MANTEUFFEL.)

du ventre: le ballon, s'il est bas dans le ventre, pourra être ainsi plus facilement délimité; on a pu aller, par toucher rectal, au-devant d'une tête d'invagination ou au moins au-devant de l'entérorragie révélatrice; on a pu, surtout, en percevoir, par toucher et palper combinés, le bou-din; on a pu sentir le pied d'un volvulus du côlon, et encore, dans ce dernier cas, l'état particulier de la muqueuse et l'étirement des parois rectales; on a pu découvrir, dans le bassin, avec le palper combiné de la main hypogastrique, une masse dure, « plus dure que toute tumeur », véritable pierre: c'était le calcul de l'iléus biliaire; on a pu découvrir une collection pelvienne au-dessus de laquelle les signes

d'occlusion mi-paralytique faisaient croire à une occlusion purement mécanique et exposaient à une confusion thérapeutique grave: celle de décider la laparotomie et de continuer, au cours de celle-ci, jusqu'à l'irruption du pus dans la grande cavité, une exploration malencontreuse. Dix fois, j'ai vu guérir en trois, quatre jours, par simple incision du Douglas, des malades, dont la symptomatologie (ballonnement, péristaltisme, arrêt des gaz, fièvre) semblait à la fois d'occlusion et de péritonite: ce n'était qu'abcès pelvien avec toit d'anses symphysées. Les symphyses se dénouent presque toujours vite, dès que la collection est vidée. Il arrive même que l'occlusion avec le péristaltisme le plus



Fig. 111. — Péristaltisme au cours d'une occlusion intestinale, chez un malade déjà traité d'occlusion par un anus iliaque gauche.

visible sous la paroi complique une infection pelvienne aiguë, *post-partum*, à son début, et cède, guérisse, même lorsque l'infection, mieux collectée, accumule dans le bassin un gros abcès.

Enfin, je signale ce que disait Codman du toucher rectal dans l'occlusion: il y a contraste frappant entre ce rectum vide, dont les parois viennent coiffer étroitement le doigt, et, au-dessus, la sensation de pression, de tension intra-abdominale considérable.

Tous ces renseignements, nous en retrouverons les détails et les grands avantages avec chacune des occlusions que nous étudierons, mais leur énumération était nécessaire pour bien recommander, dès maintenant, l'exploration par le **toucher** et montrer déjà, fût-ce incomplètement, ce qu'on en peut attendre.

Le **toucher vaginal** peut donner aussi le diagnostic étiologique.

J'ai opéré une vieille dame de soixante-sept ans d'une occlusion aiguë,

avec un ballonnement central, des vomissements incessants, qui pouvaient faire penser ou à un iléus du grêle ou à un volvulus du cæcum. Au toucher vaginal, je trouvai une masse pelvienne immobilisant l'utérus. J'interrogeai la malade, au point de vue gynécologique. Elle avait des métrorragies depuis trois ans. C'était, vérifiée opératoirement, une carcinose pelvienne qui étranglait le côlon sigmoïde.

Une autre malade était considérée par le premier médecin comme compliquant d'occlusion un cancer du gros intestin : en réalité, le toucher vaginal faisait suggérer une autre explication et beaucoup plus favorable : celle d'une compression intestinale par un fibrome calcifié et enclavé : diagnostic et pronostic que la laparotomie confirma.

Plusieurs fois, j'en donne d'ailleurs un exemple illustré, des péricolites, des périrectocolites ligneuses, compliquant des lésions annexielles, chez la femme, sont-elles, par le gynécologue, vite identifiées et reconnues responsables d'un écrasement de l'intestin, auquel médecins et radiologues risquent, un certain temps, d'attribuer une origine tumorale.

Enfin, il y a, chez la femme, des cancers du côlon pelvien beaucoup plus aisément atteints par le toucher vaginal que par le toucher rectal.

ÉVOLUTION

Dans l'occlusion aiguë, la seule dont nous nous occupons, les signes généraux que nous avons vus, au début, susceptibles de tromper, par leur absence ou leur atténuation, vont bientôt accourir et assombrir le tableau d'heure en heure.

Ne nous occupons pas de chacune de leurs explications : réflexe, méca-

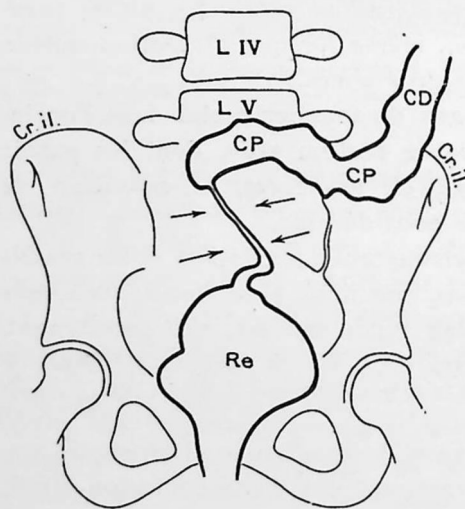


SCHÉMA DE LA FIGURE 112.

Image de la sténose serrée et étendue du sigmoïde terminal et du sommet de l'ampoule rectale, faisant porter, par erreur, le diagnostic radiologique de tumeur maligne.



Fig. 112. — Syndrome d'obstruction colique, chez une jeune femme. Le diagnostic clinique était : annexite et périmérite. Le diagnostic radiologique pouvait faire croire à un cancer recto-sigmoïdien. L'intervention a montré qu'il s'agissait bien d'une sténose serrée par péricolite inflammatoire.

nique, toxique ou infectieuse, ni des unes et des autres, tour à tour prépondérantes et enfin associées; ne nous appliquons même pas à une énumération complète des symptômes, car ce sont des signes, non d'une bonne clinique, mais d'une mauvaise clinique; quand ils arrivent à cette somme, c'est à cause d'un diagnostic erroné ou retardataire.

Y a-t-il quelques petits signes dans le début des accidents : oligurie (1), légère mydriase, dyspnée, faiblesse musculaire, glycosurie, crampes, sueurs froides, indicanurie, dont il faudrait tenir compte ?

Presque toujours, lorsque le tableau comporte des signes ajoutés aux signes locaux, c'est que l'occlusion est sortie de sa première période. Les signes, alors, ne vont pas manquer, mais dans un cortège déjà sinistre : pouls plus accéléré, 100, 120; hypothermie, oligurie très marquée, polypnée, abaissement de la tension artérielle, adynamie, facies pâle, plombé, yeux excavés et bientôt anémie, collapsus, syncopes, carphologie, cyanose, cessation des phénomènes douloureux, melæna, euphorie, fièvre par broncho-pneumonie ou péritonite surajoutée, pouls incomptable; **le malade, qui ne souffre plus, annonce, quelquefois, sa guérison, au moment où tous les signes de sa mort imminente sont groupés.**

Parmi ces signes généraux, retenons de la température et du pouls qu'ils sont normaux au début. S'ils sont anormaux, rapidement, hyperthermie, hypothermie, tachycardie, le pronostic sera vite grave. De nombreux chiffres ont permis à Jeff Miller de vérifier que, chez les malades qui, à l'arrivée, avaient le pouls au-dessus de 100, la température élevée ou, au contraire, nettement au-dessous de la normale, la mortalité avait été de 70 p. 100.

Ajoutons, enfin, qu'une recherche a, récemment, permis d'enrichir la thérapeutique active contre l'occlusion : c'est l'examen du sang et la découverte de la diminution sensible du taux des chlorures. La connaissance, en France, de la méthode thérapeutique très précieuse qui en découle est due à Gosset, Binet, Petit-Dutaillis (2).

(1) A Pétranger, Sgambati, Beckey Smith, Flesch Thebesius trouvent, dans l'examen des urines, un signe de gravité si l'acide azotique détermine deux anneaux : l'un jaunâtre, l'autre, au-dessus, gris bleu foncé.

(2) Mais si le progrès thérapeutique est réel, le bénéfice clinique est moindre; il n'est pas utile, si l'on s'en tient, comme ici, à la seule poursuite du diagnostic, de proposer à la mémoire des cliniciens le *syndrome humoral* que l'examen du sérum sanguin d'un malade atteint d'occlusion permet de vérifier. Il y faut un chimiste; qu'on en juge : la chute du chlore, l'abaissement du sodium, une élévation de l'azote non protéique, une forte augmentation des protéines, portant avant tout sur la globuline, enfin une hyperlipémie tardive, tels sont les éléments du syndrome humoral.

II. — DIAGNOSTIC

Je vais diviser de la façon suivante les notions utiles au diagnostic, et les passerai brièvement en revue.

Généralités;

Diagnostic positif;

Diagnostic différentiel;

Diagnostic topographique;

Diagnostic anatomique;

Diagnostic étiologique;

Diagnostic radiographique.

A. — GÉNÉRALITÉS

La difficulté de ce diagnostic est réelle ; or, c'est le premier pas dans le diagnostic qui est le pas essentiel. L'intérêt majeur n'est pas, en présence d'une occlusion, d'en préciser le siège ou d'en définir la cause : ce sont des additions intéressantes, mais non indispensables. Ce qui est grave, vital, c'est que le médecin arrive à cette notion, en apparence simple : **il y a un obstacle au cours des matières.**

Comme le disait Schede, dans ce Congrès allemand de Chirurgie de 1889, où les connaissances sur la question progressèrent notablement : « La difficulté principale est et sera longtemps encore le diagnostic ; je ne parle pas d'un diagnostic exact concernant le siège et la nature de l'obstacle, mais seulement de cette question : existe-t-il, dans un cas donné et à un moment précis, un obstacle au cours des matières qui puisse être levé par un acte chirurgical ? »

Or, ce diagnostic est urgent. On ne peut songer à s'accorder des délais, à le remettre au lendemain, à souhaiter l'arrivée d'un signe de certitude, ou la perfection d'un tableau clinique, ou les alarmes d'un état général altéré.

Le clinicien doit faire vite ou sa certitude, ou, au moins, son inquiétude. « Aucune maladie ne démontre mieux le danger d'attendre le tableau

clinique complet avant de prendre une décision. Celui qui procédera de la sorte risque, fût-il animé des meilleures intentions, de sacrifier la vie du malade au diagnostic. Qu'on ne nous reproche pas de prêcher la paresse en matière de diagnostic. Il s'agit, au contraire, d'observer minutieusement, d'examiner à fond, de ne négliger aucun symptôme, mais ceci, dans un minimum de temps, en vue d'une intervention rapide. » (De Quervain.)

Cette hâte, il faut, en effet, l'accepter. Elle ne doit naturellement pas interrompre un bon examen, surtout si celui-ci doit fournir toutes les étapes de la précision : 1° occlusion ; 2° à tel endroit ; 3° pour telle raison ; un examen complet, en effet, fera gagner du temps au chirurgien, et, au malade, des chances de guérison.

Il ne faut pas quitter ce malade, sans avoir décidé ou l'appel au chirurgien ou quelquefois une radioscopie, si elle peut être très prompte. C'est qu'entre un état général en apparence peu modifié et un état brusquement effondré les heures sont comptées.

Chez les enfants, en particulier, les premiers troubles peuvent sembler légers ; mais, si la lutte de l'intestin est vive, ardente, elle est courte, le muscle succombe tôt, est vite un muscle forcé. Le ballonnement va être vite énorme, le diaphragme soulevé, les douleurs diffuses, les anses partout dessinées ; comment espérer faire alors le diagnostic précis que la première phase aurait sans doute permis ?

La maladie va au galop. Ne soyons pas, à côté d'elle, des cliniciens à pas trop ralentis.

William Taylor a distingué trois degrés dans l'évolution :

1° Le premier jour : bon état général et pas de ballonnement ;

2° Bon état général, gros ballonnement (entre deuxième et quatrième jours) ;

3° Etat général mauvais.

Pour ce chirurgien, la laparotomie avec levée de l'obstacle conviendrait le premier jour ; après, il faut, ou lui ajouter une jéjunostomie de secours (deuxième degré), ou se contenter de cette jéjunostomie dans un premier temps (troisième degré). Ce sont règles trop rigides.

On ne doit pas ignorer que les occlusions intestinales sont parmi les plus graves des syndromes abdominaux urgents. Quelques chiffres, empruntés au tableau établi par Flint en 1928, vont nous bien montrer cette gravité de l'affection et l'impuissance fréquente de la chirurgie.

Maladies.	Cas opérés.	Morts.	Pourcentage.
Appendicite aiguë	1.080	58	5,7 p. 100.
Hernie étranglée	190	43	22,6 —
Ulcère perforé de l'estomac et du duodénum.	150	34	22,6 —
Occlusion intestinale aiguë.....	139	55	40 —
Rupture de grossesse tubaire.....	16	0	0 —
Pancréatite aiguë	13	9	69,2 —

D'autres chiffres encore; ils n'ennuient que ceux qui préfèrent l'à peu près au précis, les bavardages aux faits.

Mazzini a dépouillé 322 observations de l'hôpital italien de Buenos-Ayres. Alors que la mortalité opératoire n'est que de 17,6 p. 100 pour les malades opérés le premier jour, elle passe à 95 p. 100 pour ceux opérés le cinquième jour.

Moss et Mac Fetridge, comparant les résultats obtenus entre 1922 et 1927, et ceux obtenus entre 1930 et 1932, trouvent, au bénéfice de la série récente, une mortalité tombée de 70 p. 100 à 39 p. 100. Pourquoi? Plus d'opérations précoces; plus d'opérations radicales.

Christofer et Jennings qui, dans les additions de 2.345 cas, trouvaient une mortalité de 46,5 p. 100, ont eu, sur 127 observations du même hôpital, une mortalité nulle pour les opérés du premier jour.

Plusieurs raisons s'associent pour faire, encore, si important, ce pourcentage de morts, dans l'occlusion intestinale; difficultés, retard, échec du diagnostic; retard de l'appel au chirurgien; interventions incomplètes, etc.

B. — DIAGNOSTIC POSITIF

Les signes les meilleurs sont : la douleur soudaine et localisée, un météorisme généralement croissant, l'arrêt des gaz, la résistance au palper en une zone plus ou moins large, les gargouillements, le péristaltisme. Mais le meilleur secours vient non pas de ce que dit le malade : douleurs, vomissements, absence de selles, mais des signes locaux, par l'examen méthodique. Ou plutôt, comme toujours, il vient du lien rationnel que l'on peut découvrir entre les uns et les autres.

Si nous exigeons, pour faire le diagnostic, le carré de tradition
douleur,
vomissements,
arrêt des matières et des gaz,
météorisme,
nous retarderions, trop souvent et trop longtemps, le diagnostic.

Cependant, si, avec Métivet, nous acceptons que ces signes classiques fussent des signes plus intéressants pour l'anatomo-pathologiste que pour le clinicien et si nous intervenions pour des coliques intestinales « nées en un point variable de l'abdomen, voyageant autour de l'ombilic, se localisant en un point fixe, augmentant d'intensité, puis disparaissant et se renouvelant avec des caractères identiques, après une période de calme relatif de quelques minutes », nous ferions, sans doute, quelques laparotomies inutiles pour indigestions, colites spasmodiques, etc.

Au moins, acceptons ce *syndrome minimum* comme *syndrome d'alarme*. Que, chez un malade qui a eu une douleur soudaine accompagnée de nausées et de vomissements, ces « coliques » par crises soient le premier avertissement sérieux.

« Vient-on à palper l'abdomen pendant la crise, on le trouve légèrement sensible dans toute son étendue, mais, au niveau de la zone où se fixent et meurent les coliques, la sensibilité à la pression est particulièrement vive, et la paroi abdominale n'est guère dépressible à ce niveau. Au contraire, la palpation pratiquée dans l'intervalle des crises montre un ventre uniformément souple, avec un maximum de sensibilité à la pression au niveau de la zone spontanément douloureuse. Parfois, une crise de coliques est plus violente que les autres, elle se termine par des nausées, ou par une régurgitation de liquide muqueux ou légèrement bilieux.

« La constatation d'un tel syndrome doit faire porter d'une façon ferme le diagnostic d'occlusion intestinale. Il réalise le vieux type clinique de la *colique de miserere* et doit s'imposer à l'attention du médecin; celui-ci doit oublier le tableau clinique actuellement classique de l'occlusion. » (Métivet.)

Les signes classiques sont, en effet, d'une infidélité très commune.

Les douleurs peuvent-elles éclairer décisivement? Ce n'est pas à espérer; nous aurons à énumérer, dans les divers types d'occlusion que nous passerons en revue, leur variabilité : rappelons ce malade qui vient vers von Wahl pour traiter « sa constipation datant de douze jours ». Il arrivait en chariot, avait fait 100 kilomètres, avait un énorme ballonnement, mais pas de douleur, pas le moindre indice de collapsus; il n'en avait pas moins un volvulus gangrené de l'S iliaque.

Les vomissements n'existent presque jamais, dans ce même volvulus, et, cependant, la striction menace le méso et l'anse de sphacèle.

L'arrêt des matières et des gaz n'existait que dans la moitié des 342 cas d'occlusion intestinale étudiés par Jeff Miller.

Alors, si nous posons la question, comme elle était posée au fameux Congrès de Wiesbaden : *Quand le médecin doit-il appeler le chirurgien ?* nous écarterons aussitôt les réponses telles que celle de Schede,

qui s'en rapporte aux signes généraux, et celle de Franzel, qui croit devoir juger sur le pouls. Ce sont d'antiques façons de juger : nous ne leur devrions, sur les tables d'opération, que des malades mourants. Nous ne pourrions pas accepter, non plus, les conclusions de von Wahl et de ses élèves. Pour eux, le médecin doit appeler le chirurgien chaque fois qu'il perçoit, dans l'abdomen, une anse distendue, résistante, de siège fixe, et, ajoute von Manteuffel, dépourvue de péristaltisme. Il est, d'abord, assez difficile de réunir les signes du ballon, et puis, ce rejet du péristaltisme est le plus malheureux qui soit. Le signal des contractions intestinales est, au contraire, un des meilleurs à guetter et à recueillir. En particulier, nul ne différencie mieux l'occlusion vraie, mécanique, de l'occlusion paralytique.

Le meilleur signe, c'est, chez ce malade pris en pleine santé de douleurs violentes, de vomissements, la découverte d'un météorisme résistant, tympanique, à durcissement intermittent, et plus facile à trouver dans le moment des crises douloureuses.

C'est plus qu'assez pour que le médecin s'inquiète aussitôt. Qu'il n'accepte plus de porter seul la responsabilité des soins; qu'il exige l'arrivée d'un chirurgien; qu'il l'impose.

A eux deux, pourront-ils mieux? Vont-ils se donner encore le temps de deux autres examens assez insignifiants : l'examen du sang : hyperleucocytose au début, mais à chiffres toujours moyens, 12.000 environ; diminution du taux des chlorures; l'examen des urines : si l'indicaturie précoce a une signification, plus tard elle n'en a aucune.

Peut-on faire utilement plus? Si l'indécision est extrême, faut-il essayer de voir s'il y a véritablement arrêt des matières et des gaz par **examen radioscopique**? Nous en renvoyons l'étude, fort intéressante, à un peu plus tard et devons nous ingénieur à rester, encore, uniquement réduits aux moyens cliniques, à la fois les plus communs et les plus rapides.

Les signes pourront paraître réduits par la difficulté de les trouver (malade obèse ou à paroi très musclée), ou par la difficulté de les interpréter (hystériques, tabétiques, morphinomanes, urémiques, coma diabétique, etc.), et aussi parce qu'il existe des formes frustes cliniquement incomplètes. « Il faut bien les connaître, elles sont trompeuses et dangereuses. En effet, tant que la fonction normale n'est pas entièrement restaurée, que le météorisme n'est pas tombé, que la circulation n'est pas libre, tout à fait libre, et le péristaltisme rétabli, la résorption toxique se poursuit et l'empoisonnement progresse. » (Lejars.)

Le médecin se rappellera donc que, dans certains cas, l'occlusion peut être peu douloureuse, dans d'autres cas, non compliquée de vomissements,



Fig. 113. — Occlusion intestinale précœcale. Cette représentation radiographique est de type rare : la dernière anse grêle a, ici, le volume, la situation, les contours de l'estomac. Le plus souvent, la rétro-dilatation n'est pas segmentaire et intéresse le grêle sur une longueur beaucoup plus grande. (Cliché PONCHER.)

quelquefois associée à de la diarrhée, quelquefois laisser un ventre plat; le bon médecin ne tombera pas dans les pièges de ces formes incomplètes. Si un seul des signes cardinaux a toute sa force, douleur atroce, vomissements nauséabonds, arrêt absolu des gaz, météorisme, un seul signe devra faire penser à l'occlusion.

Le premier pas n'est encore qu'à moitié fait : penser à l'occlusion. Il faut vite éliminer les autres pensées parasites. On peut même accepter que la vraie question reste celle que nous posions tout à l'heure : ***est-ce un ventre chirurgical ?***

Nous diviserons donc, en ces deux temps, le diagnostic débutant :

1° *C'est un ventre chirurgical; 2° C'est une occlusion intestinale.*

Il restera à échelonner les réponses aux questions qui suivront :

Est-ce une occlusion mécanique ou dynamique ?

Où est le siège et quelle est la nature des lésions causales ?

Faut-il opérer ?

C. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° *Est-ce une lésion abdominale chirurgicale ?*

Cela revient à éliminer les syndromes douloureux, les intoxications, certaines maladies infectieuses; chacune des occlusions que nous étudierons avec quelques détails exigera l'étude plus particulière de certains diagnostics différentiels : nous éviterons ici ces énumérations additionnées. N'ayant à envisager que le problème général qui se pose au premier médecin appelé, la question est relativement simple.

Désireux d'éviter trop de redites, je renvoie le lecteur au premier chapitre de l'ouvrage : il y trouvera, chacune avec quelques signes distinctifs, les affections abdominales à écarter, avant de dire ventre chirurgical (Voir p. 39).

On peut utiliser d'abord, pour les premières éliminations, cette règle clinique dont l'expérience vérifie la valeur : *dans l'occlusion, au début, il n'y a généralement pas de fièvre.*

Cela devrait faire écarter toute idée d'entérite aiguë, dysenterie aiguë, dothiéntérie, et ces fameux embarras gastriques fébriles, responsables de tant d'erreurs et si facilement invoqués.

Les syndromes douloureux, coliques hépatique, néphrétique, méritent plus de temps : ils sont aussi apyrétiques, avec vomissements, avec léger

ballonnement, constipation. Mais chacun a ses points douloureux précis bien régulièrement présents : cystique, scapulaire, lombaire, et ses irradiations favorites. Surtout, fait avec douceur et longue patience, le palper trouve un ventre souple, docile, sans résistance localisée, sans tympanisme, sans péristaltisme.

Les coliques saturnines sont rares; elles viennent sur un terrain assez facile à identifier, et elles aussi, le plus souvent, dans un ventre souple, sans ballon de météorisme, sans onde péristaltique.

Les coliques utérine, ovarienne et de testicule ectopique, exposent moins souvent à l'erreur. Les mêmes signes négatifs compteront : pas d'arrêt vrai de la fonction intestinale; pas d'anse perceptible; pas de vomissements nauséabonds.

Les intoxications alimentaires ou urémiques, le coma diabétique surtout, peuvent proposer des cas très difficiles, où la plus grande attention sera nécessaire.

De Quervain cite un malade atteint de crises gastriques du tabes, qui fut, quatre fois, opéré à tort, et, quatre fois, cru atteint d'occlusion.

J'ai donné, pages 39 à 44, les symptômes principaux des coliques hépatique, néphrétique, utéro-ovarienne, saturnine, gastrique et des crises d'entérocolite. Je ne peux les donner encore une fois; mais, pour indiquer aux cliniciens quelques-unes des difficultés qui les guettent, je prendrai l'exemple des coliques néphrétiques.

La lithiase rénale prend quelquefois l'allure clinique d'une occlusion intestinale. Guyon avait failli être opéré par Trélat, Quénu faillit être opéré par P. Duval, tous deux pour des phénomènes intestinaux qui semblaient être ceux d'une occlusion vraie.

« C'est que le ballonnement peut devenir si intense à chaque attaque de colique néphrétique que l'on peut croire, à première vue, à une occlusion intestinale. » (Legueu.)

L'observation publiée par Løper est très caractéristique : les troubles se déroulèrent, en trois temps, au cours de la migration du calcul. D'abord des vomissements, puis, pendant la descente du calcul, les phénomènes intestinaux apparurent et s'accusèrent : ballonnement, arrêt complet des matières et des gaz. Le malade refusa l'intervention proposée. Bientôt après, ténésme rectal, sans doute signe de l'arrivée du corps étranger dans l'uretère pelvien; enfin, émission de deux calculs.

De même, pour les malades de Delore, de Walther, de Gosset, de Moutier, l'acte chirurgical contre l'occlusion était proposé.

Il semble bien s'agir, dans ces cas difficiles, d'occlusion spasmodique, puisque, chez le malade d'Huguier, la laparotomie exploratrice permit de voir des sténoses serrées, par spasme du grêle et spasme du côlon.

Clavel, très récemment, a bien étudié ces coliques néphrétiques à accidents abdominaux aigus. Il donne, en faveur de la lithiase, les signes sui-

vants : point douloureux à l'extrémité antérieure de la onzième côte (Løper); douleur calmée par telle ou telle attitude prise par le malade (flexion ou extension de la cuisse); début soudain, crises avec accalmies, troubles influencés par les déplacements du sujet; intégrité remarquable de l'état général; examen microscopique quotidien des urines (globules rouges).

Ajoutons à ces signes différentiels ceux que E. Quénu a indiqués, avec une expérience que nous avons précisée plus haut : dans la colique néphrétique, la douleur est vive d'emblée et a, d'emblée, toute son intensité. Il n'y a pas cette « angoisse viscérale » de ceux dont l'intestin est bouché. Au lieu des borborygmes et des contractions impuissantes de l'occlusion, c'est l'inertie intestinale : dans l'intervalle des douleurs, le ventre est indolore au palper. Enfin, l'examen microscopique des urines fera reconnaître (cas de Gosset) l'hémorragie occulte du rein.

Les *affections pulmonaires* (pneumonie caséuse, gangrène pulmonaire) peuvent débiter, exceptionnellement, par une douleur abdominale (point de côté abdominal) qui est bien connue et au sujet de laquelle j'ai donné, pages 36 et 37, les détails de l'examen comparatif; mais, circonstance moins signalée, les affections pulmonaires peuvent débiter par des signes d'occlusion (Kleinschmitt).

2° C'est une lésion chirurgicale ; est-ce une occlusion ?

Nous pouvons supposer que c'est à ce moment que le chirurgien est appelé et que, pour lui, commence le double problème de diagnostiquer avec le plus de précision possible et de guérir.

Les erreurs à éviter ne manquent pas; on peut les envisager dans l'ordre suivant :

- Hémorragie interne;
- Les syndromes de torsion non intestinales;
- Les péritonites;
- Les faux étranglements herniaires et les hernies étranglées;
- Les occlusions combinées;
- Les syndromes, de diagnostic particulièrement difficile.

La distinction de l'occlusion et de l'*hémorragie interne* semble devoir être toujours facile; il n'en est rien, et il existe plusieurs cas où le début de l'occlusion, aggravé de syncope, shock, collapsus, fit croire à une hémorragie interne. (Reid, Horrigan.) L'erreur inverse est plus fréquente. Le problème me fut proposé, une nuit de chirurgie de garde, par un interne fort instruit de pathologie chirurgicale; il croyait à une occlu-

sion, il y avait un ballonnement tympanique si net, des vomissements si fréquents, la notion d'arrêt de selle et de gaz, si peu de signes d'anémie aiguë que l'erreur était naturelle. Je fis le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine par le toucher, au cri du Douglas, et tout de même à cause de l'état du pouls, qui fléchissait au moindre mouvement de la malade.

Les *torsions* non intestinales seront étudiées dans un chapitre spécial; elles déclenchent toujours un ensemble de symptômes paralytiques réflexes de l'intestin qui entraîne la confusion assez souvent. Leur forme pseudo-occlusive est un de leurs visages les plus fréquents.

La *torsion de kyste ovarien* est la plus commune : il y a une tumeur déjà connue, ou facile à découvrir, car brusquement augmentée de volume; les douleurs sont continues; il y a eu état de shock au début; il peut être oublié; les vomissements sont alimentaires et peu fréquents, les gaz passent. Le résultat du toucher vaginal est presque toujours facile à interpréter.

La *torsion du grand épiploon* ressemble plus, dans sa variété intra-abdominale, à une collection péri-appendiculaire qu'à une occlusion. Peu de vomissements, les gaz passent, tumeur constituée en un jour. C'est bien un peu l'empâtement du boudin d'invagination, mais pas de melæna, douleur plus continue, mais moins vive. La tumeur semble superficielle.

Cette torsion du grand épiploon, aux yeux de ceux qui l'ont bien étudiée (Lejars, Lapeyre), devrait être diagnostiquée sans très grande difficulté.

La *torsion de la vésicule biliaire* est rare. Le début est bien celui d'un

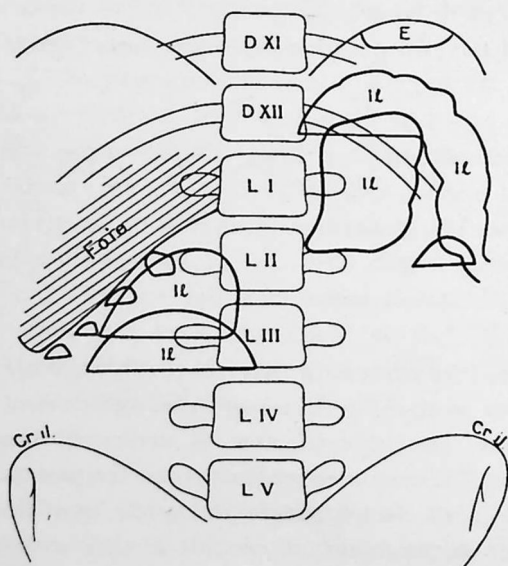


SCHÉMA DE LA FIGURE 114.

On voit les tuyaux d'orgue typiques ; niveaux horizontaux, arcs gazeux étendus.



Fig. 114. — Image typique d'occlusion intestinale avec dilatation de l'intestin grêle. (Cliché PORCHER.)

des grands syndromes abdominaux aigus, mais, bientôt, on sent une tumeur réniforme en relation avec le foie. Ce sont de vieilles malades très âgées : si c'était un iléus biliaire, il y aurait du ballonnement, du péristaltisme, l'arrêt des matières et celui, presque absolu, des gaz.

Les autres *torsions* (estomac, rate, trompes utérines) sont ou exceptionnelles, ou de signes moins dramatiques.

Les *péritonites*, dans leur pureté et à leur début, ne sauraient être prises pour des occlusions : c'est un parallèle que les livres classiques exposent toujours, avec beaucoup de détails. Mais tout est différent dans ces deux syndromes : douleur paroxystique et atroce dans l'occlusion, continue, mais moins violente dans la péritonite; les vomissements bientôt fécaloïdes dans l'occlusion, porracés, moins fréquents, moins abondants dans la péritonite; le météorisme et les gargouillements, mais la souplesse de la paroi et peu de douleur au palper dans l'occlusion, l'absence de météorisme, le silence, la contracture immédiate de la paroi et la douleur au palper dans la péritonite; une température normale, un pouls normal au début de l'occlusion, une température élevée, un pouls rapide dès le début de la péritonite.

Mais, s'il n'était que d'opposer les deux maladies dans leurs images typiques, ce ne serait qu'un exercice de théorie ou de rhétorique. Où la question devient difficile, c'est que la péritonite se complique vite d'occlusion dite paralytique, et qu'à ce moment les deux maladies emmêlent leur symptomatologie.

D'ailleurs, la question n'est plus, comme autrefois, une question générale : péritonite ou occlusion? Le chirurgien doit, maintenant, aller aux sources de la péritonite : il y va. Aussi peut-il presque toujours annoncer avant d'opérer : péritonite appendiculaire, péritonite par ulcère perforé, péritonite d'origine génitale. C'est donc là qu'il faut aller se renseigner : nous renvoyons aux chapitres où ces diverses péritonites sont longuement étudiées. Ajoutons simplement qu'un examen du sang indiquerait, pour les péritonites, une hyperleucocytose élevée de 15.000 à 25.000 globules blancs, pour l'occlusion une hyperleucocytose qui ne dépasse guère 12.000.

De même, « occlusion » est un terme devenu trop général. Il n'y a plus une occlusion et une thérapeutique opératoire uniforme. Il y a des occlusions, chaque variété proposant une intervention particulière; du vieux et et vague dilemme d'autrefois, se détachent de plus en plus des problèmes précis : est-ce une invagination, un volvulus, un cancer sténosant, une bride, etc.?

Au surplus, lorsque le problème se trouve, pour le chirurgien, ramassé dans ce débat : est-ce une péritonite avec occlusion paralytique et gros ballonnement, ou est-ce une occlusion en voie de se compliquer de péri-

tonite, on retrouve là une interrogation purement théorique. Désormais, l'erreur entre occlusion et péritonite est une des moins nocives qu'il y ait, dans les deux cas, l'urgence opératoire se trouvant décidée.

Les **faux étranglements herniaires** sont très intéressants à dépister. Ils ont été très bien étudiés, sous ce nom, par Clairmont, de Vienne, et correspondent aux *pseudo-étranglements de Broca*. Ce que l'on lit des travaux français montre que leur connaissance est encore incomplète et le souci de les dépister assez distrait. Chaque année, j'ai l'occasion d'en montrer un exemple à mes internes. Or, il est dépitant d'aller, vers des orifices herniaires, lever d'imaginaires obstacles, alors qu'il s'agit d'aller vite, en plein ventre, traiter péritonite ou hémorragie ou occlusion, etc.

Sous l'influence d'occlusions mécaniques ou paralytiques, une hernie jusque-là réductible devient irréductible, douloureuse et tendue, sans que les causes en soient dans la hernie même; les symptômes d'occlusion qui ont amené les modifications du côté de la hernie vont faire croire que celle-ci en est responsable, alors que les accidents intra-herniaires ne sont que la conséquence de l'occlusion.

Clairmont avait réuni 107 observations et les divisait en plusieurs classes, les faux étranglements par iléus mécaniques l'emportant de loin (95 cas) sur les faux étranglements par iléus paralytiques.

Une énumération est à peine nécessaire : hernie interne, bride, compression, volvulus, invagination, calcul biliaire, cancer, toutes les causes mécaniques d'iléus sont présentes; pour les occlusions paralytiques : rupture de grossesse extra-utérine, péritonite, appendicite, pancréatite aiguë hémorragique, etc.

Certains symptômes peuvent-ils faire soupçonner que l'étranglement a son siège ailleurs que dans la hernie? La tension et la douleur moins marquées au niveau de la hernie; l'absence de douleur au niveau du collet; douleurs abdominales vives, au contraire, enfin et surtout la marche du syndrome : début abdominal.

Le plus souvent, le diagnostic ne sera fait, s'il est fait, que pendant l'intervention.

A propos de ces faux étranglements, signalons que le volvulus est une des causes les plus fréquentes : volvulus à la fois intra-herniaire et intra-abdominal, volvulus de l'anse afférente, volvulus de l'anse efférente.

Les **hernies véritablement étranglées** nous exposent à bien d'autres erreurs, sur lesquelles il faut insister.

C'est une difficulté qui ne se présente pas pour les malades qui se connaissent une hernie parfaitement réductible et qui souffrent, soudain, d'une irréductibilité absolue de la tuméfaction; ce n'est pas non plus un débat compliqué, lorsque, même avec l'ignorance de la hernie, le malade

a les signes locaux si nets, habituels aux étranglements : tuméfaction arrondie, globuleuse, dure, tendue, de résistance élastique, irréductible, douloureuse, ne recevant plus d'impulsion à la toux, et mate; et si, à des signes locaux aussi précis ou un peu moins nets, s'ajoutent les signes abdominaux : météorisme, distension intestinale, douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Là où naît l'obscurité, c'est dans les formes latentes de l'étranglement (indolence locale et aucun signe abdominal), dans les cas où le malade ignore sa hernie et méconnaît les phénomènes locaux survenus, et dans les cas où les phénomènes abdominaux semblent, d'emblée, débordants.

Le clinicien n'oubliera pas que la hernie la plus gravement étranglée peut n'avoir qu'un très petit volume et que sa découverte chez les malades gros, gras, obèses, oblige à une enquête attentive.

On ne répétera jamais assez que le premier souci, en présence d'une occlusion, est l'examen des orifices herniaires et la recherche de la hernie étranglée.

J'ai commis l'erreur une seule fois, mais il n'y a pas très longtemps, ce qui ajoute à l'humiliation : je n'avais pas besoin d'elle pour me répéter ce principe classique : *en présence d'une occlusion, d'abord faire l'examen des orifices herniaires*; mais elle me l'a fortement enfoncé dans la tête et je crois bien que je ne m'exposerai plus à une confusion que je rapporte en vue de l'éviter à d'autres.

Une malade m'est adressée pour une « occlusion datant de neuf jours ». Deux médecins l'ont vue successivement; celui qui me l'adresse l'a examinée, la veille, pour la première fois. Le premier médecin a cru à une obstruction cancéreuse, le second à une occlusion aiguë de cause incon nue. Je vois une malade assez grasse, dans le plus fâcheux état : cyanose, vomissements fécaloïdes, anurie depuis la veille, pouls à peine perceptible. L'examen, déjà si retardataire, ne me semblait pas devoir être prolongé : j'opérai la malade de cette occlusion trop évidente et *in extremis*. Au cours de la laparotomie, je vis une anse engagée sous l'arcade crurale. La méprise était donc complète : c'était une hernie crurale étranglée. Mais, même instruit de son existence, on la trouvait assez difficilement au palper. Elle n'était pas plus volumineuse qu'une grosse noisette et cachée sous la graisse. L'intestin que j'y trouvai incarcéré n'était heureusement pas sphacélé. Je pus le réduire après épreuve du sérum chaud. Et, je le crois bien, grâce à la thérapeutique que Gosset nous a fait connaître (injections intraveineuses de solution chlorurée), ma malade a guéri facilement. Mais deux médecins et un chirurgien avaient oublié de chercher une hernie dont la malade ignorait, par surcroît, l'existence.

D'autres erreurs, par la faute des hernies étranglées, sont à signaler; en particulier :

1° *La réduction par taxis de l'agent d'étranglement;*

2° *La réduction opératoire d'un intestin cru viable, en réalité inerte et sphacélé.*

Un diagnostic rempli de difficulté, c'est celui des **occlusions combinées**. (Hochenegg.) Il existe une occlusion et une tumeur; on connaissait ou on découvre la tumeur.

1° *La tumeur peut être cause d'occlusion.* Je ne parle pas actuellement des tumeurs intestinales ni des tumeurs de leurs méésentères, mais des tumeurs d'autres viscères. Un excellent exemple est fourni par le kyste de l'ovaire. Le kyste peut comprimer tous les segments de l'intestin : iléon, côlon ascendant, côlon pelvien; son pédicule tirailé peut devenir une sorte de bride et agit comme telle; sa torsion peut entraîner et couder une anse intestinale. Enfin, comme Leveuf l'a bien étudié, le kyste peut aussi aider à des volvulus intestinaux sans adhérences préalables; inversement les adhérences entéro-kystiques isolées ou massives pourront aussi déterminer l'occlusion. Mais il est arrivé à certains chirurgiens de trouver, après l'ablation du kyste dit ou non responsable, une autre tumeur (cancer pelvien), elle responsable.

2° *La tumeur n'est pas la cause de l'occlusion:* la recherche de la cause doit être continuée. Il y a tumeur et une occlusion indépendante (fibrome et iléus biliaire, kyste et volvulus, fibrome et cancer du côlon, etc.).

Quant au diagnostic des **occlusions doubles** (deux obstacles) sur lesquels Finsterer, avec 76 cas, a fait un travail important, c'est un *diagnostic opératoire*, qu'il nous suffira d'évoquer.

Dans le même ordre d'idées, un problème compliqué est celui que j'étudierai en détails sous ce titre : **Appendicite et occlusion**. Il se présente de bien des façons, sur lesquelles je passerai ici rapidement. Il ne convient, pour l'instant, que de savoir la coexistence et la relation directe.

Il y a, en effet, des appendicites occlusives. Celles qui nous intéressent en ce moment, ce sont celles où l'occlusion éclate en même temps que l'appendicite.

Il importe de ne pas laisser passer inaperçu le syndrome surajouté d'occlusion intestinale (ballonnement, vomissements plus fréquents, douleurs beaucoup plus vives, péristaltisme dans la fosse iliaque droite); c'est qu'il doit, en effet, déterminer l'intervention d'urgence et aider à repousser l'idée de « refroidissement » des lésions.

Une autre circonstance angoissante est celle où, dans un ventre ballonné par l'occlusion, on découvre un foyer inflammatoire sans doute suppuré : abcès rétro-cæcal, abcès du Douglas, hématocele infectée. Mais ceci nous conduit au problème de l'**occlusion paralytique**, auquel nous arrivons.

Avant de l'aborder, encore deux diagnostics de la plus grande difficulté. Il n'y a pas plus compliqué : *ce sont les deux syndromes abdominaux* (Voir leur étude détaillée) *les plus près qui soient du syndrome de l'occlusion.*

Je veux parler de :

**La pancréatite aiguë hémorragique ;
L'infarctus de l'intestin.**

Je ne connais pas de tableaux se ressemblant davantage.

Ils ont entraîné, jusqu'ici, des confusions presque constantes. Presque toutes les pancréatites hémorragiques sont opérées, après les diagnostics d'ulcère perforé ou d'occlusion intestinale. Pour l'infarctus, les erreurs sont : appendicite, occlusion intestinale.

Je donnerai, dans les chapitres qui leur sont réservés, leur symptomatologie précise. Leurs caractères distinctifs m'ont permis, dans les cas que je rapporterai, de faire des diagnostics qui passent, encore, pour exceptionnels.

Dans la *pancréatite* et dans l'*infarctus*, les douleurs sont certainement beaucoup plus violentes que dans l'occlusion; elles sont continues et elles sont épouvantables.

Dans la pancréatite, les signes de collapsus sont précoces, les taches violacées sur la peau, le mauvais pouls font voir la gravité exceptionnelle. D'autre part, le ventre est sans résistance; même ballonné, il ne présente jamais ce ballon rénitent des anses d'occlusion. Les signes fonctionnels sont ceux d'une occlusion, mais non les signes physiques.

Quant à l'infarctus massif de l'intestin, il m'a paru surtout associer au syndrome d'occlusion, avec ou sans melæna, les signes d'une hémorragie interne (pâleur, pouls effondré, zone d'empatement mat). Dans ces deux syndromes, l'auscultation du ventre ne révèle pas de bruits intestinaux.

Ces deux diagnostics différentiels ne sont certes pas théoriques. Ils comporteront bien, eux aussi, l'intervention chirurgicale; mais, pour qui se soucie de formuler un pronostic rationnel, celui de la pancréatite ou de l'infarctus est singulièrement plus sombre que celui de l'occlusion opérée tôt.

Il existe encore un diagnostic différentiel indispensable, car il fait écarter l'acte chirurgical : c'est celui de la *dilatation aiguë de l'estomac*, ou occlusion duodénale aiguë. Nous aurons à en reparler à plusieurs reprises, et dans un chapitre entier.

3° Il y a occlusion. Est-ce une occlusion mécanique ;
c'est-à-dire faut-il opérer ?

C'est un problème qui a pu paraître avoir beaucoup perdu de son intérêt; beaucoup de syndromes, hémorragie interne, pancréatite, infarctus, péritonite, etc., comportent, en effet, l'**occlusion paralytique**, ou réflexe ou inflammatoire, mais comportent surtout la laparotomie immédiate. D'autre part, une occlusion d'abord paralytique risque de devenir une occlusion où l'élément mécanique gagne peu à peu en importance. Les anses distendues, pleines de liquides, vont être pesantes; elles retombent, entraînées par leur poids, d'où des plicatures, des coudures qui ajoutent des obstacles mécaniques. Cela nous explique que certaines de ces occlusions, primitivement paralytiques, aient pu bénéficier d'une intervention chirurgicale très simple, par exemple de la fistulisation temporaire de l'intestin grêle.

Là où le diagnostic de l'occlusion paralytique est nécessaire (en dehors de celle du vieillard), c'est pour certaines lésions péritonéales circonscrites auxquelles nous faisons allusion il y a un instant.

Choisissons un exemple. Un malade a eu, il y a dix jours, un syndrome vivement douloureux et fébrile; les choses se sont arrangées sous la glace; aujourd'hui apparaissent du ballonnement, des nausées, des douleurs; il

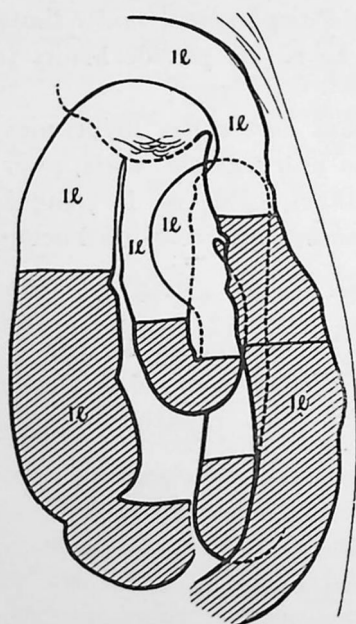


SCHÉMA DE LA FIGURE 115.

(Après repas baryté.) Niveaux, images de tuyaux d'orgue, arcs clairs gazeux dans les anses grêles dilatées.



Fig. 115. — Sténose de l'intestin grêle ; compression du segment précæcal par de volumineux ganglions. (Voir le schéma. Cliché GALLY.)

y a un peu de fièvre et un point douloureux, ou rétro-cæcal, ou dans le Douglas, ou devant le rectum. Le ballonnement, le météorisme même, les nausées, l'arrêt des matières vont-ils faire le diagnostic d'occlusion? Ou plutôt ne faudra-t-il pas envisager ces phénomènes d'occlusion comme secondaires à un abcès rétro-cæcal, un abcès méso-cœliaque, un abcès pelvien? Où est l'indication thérapeutique? Il n'y a pas de doute pour nous : l'occlusion doit être considérée comme paralytique et l'abcès doit être ouvert. La règle est bien que les signes de l'occlusion disparaissent. Cela ne veut pas dire, d'ailleurs, qu'il n'y avait là que la célèbre paralysie inflammatoire.

Il y avait probablement aussi des causes mécaniques : anses coudées, agglutinées, adhérentes, etc., mais je renvoie, pour les détails, au chapitre *Appendicite et occlusion*. Chapitre important, croyez-moi.

L'iléus réflexe au cours de la lithiase réno-urétérale a été très bien étudié, récemment, par Clavel et par Denéchaux et Prieur. Les accidents sont soudains; ils semblent s'aggraver vite; or, la guérison spontanée est la règle : l'intérêt de les baptiser tôt est un intérêt majeur. Début brusque, à l'occasion d'un effort, d'un déplacement brusqué ou brutal. Pas d'état saburral des voies digestives supérieures. Etat psychique moins anxieux, « car ils n'éprouvent pas cette sensation d'angoisse viscérale qu'accusent ceux dont l'intestin est réellement bouché ». (Quénu.) Etat général intact. Retour de la douleur déclenchée par les mouvements. Apparition des petits signes urinaires à rechercher au microscope (hématies), à plusieurs reprises. Radiographie, etc.

Pour les autres occlusions *dynamiques*, toxique, nerveuse, il faut prendre grand soin d'un examen complet de l'appareil cardio-vasculaire, du fonctionnement cardio-rénal et du système nerveux. Par exemple, on a vu l'occlusion marquer le début clinique d'une myélite.

Et puis, le plus souvent, si les signes sont ceux que nous avons réunis, dire *occlusion mécanique* : c'est plus sage et plus sûr.

Le diagnostic de l'*occlusion spasmodique*, celle contre laquelle la rachicoïcainisation a ses meilleurs succès, n'est pas un diagnostic courant; il y aurait bien de l'imprudence à s'y attacher sans forte raison ou, dans l'hésitation, à temporiser. Mais cette occlusion par spasme existe certainement et, dans les suites opératoires, elle a pu poser des problèmes difficiles. La thérapeutique, si riche de sauvetages déjà, par injections chlorurées hypertoniques intraveineuses, permettra, à la fois, de vérifier et de guérir un assez grand nombre d'occlusions paralytiques ou spasmodiques et de donner, à nouveau, à ces diagnostics différentiels un intérêt qui semblait déchu.

Il faut ajouter que, si l'atropine fait souvent merveille contre le spasme, il y a bien des cas d'échec où « l'entérospasme a conduit à la mort comme un iléus mécanique ». (Körte.) On prendra soin de reconnaître le terrain: hystérique, toxicomane, urémique, tabétique, etc.

D. — DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'OCCLUSION

Nous entrons maintenant dans des recherches : siège, nature et cause de l'occlusion, où nous devons nous contenter souvent de présomption, où il faudra distinguer entre les conjectures et les distinctions solidement élaborées.

Avant l'étude comparée des symptômes, il y a déjà place pour une possibilité de renseignements : dans la recherche des antécédents, y a-t-il eu une crise abdominale aiguë, autrefois? Où siégeait-elle? Comment fut-elle baptisée? Appendicite, salpingite, cholécystite, etc.? Y a-t-il eu plaie de l'abdomen, plaie thoraco-abdominale? Quelle intervention fut pratiquée, dont voici la cicatrice : appendicite? hernie étranglée? volvulus? hystérectomie? Les occlusions précoces post-opératoires sont plus souvent sur le grêle, les occlusions tardives de l'appendicite sont aussi plus souvent sur le grêle. Il en est de même pour celles qui compliquent tardivement les opérations de hernie étranglée.

La douleur initiale bien localisée et la douleur fixe, à chaque crise, renseignent un peu : douleur ombilicale pour le grêle, sacrée pour le volvulus du côlon pelvien, a-t-on dit; mais la douleur du volvulus caecal peut être ombilicale, la douleur du volvulus du grêle est pré-vertébrale; à quoi attribuer la douleur iliaque droite?

On pourrait dire aussi : le siège de l'occlusion, c'est où naît la douleur et où meurt le péristaltisme, mais les formules imperturbables ne conviennent guère, quand il y a tant de nuances.

Les vomissements sont plus violents et plus souvent répétés dans les occlusions du grêle; ils y sont plus précocement fécaloïdes; leur rareté, leur absence est signe d'occlusion basse sur le gros intestin.

Plus grande est leur abondance, plus le siège de l'occlusion se rapproche du pylore. La présence de bile, de sucs pancréatiques, indique une occlusion sous-vaérienne.

C'est dans l'occlusion duodénale aiguë que les vomissements sont les plus copieux (quelquefois 8 à 10 litres par jour).

La diarrhée sanglante, signe d'invagination, est peu abondante, à peine quelques mucosités sanglantes si l'invagination est iléo-iléale : si l'occlusion est sur le gros, iléo-colique ou colo-colique, l'écoulement de sang serait plus important. (Grisel.)

Les selles diarrhéiques, au début ou en cours d'occlusion, sont sans signification topographique. De quelque longueur que soit le bout inférieur, il peut se vider, et quelquefois complètement ou en plusieurs selles.

Les signes urinaires : il y a d'autant moins d'urine que le siège de l'obstacle est plus haut ; l'urobilinurie, comme l'oligurie, serait signe d'occlusion haute, mais ces constatations ne valent que précoces. Pour l'indicaturie, de même.

L'étude du météorisme n'est qu'irrégulièrement instructive. S'il est généralisé, il n'y a rien à conclure, ou, alors, il faudrait pouvoir déduire qu'il y a eu d'abord anse isolée et qu'autour d'elle est venu peu à peu s'étaler l'énorme ballonnement actuel.

Le plus gros ballonnement appartient au volvulus du côlon.

Les plus petits ballonnements, qui ne sont qu'épigastriques, et si difficiles à voir chez les malades gras, sont le fait d'occlusions jéjunales hautes.

Dans le gros ballonnement, qui semble généralisé, on peut encore distinguer entre un gros ventre globuleux, saillant : obstacle sur le grêle, et un gros ventre étalé, à flancs distendus, largement encadré : obstacle sur le gros. (Laugier.) Mais les exemples sont, malheureusement, nombreux qui vont à l'encontre de cette loi. Le rôle de la paroi, de sa résistance musculaire.

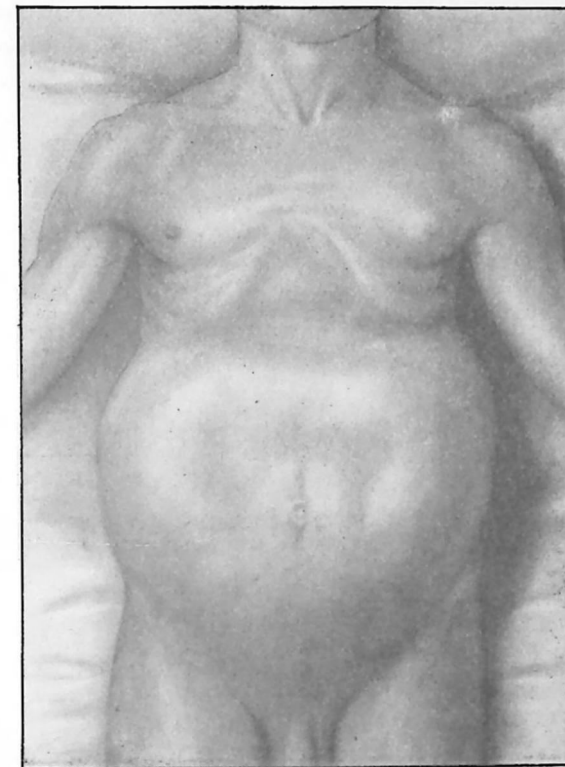


Fig. 116. — Occlusion intestinale par cancer du côlon sigmoïde. Enorme dilatation colique sus-stricturale.

laire ou de sa pauvreté en muscles, est capital. J'aurai à le rappeler plusieurs fois et ce n'est pas une remarque sans importance.

C'est la recherche d'un *météorisme localisé* qui est la clef; ceci avec une réserve : c'est que l'anse distendue qui se météorise révèle peut-être une anse basculée, c'est-à-dire déplacée, c'est-à-dire de siège trompeur :

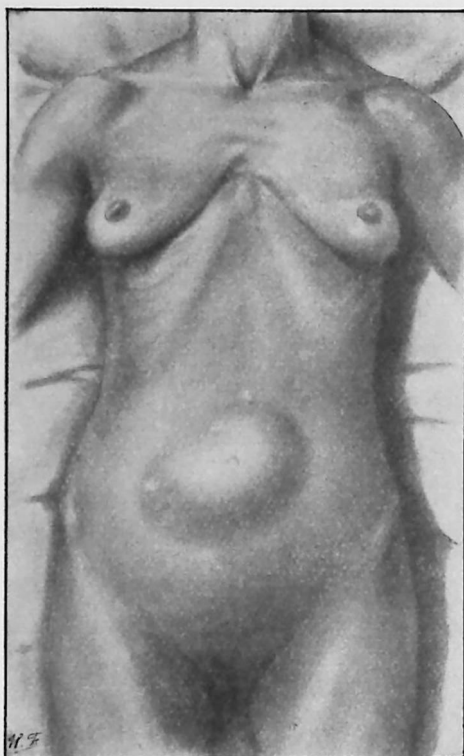


Fig. 117. — Oclusion intestinale chez une vieille femme. Cette anse ballonnée, tympanique, semblait devoir faire penser à un volvulus du cæcum. Il s'agissait, en réalité, d'une occlusion pelvienne par carcinose. L'anse distendue si visible sur la ligne médiane était le cæcum. L'anus iliaque fut fait sur la partie sus-stricturale du côlon pelvien.

ainsi, certains volvulus cæcaux ou coliques donnent un ballonnement central plus communément attribué aux occlusions du grêle.

Une malade qui, par carcinose pelvienne, avait sténosé son côlon, avait le ballon le plus central que j'aie vu. C'était son cæcum, gros comme une tête d'adulte, et qui n'avait aucune difficulté, à cause de sa grande mobilité, à se placer au milieu du ventre (fig. 117). J'ajoute que si l'occlusion est haute sur le jéjunum, l'anse distendue, les anses distendues peuvent être pleines de liquide et ne donner aucun météorisme tympanique ; ou bien le segment sus-strictural est assez court pour que sa distension ne soulève pas notablement la paroi abdominale. *Il y a donc des occlusions très graves sans météorisme important, sans aucun tympanisme.*

Je rappelle que Höfer a fait connaître le petit signe suivant : à l'auscultation, les bruits de la pulsation aortique sont très évidents au niveau de la sténose.

Une recherche est profitable,

celle de Bouveret : j'en ai plusieurs fois vérifié l'intérêt ; si le cæcum est dilaté, c'est que l'obstacle est sur le gros ; si le cæcum est affaissé, l'obstacle est sur le grêle. Or, le cæcum est le segment du gros intestin dont la distension est la plus visible.

Cherchons les signes de la *dilatation cæcale* : douleur surtout à droite, dans l'intervalle des crises; au moment des crises, début des contractions

douloureuses par la fosse iliaque droite; dans les périodes d'accalmie, le météorisme est sensiblement plus net à droite de l'ombilic qu'à gauche. Au moment des crises, la reptation des contractions péristaltiques va de la fosse iliaque vers le rebord costal; enfin, au stéthoscope, on perçoit, dans la fosse iliaque droite, un clapotement permanent à timbre amphorique.

Mais, encore, que d'incertitudes : le cæcum volvulé est déplacé; au-dessus d'un volvulus du côlon pelvien, le cæcum peut ne pas être aussitôt dilaté ; et que de fois le côlon pelvien distendu où le grêle distendu viennent-ils, dans la fosse iliaque, mettre aussi le dos d'âne de leurs contractions! Chez la vieille femme à paroi flasque et à cæcum flottant, la distension de celui-ci peut se faire au centre de l'abdomen.

La valvule de Bauhin s'oppose un assez long temps, dans les occlusions basses, à la distension du grêle. Le cæcum peut s'étaler largement, si sa mobilité le lui permet. Il y a là une cause d'erreur certaine. Le dos d'âne cæcal n'est pas toujours dans la fosse iliaque, il est souvent entre ombilic et pubis. C'est sur lui que l'on arrive par laparotomie médiane.

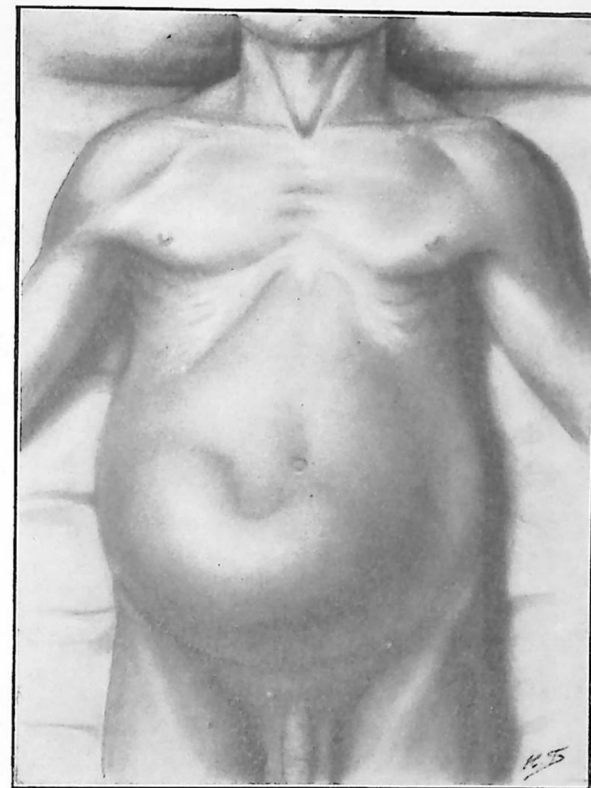


Fig. 118. — Oclusion intestinale par volvulus de la dernière anse iléale. (D'après ZÆGE VON MANTEUFFEL.)

Le *péristaltisme* peut-il renseigner? Il est plus vif et plus bref dans les occlusions du grêle, plus lent, plus long dans les occlusions du gros. Mais l'analyse en peut être difficile : il y a le péristaltisme de l'anse étranglée et le péristaltisme de tout l'intestin sus-jacent : il peut y avoir, étagées, les contractions du cæcum volvulé et celles du grêle.

Un signe des occlusions du grêle a été signalé par plusieurs auteurs : signe de sténose incomplète et chronique et aussi de sténose complète et aiguë.

Voici comment Albert Mathieu le décrivait : en pratiquant la succussion digitale sur l'abdomen, on détermine le clapotement diffus et très marqué. Quand on fait coucher le malade d'un côté, il y a de ce côté de la *matité déclive* et, du côté opposé, de la sonorité ; si le malade se couche sur le côté opposé, les phénomènes se montrent inversement disposés. Et, pourtant, le ma-

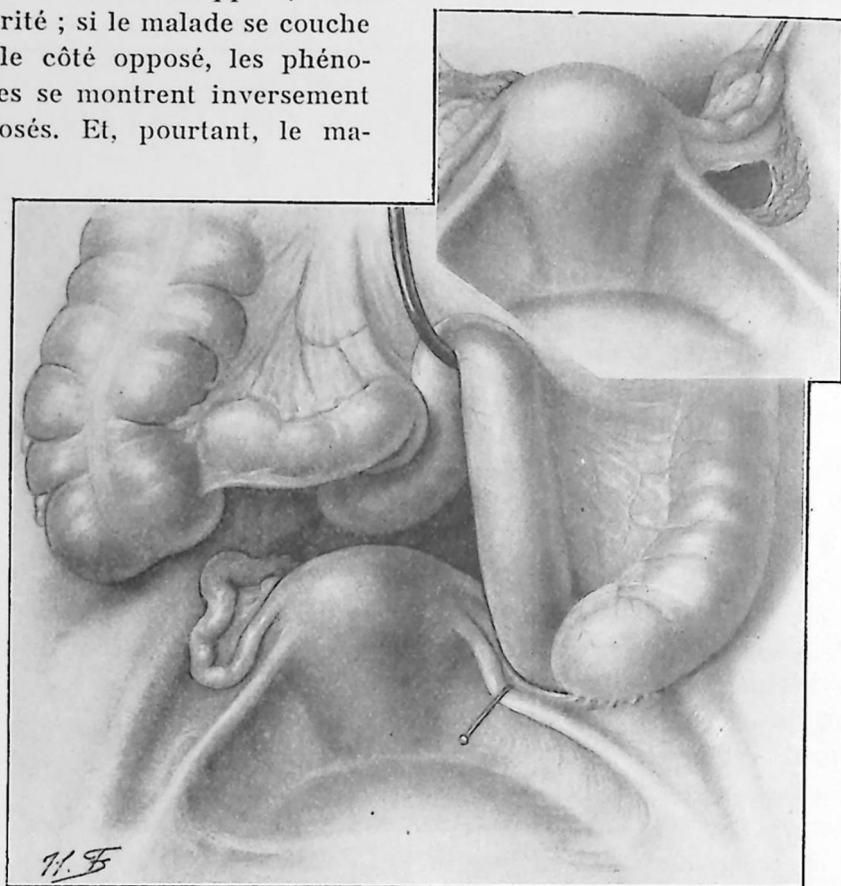


Fig. 119. — Occlusion intestinale par étranglement d'une anse grêle dans une brèche du ligament large. Les bords de cette brèche (Voir la figure en haut et à droite) étaient minces et tranchants. (JANES ROBERT.) J'ai vu une brèche semblable.

lade n'a pas d'ascite : nous avons pu tout de suite l'affirmer en raison du bruit de succussion et de clapotage intestinal. A ce signe de la *fausse ascite* et au *clapotage* s'ajoutent des contractions péristaltiques en étages au-dessous de l'ombilic. Ce signe avait été vu par Litten en 1885, par Delbet en 1897 ; celui-ci avait remarqué que, chez deux malades atteints de sténose du grêle, la matité ne se limitait pas par une ligne horizontale, mais par une série d'échancrures. Nothnagel décrivit, en 1898, le syndrome au complet.

Ce signe de la *fausse ascite* semblait, dans l'esprit des auteurs (Delbet) réservé aux occlusions incomplètes, chroniques du grêle. Mais Leclerc a publié une observation qui montre que le clapotage péri-ombilical peut exister dans les occlusions aiguës du grêle. J'ai opéré, en 1933, une petite fille de dix ans d'une occlusion aiguë, au stade de collapsus. Le clapotage péri-ombilical était d'une netteté particulière, et le signe de la fausse ascite. La description de Ricard, instruit par Mathieu, me revenait à la mémoire : « L'avis de Mathieu, disait Ricard, fut tout à fait l'opposé du mien et son diagnostic ferme fut : occlusion intestinale portant sur la terminaison du grêle. Il basait son diagnostic sur l'existence, à la percussion brusque, d'un clapotement péri-ombilical. Ce clapotement, indice d'une hypersécrétion intestinale abondante, n'existait que dans le décubitus dorsal. Dans la position latérale, le liquide, comme dans l'ascite, se déplaçait et donnait de la matité sur le côté déclive, alors que le flanc opposé devait sonore. » Comme pour la malade de Ricard, le ventre de ma petite opérée était plat. La laparotomie me montra l'obstacle sur la terminaison du grêle à quelques centimètres du cæcum. C'était la complication tardive, plusieurs années après une appendicectomie, d'une opération qui avait nécessité, me dit-on, plusieurs drains.

Ajoutons qu'il conviendra de prendre soin de distinguer entre *clapotage gastrique* et *clapotage intestinal*.

D'autres recherches ont été préconisées, par exemple le *cathétérisme du gros intestin* : si une sonde rectale ne pénètre au delà des 15 premiers centimètres, il peut s'agir d'obstacle sur le côlon pelvien : cancer en virole, volvulus, péricolite... Avec les injections d'eau, peut-on prétendre aux mêmes renseignements : il faut bien tenir compte de l'extensibilité et de la capacité rectales. Pendant ce *lavement*, si l'auscultation du gros intestin a pu permettre d'entendre le gargouillement atteindre le cæcum, c'est que l'obstacle est sur le grêle. Mais ce sont de mauvais procédés : il ne faut pas cathétériser un intestin étranglé, ni le trop distendre d'eau.

Il vaut mieux faire le *toucher rectal* et chercher à atteindre la virole sigmoïdienne ou le boudin d'invagination, ou le pied du volvulus, ou le gros calcul biliaire, ou la collection du Douglas ou plus simplement encore la gelée sanglante de l'invagination aiguë.

L'*interrogatoire* minutieux de certains malades fera quelquefois découvrir un éclaircissement soudain.

C'est le cas, lorsque l'on obtient le récit de crises antérieures pouvant être aussitôt reconnues, crises d'obstacle sur le grêle, crises d'obstacle sur le gros : *syndrome de Kœnig et crise colique*. Les sténoses progressives du grêle donnent, en effet, lieu à un syndrome de diagnostic facile ; ce *syndrome de Kœnig* est fait de quatre grands symptômes :