

se réduit progressivement et sans difficulté vers le cæcum. Lorsqu'on extériorise le côlon ascendant, on se rend compte que le cæcum y est invaginé. Désinvagination simple. Sur le côlon, on trouve une induration du diamètre d'une pièce de deux francs, d'allure tuberculeuse. De nombreux ganglions confirment ce diagnostic. La face antérieure du cæcum est fixée à la paroi abdominale par un point. Les suites opératoires ont été normales. L'enfant est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, le 20 mars. »

Trois raisons doivent nous engager à prolonger l'étude de l'invagination de l'enfant qui n'est plus un nourrisson :

1° *Il est, chez lui, des formes aiguës ;*

2° *L'étude rapide, radiologique, du syndrome, à son début, peut apporter un diagnostic parfait ;*

3° *Les difficultés de diagnostic clinique peuvent être les mêmes que chez le nourrisson.*

Mouchet a porté devant la Société de Chirurgie de Paris deux observations de Fournier, de Valenciennes, comparables, par l'allure aiguë, à celles de l'invagination du nourrisson.

Il est une circonstance anatomique qui peut s'opposer parfois à l'apparition du signe essentiel : *l'hémorragie.*

C'est lorsque l'invagination, au lieu d'être descendante, comme c'est la règle, sera *rétrograde.*

Peut-être, dans ce cas, le sang, au lieu de passer dans l'intestin inférieur, ira-t-il au-dessus de l'obstacle et apparaîtra-t-il dans les vomissements. L'observation suivante, de Kauntze, semble bien l'établir :

« Garçon âgé de dix ans, entre à l'hôpital le 20 février. Il y a deux jours et demi, sont apparues de vives douleurs abdominales accompagnées de vomissements, qui, au dire des parents, ont pris, à un certain moment, un aspect fécaloïde.

« D'abord péri-ombilicale, la douleur s'est étendue à la région hypogastrique. La constipation, absolue depuis quatre jours, n'a pas cédé aux lavements et aux purgatifs répétés. Il n'y a eu ni sang, ni mucus dans les selles.

« On ne relève aucune particularité dans les antécédents du petit malade, si ce n'est la répétition de crises de coliques survenant tous les mois, et terminées par des selles diarrhéiques.

« A son entrée, l'enfant présente le tableau clinique de l'occlusion aiguë à un stade avancé. Il est épuisé, les yeux excavés, les joues creuses. La douleur est localisée à la partie basse de l'abdomen, surtout du côté droit. La fosse iliaque gauche est assez sensible.

« L'abdomen est très distendu, le péristaltisme intestinal visible à travers la paroi; l'ombilic présente une protrusion.

« La palpation, difficile, permet de sentir dans la fosse iliaque droite une tumeur parfaitement limitée, atteignant en haut le niveau de l'ombilic, en bas le flanc droit, en s'étendant à 2 centimètres de la ligne médiane. Elle présente des gargouillements et est mate à la percussion. Matité dans les parties déclives, mobile avec les changements de position du malade. Partout ailleurs, la percussion donne une sonorité tympanique.

« Au toucher rectal, on sent une tumeur souple, mais solide, dans le cul-de-sac de Douglas. A un point de cette tumeur, le doigt peut être introduit dans une petite fossette qui paraît occuper l'apex de cette tumeur. Pendant l'examen, l'enfant a deux ou trois vomissements marc de café. Laparotomie à droite de la ligne médiane, à travers la partie inférieure du grand droit. Il s'écoule une quantité notable de liquide trouble. L'intestin est distendu, coloré en rouge sombre. On extrait difficilement du bassin une invagination considérable. C'est une invagination rétrograde de 80 centimètres d'intestin grêle. Le collier est situé à 3 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Résection. Mort.

« A l'examen de la pièce, on trouve le diverticule de Meckel invaginé et distendu par des matières fécales. »

Il y a un vif intérêt à diagnostiquer vite ces menaces d'occlusion, même si l'on ne devait qu'apporter le plus rapide soulagement contre des douleurs qui sont si violentes que Delbet, se souvenant d'une observation ancienne, dit :

« Enfin, un matin, mon malade fut pris d'une de ses crises douloureuses pendant que j'étais à l'hôpital. Je fus positivement effrayé de l'intensité des douleurs et, devant ce drame, je me décidai à faire une laparotomie. »

Le *diagnostic* de ces invaginations de la deuxième enfance n'est presque jamais fait d'emblée; le premier diagnostic est *appendicite*.

Un symptôme peut aider : l'étude de la douleur. *Dans l'invagination elle est, par crises, « épouvantable, effrayante ».* Elle cesse, dans les *accalmies, si parfaitement que les enfants s'endorment* : si l'on palpe le ventre, dans les rémissions euphoriques, le ventre est parfaitement souple et à peu près indifférent.

Pareilles rémissions n'existent pas dans l'appendicite.

Mais ce n'est pas ce débat qui est difficile et encore moins redoutable; ni le diagnostic différentiel des occlusions de l'enfance. Si l'intervention est décidée, en effet, la correction du diagnostic, *de visu*, suivra aussitôt.

Elle devrait suivre. Que l'exemple de Becker nous aide à y insister. Un enfant de quatorze ans a brusquement, avec un tableau grave, tous les signes d'une invagination. On tergiverse. Viennent alors tous les signes

d'une péritonite grave. A l'intervention, enfin pratiquée, on trouve une désinvagination spontanée, mais compliquée, le long du bord mésentérique de l'intestin, de quatre perforations, survenues six jours après le début.

Ce qui nous intéresse davantage, ce sont les cas où le clinicien hésite, et dans des heures graves, entre une affection médicale et une affection chirurgicale, entre l'abstention et l'intervention.

Ces exemples ne manquent pas. Même de savants pédiatres sont trompés.

Hallé ayant, à la Société de Pédiatrie, rapporté un cas d'invagination intermittente prise pour une péritonite tuberculeuse, Comby cita l'observation d'une fillette de quatre à cinq ans qui, pour des douleurs, selles sanglantes, épreintes, fut crue atteinte de dysenterie et soignée par Comby et Dopter avec le sérum antidysentérique. A l'autopsie, on vit une invagination iléo-colique.

D'autres exemples rapprochent certaines invaginations de l'enfant de celles du nourrisson. Je vais faire lire trois cas intéressants.

1° Une observation de Kleinschmitt où l'hésitation fait balancer entre maladie infectieuse avec phénomènes toxiques et occlusion intestinale.

« Un garçon de neuf ans présente une angine à début brusque. La température est à 39°,6 dans l'après-midi; il se plaint de douleurs abdominales vives. Le ventre est considérablement météorisé et très douloureux. Les bruits intestinaux sont très diminués. Depuis vingt-quatre heures, il n'y a eu ni selle, ni gaz, ni vomissements, mais un hoquet perpétuel. On transporte l'enfant à l'hôpital. L'après-midi du même jour, la douleur est localisée à la région appendiculaire, le météorisme a diminué, après un lavement peu abondant, et l'intervention demandée par le médecin n'est pas pratiquée. Un nouvel examen de la gorge permet un diagnostic de diphtérie évidente et, dans la soirée, après une injection de sérum, toute symptomatologie abdominale avait disparu. »

2° *Observation rapportée par Vickers.* — « D. B..., cinq ans, petite fille, vivante, grosse, en pleine santé, est prise de ce qu'on croit être une « attaque bilieuse ». Léger dépuratif pour faire fonctionner l'intestin, et du mucus passe. Elle est agitée, mal à l'aise, mais pas de douleur définie ni de sensibilité.

« Vomissements sans rapport avec l'ingestion des aliments. Des glaires par l'anus, mais pas de sang ni de matières pendant trois jours. Vue par un médecin renommé et plus tard par un chirurgien. Une résistance allongée peut être perçue sous le rebord costal droit, que nous pensons être une invagination. A l'opération, rien d'anormal; le foie est seulement perçu gros et graisseux. On examine alors les urines pour la première fois au

point de vue acétone et acide diacétique; la réaction est positive pour les deux. A l'autopsie, rien d'anormal et on porte le diagnostic d'intoxication acide. »

Vickers admet que, pour ces praticiens, le facteur décisif fut la présence de la « tumeur allongée », mais il insiste une fois de plus sur cette cause d'erreur que nous avons déjà citée, en parlant du nourrisson : le bord inférieur du foie pris pour le boudin.

3° Enfin, dernière observation; nous allons y voir associés le purpura de Henock et une invagination aiguë récidivante chez un petit malade de Lett.

« James, trois ans. Dans le bain que sa mère lui donne à 4 heures, l'enfant se plaint de sa jambe gauche: le genou est enflé. Dans la nuit, le coude gauche se tuméfie; le lendemain, ce sont les deux jambes et le scrotum. Le 28, au soir, apparaissent deux vésicules rougeâtres sur la jambe gauche. Pas de selle le 28.

« Ce jour-là, le matin, crise abdominale aiguë que suivront des crises paroxystiques semblables. Un vomissement. Du sang par l'anus le 28, et dans la nuit, à plusieurs reprises.

« A l'entrée, le 29, l'enfant a 39°,4, le pouls à 140. Des taches purpuriques. L'abdomen est un peu distendu, mais pas sensible à la palpation; une tumeur allongée dans la région lombo-iliaque droite. Le doigt du toucher rectal ne trouve rien, mais ramène du sang. Intervention. Invagination iléo-cæcale facile à désinvaginer. Le 4 octobre, nouvelle invagination; le 9 octobre, mort : on dit mort du purpura. A l'autopsie, on trouve encore une invagination iléo-cæcale. »

Je répète, au sujet du *purpura*, qu'un chapitre est réservé, à la fin de ce livre, aux erreurs que les signes abdominaux du purpura font commettre aux chirurgiens; erreurs sur lesquelles Sénèque et J. Gosset, dans un mémoire où figure l'observation de Lett que j'avais fait connaître et qui précède, ont très profitablement insisté.

Enfin, je veux citer encore un exemple, pour montrer qu'au cinquième jour une invagination peut faire toute sa progression.

Dourier, d'Abbeville, a vu chez un enfant de quatre ans, malade depuis cinq jours, un boudin atteignant l'anus, sortant, au moment des crises qui se succédaient rapidement, puis rentrant, la douleur expulsive une fois calmée. « Ainsi, chez une accouchée, la tête de l'enfant paraît pendant les contractions et rentre aussitôt après. »

Le rôle adjuvant du diverticule de Meckel, lorsque celui-ci existe, est incontestable (8 cas de Koch et Derum, 8 cas de Drummond, etc.). Il peut y avoir eu invagination simple du diverticule ou invagination intestinale

dont le diverticule est la tête ou dont il fait partie. Une observation de Gray, de Londres, est assez remarquable pour être citée : Gray fit, à l'avance, un diagnostic exact d'invagination par diverticule de Meckel à cause de la *protrusion au dehors de l'ombilic* : c'est un signe que Drummond aurait vérifié deux fois sur huit cas.

L'enfant, soigné par Gray, fut vu au septième jour d'une crise abdominale violente : signes d'occlusion, grande distension abdominale, mais pas d'émission de sang par l'anus.

Un signe qui frappe Gray, et sur lequel il insiste beaucoup, c'est la malformation de l'ombilic et sa protrusion au dehors. Le jeune malade est endormi, et la constatation, sous anesthésie, d'une masse allongée en forme de boudin, au-dessous du foie, confirme le diagnostic d'invagination liée vraisemblablement à l'existence d'un diverticule de Meckel.

C'est ce que révèle l'opération. On trouve d'abord une invagination siégeant au niveau du cæcum, puis, après désinvagination de l'anse grêle, on voit qu'il existe sur celle-ci une deuxième invagination, irréductible, siégeant au niveau de la terminaison du grêle, à 7 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

En en palpant les parois, on pouvait sentir une sorte de polype saillant dans la lumière de l'intestin. Toute la partie invaginée est réséquée avec 5 centimètres d'intestin sain de chaque côté, et l'intestin est réuni par anastomose termino-terminale.

Mort quinze jours après l'opération, sans signe de péritonite à l'autopsie et avec l'anastomose en bon état.

A l'examen de la pièce enlevée, on constate que l'intussusception a commencé au niveau d'un diverticule de Meckel, long de 5 à 6 centimètres, et lui-même complètement invaginé et gangrené.

Voici réunis, en assez grand nombre, des cas d'évolution vite grave, des dilemmes médico-chirurgicaux aigus; ce sont des arguments produits en faveur de l'individualisation de *l'invagination aiguë de l'enfant*.

Resterait à parler de son *étude radiologique*. Nous avons, en effet, maintenant, le moyen de diagnostiquer, avant l'arrivée des signes décisifs, *melæna* et boudin, une affection qui est, pour ces jeunes enfants, une des plus douloureuses qui soient; je renvoie, pour ce point particulier, à ce que j'ai dit de la radiographie au sujet des nourrissons et à ce que j'en dirai au sujet de l'invagination des adultes.

Je signale seulement le travail d'Obsson et Pallin, qui ont fait avec succès l'examen radioscopique de six invaginations de l'enfance, dont quatre cas aigus; ils ont obtenu des diagnostics sans retard.

INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE

La définition de Rafinesque : « L'invagination chronique, c'est celle dans laquelle l'étranglement se produit tardivement, incomplètement, ou manque tout à fait », devrait nous engager à considérer l'invagination de l'adulte comme chronique, presque toujours, et à nous en tenir à la vieille formule : *l'invagination du nourrisson est aiguë et suraiguë, celle de l'enfant est subaiguë, celle de l'adulte est chronique.*

C'est à cette formule que Lecène disait rester attaché quand Okinczyc, présentant les 6 cas de Tanasescu, arrivait à trouver 17 observations, publiées en six mois, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, d'invaginations *aiguës et subaiguës* de l'adulte. « D'après ce que j'ai vu et lu, il s'agit, en effet, chez l'adulte, dans la très grande majorité des cas, de malades que l'on a tout le temps d'examiner et de radiographier : la décision opératoire n'est pas ici de grande urgence et l'on doit tout faire pour préciser le diagnostic. » (Lecène.)

Faut-il, pour départager les auteurs et les observateurs, s'en tenir à la mesure de durée et faire le classement des formes cliniques comme Nothnagel ?

Invagination suraiguë : vingt-quatre heures.

Invagination aiguë : deux à sept jours.

Invagination subaiguë : deux semaines.

Invagination chronique : des semaines, des mois.

Si nous regardons, parmi les observations que Delannoy a fort bien groupées, nous voyons, sur 123 observations d'invaginations chroniques, 8 cas d'invaginations chroniques d'emblée et chroniques continues; 77 fois sur 123, l'invagination avait, après un début brusque ou progressif une évolution paroxystique, avec crises plus ou moins franches, plus ou moins aiguës.

Un de ces débuts aigus, un de ces bruyants paroxysmes peut, par l'intensité effrayante des douleurs, ou par les phénomènes d'occlusion intestinale, faire envisager l'intervention d'urgence. Gardons pour ces cas le

nom d'invagination aiguë; mais, dans les 19 cas que Milleret a rassemblés dans sa thèse, et dans ceux que l'on a accueillis sous ce titre à la Société de Chirurgie, tous ne sont pas des invaginations aiguës graves : on n'a pas toujours hésité à appeler invaginations aiguës des cas où il vaudrait mieux dire : *épisode aigu d'une invagination chronique.*

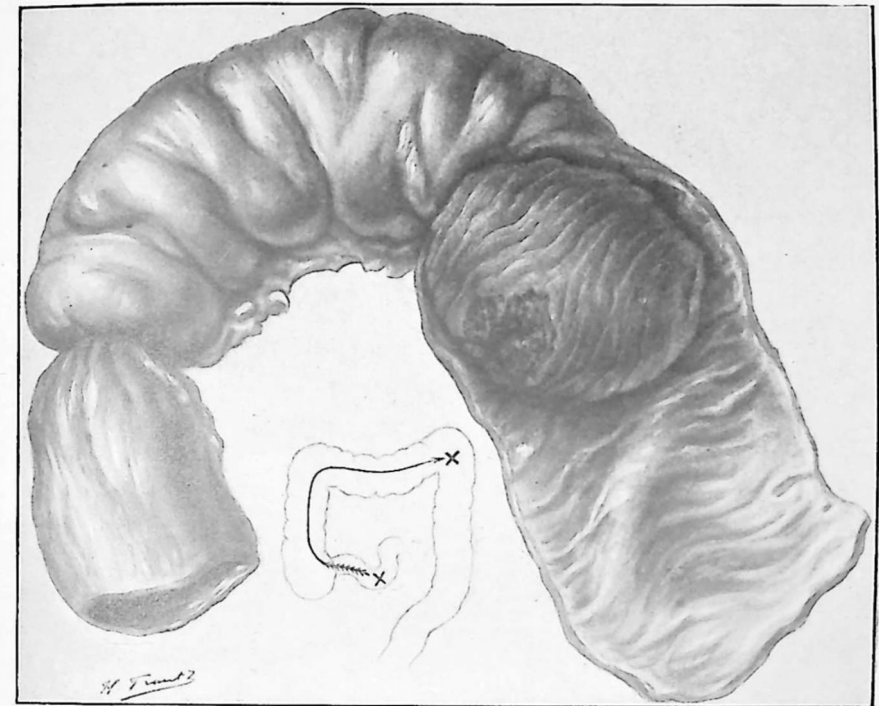


Fig. 147. — Invagination iléo-colique de l'adulte. (A. CAIN et CHÈNE.) Le diagnostic clinique et l'examen radiologique faisaient penser à un cancer de la grande courbure de l'estomac.

Pour celui qui arrive pendant cet épisode, il peut, en tout cas, apparaître pressant de porter secours à l'intestin et au malade. C'est certainement avec ces réserves que Wortmann peut dire avoir observé, sur 11 cas chez l'adulte, 9 cas aigus, 2 cas subaigus, et que Fromme aurait vu 6 cas aigus et 10 cas chroniques sur 16 cas.

Afin de bien montrer que l'on est, en tout cas, autorisé à parler d'*invagination aiguë de l'adulte*, rappelons que Ferey, au cinquième jour, trouve une perforation; que Tavernier, au dixième jour, doit réséquer l'anse sphacélée.

Empruntons quelques exemples à la thèse de Gueulette :

Un malade d'Auvray, exempt de tout passé abdominal, est pris subite-

MONDOR (3^e édit.).

ment, au cours de son travail, d'une douleur extrêmement violente dans le bas-ventre; il rentre chez lui plié en deux et vomit. Deux jours plus tard, son facies a pris le type péritonéal, les vomissements porracés ont succédé aux vomissements alimentaires, il a du hoquet, un pouls filiforme, de l'arrêt des matières et des gaz; à la palpation du ventre, uniformément ballonné et douloureux, on perçoit un peu d'empâtement de la fosse



Fig. 148. — Invagination intestinale : le cæcum ouvert laisse voir le boudin. (SÉJOURNET.)

iliaque droite; la laparotomie est pratiquée d'urgence : on trouve une invagination iléale.

Chez un malade d'Anschütz, la brutalité des accidents initiaux simule une appendicite aiguë, et l'opération hâtive découvre une invagination déjà noyée dans un foyer d'adhérences inflammatoires.

Un homme de quarante-huit ans, traité par Nystroëm, a été pris de douleurs abdominales subites, avec vomissements et selles sanglantes; au premier examen, on perçoit, au milieu d'anses dilatées, une tumeur plus grosse que le poing. L'intervention, immédiatement pratiquée, découvre une invagination de la moitié droite du côlon dans le segment sous-jacent : l'apex est au niveau du rectum, et la réduction est déjà difficile.

Enfin, pour illustrer la possibilité d'une évolution anatomo-clinique aiguë, grave, cette observation de Wortmann :

« Un homme de quarante et un ans souffre depuis cinq jours de douleurs vives de la région gastrique et de vomissements. Ces douleurs sont à type de coliques. Pas de selles depuis ces cinq jours.

« A l'examen, homme en mauvais état, subictérique, température, 36°,3, pouls, 98. L'abdomen est distendu, légèrement douloureux et contracturé. Nombreux gargouillements. Le toucher permet de sentir une masse élastique et douloureuse qui remplit le petit bassin.

« Intervention : invagination gangrenée. Résection. Guérison. »

Je dirai au sujet de la *symptomatologie* de ces invaginations aiguës de l'adulte ce que je disais pour les enfants.

Ce sont les mêmes signes que pour les nourrissons, mais au ralenti.

Un seul signe a une particulière violence : **la douleur**; elle peut s'accompagner de sueurs froides ou de syncopes; le malade est plié en deux, ou en proie à une agitation considérable. C'est une douleur discontinue, périodique, presque rythmique. (Tixier.) A chaque crise, vomissements, ténésme, mucosités sanglantes.

Dans un cas de Tanasescu, le signe de Dance était très bien réalisé : non seulement la dépressibilité de la fosse iliaque droite, mais toute la moitié droite de l'abdomen semblait s'effacer et se porter vers l'hypochondre gauche.

Pour Cadenat, à qui revient le mérite d'avoir attiré l'attention des chirurgiens, à plusieurs reprises, sur cette forme aiguë de l'invagination de l'adulte, les *envies fréquentes avec selles diarrhéiques* constituent le meilleur signe contre le diagnostic d'appendicite.

Leclerc et Berger distinguent trois *formes cliniques* :

1° *Invagination du type de l'invagination des nourrissons* (douleurs violentes intermittentes, boudin, melæna). Les observations de Oudard, de Fruchaud et Laulaigne, de Riche, etc., peuvent être rangées sous ce titre.

2° *Invagination du type péritonéal* (douleur iliaque droite, vomissements, contracture pariétale). Les observations de Leclerc, de Gignoux, de Hornes, etc., sont de cette catégorie; c'est pour ces cas que les meilleurs signes différentiels contre l'appendicite sont : l'envie impérieuse d'aller à la selle (Cadenat), une moindre contracture, l'agitation du malade (Leclerc).

3° *Invagination du type occlusion* (douleurs violentes, arrêt des selles et des gaz, ballon localisé, péristaltisme; puis, assez vite, hypothermie, pouls filant, extrémités froides, vomissements fécaloïdes).

Les observations de Leclerc, Tanasescu, etc., montrent les difficultés du diagnostic.

Celui-ci sera fait s'il y a hémorragie précoce ou boudin perceptible.

Comment arriver à un *diagnostic* plus assuré, car, dans la thèse de Gueulette, nous trouvons, sur 120 observations, la forme aiguë dans 15 p. 100 des cas et le diagnostic n'en fut fait que trois fois? Les autres fois, on crut à occlusion, péritonite, appendicite gangréneuse, ulcère perforé.

Ce qu'il faut dire, maintenant, c'est que le doute, dans l'esprit des cliniciens, doit être éveillé par les caractères si particuliers des *crises douloureuses*; or, l'invagination de l'adulte laisse ordinairement le temps d'un examen qui va aussitôt renseigner clairement.

Un exemple emprunté à Delore et Pollosson va nous montrer, à la fois, la difficulté de diagnostic et les ressources d'un examen complet.

Un jeune homme de dix-neuf ans est pris brusquement de douleurs très intenses dans la fosse iliaque droite, de vomissements alimentaires, puis bilieux, de suppression absolue des matières et des gaz. A l'examen, l'abdomen est tendu, douloureux, contracturé à droite. A la hauteur de l'épine iliaque antérieure, on sent une tuméfaction profonde et mal limitée : on songe à une appendicite et on intervient; mais, en examinant le malade sous anesthésie, on a l'impression d'une tumeur molle, pâteuse, très mobile, siégeant dans la région sous-hépatique. Elle fait porter le diagnostic d'invagination iléo-cæcale.

Comme les auteurs le demandent, la palpation profonde de l'abdomen, avant la laparotomie, et à la faveur de l'anesthésie, devrait être une précaution clinique courante.

Quant à l'examen radioscopique, il est presque toujours nécessaire et suffisant. Mais, un peu plus loin, je le démontrerai, il peut être trompeur.

Le premier examen est de Lehmann. Le meilleur travail, celui de Régnier.

Le premier examen démonstratif est celui de Czepa; le schéma qu'il obtint montrait l'arrêt du lavement moulant, dans sa concavité à cornes effilées, la tête du boudin. Le schéma de Muff donna une image plus saisissante encore : tout le moulage du boudin invaginé semble obtenu. Puis vinrent les examens de Astschul, Kasemeyer, la belle observation de P. Brocq, les expériences de Gueulette et Porcher, les six cas d'Obsson et Pallin, le travail de Reiser et Gurniak qui relate trois cas d'invagination diagnostiqués avant l'intervention. Aujourd'hui, les observations sont nombreuses.

Les signes radiologiques sont les suivants :

« Arrêt d'une colonne barytée suivant une ligne régulièrement concave, moulant une zone claire convexe, portant parfois elle-même en son axe un défilé obscur plus ou moins sinueux, effet de raccourcissement

anormal d'un segment colique, telles sont donc, en résumé, les deux dispositions radiographiques propres à l'invagination. » (Gueulette et Porcher.)

L'image de ce défilé et des culs-de-sac latéraux, c'est ce que Porcher appela l'*image en trident*, ce qui, vu dans un plan frontal, devient l'*image en cocarde* de Pouliquen. Mais Porcher lui-même, à qui l'on doit une des premières belles représentations radiographiques d'invagination (1925), a eu l'élégance, assez rare pour être soulignée, de publier trois cas où trop de confiance dans les schémas usuels et les « images » l'a induit en erreur. Il nous rappelle, avec raison, que l'interprétation des clichés doit toujours être faite par celui qui a la meilleure connaissance clinique du malade.

Chez l'adulte, comme chez l'enfant et le nourrisson, l'*invagination peut être rétrograde*. L'observation de P. Ibos et Legrand-Desmons va nous rappeler en même temps cette forme anatomique et l'évolution suraiguë de certaines invaginations de l'adulte.

Un homme de vingt-trois ans est pris, le 12 mai, d'une douleur péri-ombilicale très violente qui le plie en deux et de vomissements. Le chirurgien ne voit le malade que cinquante heures après le début. Le malade est en si mauvais état qu'un instant on pense à une pancréatite hémorragique. Mais il y a du péristaltisme, un arrêt absolu des gaz, du hoquet. On opère. C'est une invagination à type ascendant, déjà désinvaginable et qu'il faut réséquer. Mort dix-sept heures après.

Au sujet de cette observation, Mocquot, à la Société de Chirurgie, regrettant que l'intervention n'eût pas été précoce, ajoute bien justement : « Je sais bien qu'au début le diagnostic n'est pas toujours facile, mais je crois pourtant qu'il y a sur ce point un défaut d'éducation médicale, contre lequel nous devons lutter, comme on l'a fait pour l'appendicite et pour les perforations d'ulcère. »

Mocquot insiste aussi sur l'absence d'hémorragie intestinale, dans cette invagination rétrograde : « En raison de la disposition ascendante de l'invagination, c'est le collet qui se trouvait en aval; il serrait énergiquement l'intestin invaginé. C'est dans l'espace sous-jacent à l'invagination que s'ouvrait l'espace entre la gaine et le boudin... Ainsi s'explique l'absence du symptôme d'hémorragie intestinale, chose qui doit être habituelle dans l'invagination rétrograde. » Je renvoie à ce que j'ai dit plus haut (invagination de la seconde enfance) au sujet de l'absence assez régulière du saignement par le rectum dans l'invagination récurrente.

III

LES VOLVULUS DE L'INTESTIN

VOLVULUS DU COLON PELVIEN

Il y a peu de temps, le 27 octobre 1920, Okinczyc, rapportant devant la Société de Chirurgie de Paris des observations d'un chirurgien de Christiania, disait, parmi les conclusions de son rapport : « J'estime que la simple entérostomie comme traitement minimum de l'occlusion peut laisser subsister dans l'abdomen des facteurs d'occlusion tels qu'ils altèrent la nutrition des parois intestinales; l'entérostomie n'empêche pas alors la perforation et la mort par péritonite. On a beaucoup médité de l'exploration au cours de l'occlusion, et, certes, je n'en méconnais pas les dangers. Je crois cependant que, si le diagnostic de la cause n'a pu être fait par l'exploration clinique, *cette exploration chirurgicale est indispensable*; l'entérostomie, la fistule cæcale, l'anus iliaque n'empêchent pas un intestin invaginé, tordu, étranglé, ou aux dernières limites de la distension, de se perforer, même après établissement d'une dérivation. »

E. Quénu demanda la parole pour maintenir des conclusions différentes, et anciennement approuvées par les membres de la Société : « La question du traitement des occlusions intestinales revient périodiquement devant la Société; nous avons tous conclu, dans la dernière discussion, que la date des accidents et l'état du ballonnement du ventre commandent le choix de l'opération et que, quelle que soit la cause, quand il s'agit de ventre ballonné à l'excès, *il convient de recourir à l'opération palliative minime*, c'est-à-dire à la fistule; sans doute, *on laisse la cause de l'occlusion*; celle-ci peut amener, malgré l'opération palliative, une perforation, une gangrène, mais c'est une chance à courir, et l'expérience montre que courir cette mauvaise chance vaut mieux que la presque certitude de la mort donnée par la laparotomie avec recherche de la cause. »

Tous les progrès accomplis dans la connaissance de l'occlusion intestinale vont contre cette ancienne doctrine. L'exemple des volvulus, aujourd'hui, va nous prouver très particulièrement qu'Okinczyc avait raison.

Le diagnostic d'occlusion intestinale est déjà un pas fort intéressant. Le médecin qui l'a fait a été un bon médecin. Mais le chirurgien qui est appelé va-t-il désormais se contenter de ce diagnostic global ? Se contente-t-il, maintenant, de celui de péritonite ? Ne doit-il pas, au moins, essayer d'aller plus avant ? S'il n'entreprend pas, de son mieux, de rechercher la cause de l'occlusion, c'est qu'il est un chirurgien résigné à des besognes d'à peu près.

Il fera un anus, une entérostomie. S'il y a invagination iléo-colique, s'il y a iléus biliaire, s'il y a bride, il fera une de ces entérostomies qui, sur le grêle, sont si souvent lamentables et suivies de mort rapide par inanition. Mais que de fois, deux, trois jours plus tard, le sphacèle de l'anse invaginée ou étranglée se compliquera de perforation et de péritonite !

Le même chirurgien fera un anus cæcal contre le volvulus, mais l'anse tordue en sera-t-elle moins tordue ? son méso sera-t-il moins écrasé ? l'ischémie sera-t-elle enrayée ? et le sphacèle et la perforation ? (Tout à l'heure, je donnerai des exemples.) Pourquoi ne pas faire un anus dans le traitement de la hernie étranglée ?

Ou nous faut-il, pour les diagnostics chirurgicaux, une pathologie littéralement externe ?

Comme Tuffier le disait : « Le traitement de l'occlusion aiguë par laparotomie ou l'anus contre nature ne peut être tranché par une formule. Ce sont les cas d'espèce qui conditionneront la forme de notre thérapeutique. » Il est vrai qu'aussitôt après ces excellentes paroles Tuffier schématisait, à son tour, et nous proposait cette division si périmée en gros ventres et ballonnements limités.

Le diagnostic de volvulus doit être fait par le chirurgien soucieux d'inciser où il faut et de faire ce qu'il faut ; ce diagnostic peut être fait sans grandes difficultés. J'ai vu sept volvulus du côlon pelvien, les deux premiers diagnostiqués et opérés par mon maître Lecène que j'aidais. Ces deux cas m'avaient, sans doute, assez instruit pour que les suivants me parussent clairs.

Voici l'un de ces cas. Je fis le diagnostic avant l'intervention, ce qui me permit de promettre, aux cinq médecins qui étaient présents ou assistants, de leur montrer une maladie dont ils avaient la curiosité et dont ils espéraient voir « leur premier cas ». Ce diagnostic pré-opératoire me fit surtout prendre quelques précautions sur lesquelles je reviendrai, et dont devait grandement profiter mon malade.

Je donne cette observation telle que Rosenfeld l'avait enregistrée dans la thèse que je lui conseillai de consacrer à cette question.

« Je suis appelé, le 27 juin 1924, par le docteur Dubranle auprès de M. B..., âgé de soixante-seize ans, qui présente les signes les plus nets d'occlusion intestinale aiguë : énorme météorisme et tympanisme, absence de selles et de gaz, douleurs atroces dans le bas-ventre, état nauséux, algidité, oligurie, langue sèche, teint ardoisé, hypothermie. Cette occlusion est à son septième jour ; elle a été vainement traitée par les lavements et les laxatifs.

« Lorsqu'on examine attentivement le ventre de ce vieillard, on remarque l'asymétrie très nette du météorisme. Le ventre semble ovoïde, à grand diamètre, dirigé de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite, et à grosse extrémité à droite et en bas. La distension du ventre est considérable. Cette distension géante et cette asymétrie du ventre font penser au volvulus du côlon. Le diagnostic est facilement confirmé par l'examen de l'anus, par le toucher rectal et par l'interrogatoire.

« Les parois de l'anus sont tuméfiées, violacées, œdématisées : le malade croit à une crise hémorroïdaire. Au toucher rectal, on sent nettement en haut et en avant du rectum une résistance pâteuse. Enfin, le malade nous apprend trois notions importantes : 1° l'existence d'une crise assez comparable sept à huit ans auparavant ; 2° le gros volume habituel de son ventre et les crises de ballonnement ; 3° l'échec des tentatives de lavement depuis huit jours, en particulier l'impossibilité de faire passer plus d'un verre d'eau. Je portai avec confiance le diagnostic de volvulus du côlon pelvien et j'intervins aussitôt.

« A cause de l'état grave, je choisis l'anesthésie locale.

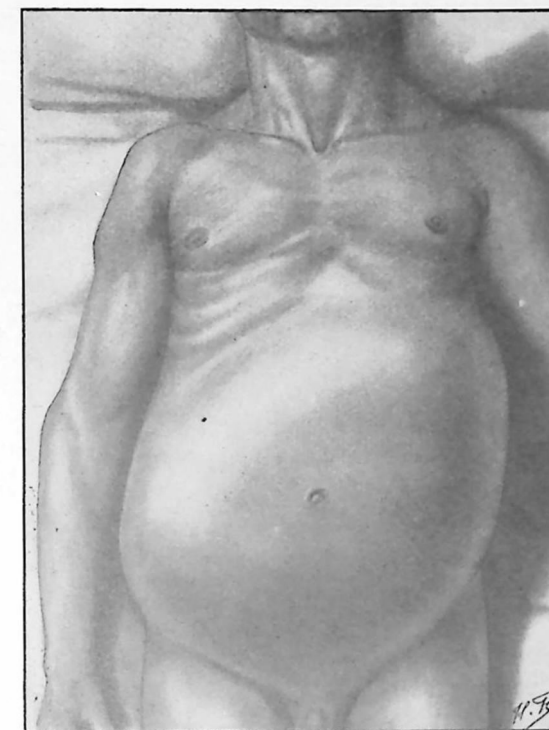


Fig. 149. — Déformation abdominale, par météorisme considérable et asymétrique. Cet aspect de gros ventre oblique, assez caractéristique des occlusions intestinales par volvulus du côlon pelvien, était celui du ventre du malade dont je donne aussi l'observation et l'image de l'intestin au cours de la laparotomie (Voir fig. 150).

« A cause du diagnostic de volvulus, je fis mettre en place, en guise de grosse sonde rectale, un gros et long tube de caoutchouc.

« L'incision sur la ligne médiane une fois faite, l'anse distendue fit irruption avec cette force et ces dimensions qui font toujours l'étonnement des médecins présents. Cette énorme chambre à air était le côlon pelvien tordu de trois quarts de tour autour de son méso. La détorsion en fut très facile et sans aucune douleur. J'observai sur ce méso des suffusions hémorragiques, mais aucune grave altération. J'avais hâte de vider



Fig. 150. — Volvulus du côlon pelvien chez un homme de soixante-seize ans.

ce côlon, qui, dans l'état de distension, semblait avoir perdu « tout droit de domicile. » La sonde rectale put être poussée dans l'intestin et l'évacuation commença. L'abondance des écoulements me permit l'affaissement complet de ce côlon monstrueux et sa remise en place dans le ventre. Avant de refermer, je fixai par deux points au péritoine pariétal l'anse flasque dont la longueur impressionnante semblait annoncer des récurrences de volvulus.

« Les suites opératoires furent bonnes dès le premier jour. Le malade quitta la maison de santé au treizième jour. »

Je pouvais bien me réjouir, pour le malade, d'avoir fait le diagnostic,

puisqu'il m'avait commandé les bonnes précautions de l'anesthésie locale et de la sonde rectale, et puisqu'il m'avait permis d'agir vite, c'est-à-dire en quelques minutes : 1° de détordre le volvulus, de lever l'étranglement, de rétablir le conduit intestinal, d'interrompre à temps les lésions ischémiantes; 2° de vider complètement ce ballon septique et hypertoxique.

Si j'avais été sans diagnostic, devant ce vieillard de soixante-seize ans, m'en tenant aux règles classiques de probabilité et de prudence, et me laissant impressionner par le très « gros ventre », j'aurais pensé à un néoplasme et pratiqué un anus iliaque; peut-être un anus iliaque droit qui se serait trouvé ou sur le cæcum moins souffrant que le côlon tordu, ou sur celui-ci et alors se serait trouvé, par surcroît et par mégarde, être en même temps la colopexie d'un côlon resté en torsion aiguë. Ou bien, laparotomisant, « pour voir », j'aurais eu de longues difficultés à me débarrasser de cette anse géante.

Ceux qui les ponctionnèrent et ceux qui les réséquèrent d'emblée n'ont pas eu que des succès.

Ce diagnostic pré-opératoire n'est, d'ailleurs, plus très méritoire. Il a été fait, par les premiers observateurs, il y a quarante ans. Roux, de Lausanne, le faisait en 1887 sur le signe que von Wahl devait illustrer : celui-ci faisait le diagnostic vers 1888 sur quatre malades et apprenait à ses élèves à le faire. « Aujourd'hui, dans la majorité des cas, le diagnostic de volvulus sigmoïde peut être porté, à la double condition d'un interrogatoire bien conduit, d'un examen attentif. » (Sylvain Blondin.)

Étudions, maintenant, dans le détail de ses signes et l'énumération des causes d'erreur, la clinique actuelle du volvulus. Avant, rappelons que cette question a bénéficié, en France, de deux articles particulièrement instructifs : l'un de Forgue, dans la *Presse médicale*; l'autre de Lecène, dans la *Revue de Chirurgie*.

ÉTIOLOGIE

Le clinicien doit avoir présentes, dans la mémoire, les utiles notions d'étiologie suivantes :

C'est quatre fois plus souvent un *homme* qu'une femme (addition des statistiques de Liebaut, Kuhn, Braun, Filipowicz, Bergmann). Mais les *femmes* y sont particulièrement exposées pendant la grossesse. Krein, sur 120 occlusions pendant la grossesse, trouve 13 volvulus; Kœnig rassemble 28 observations de volvulus chez les femmes enceintes (1).

(1) D'autres observations ont été publiées par Lampe (6 cas), Schwarz, Green, Morestin. Lambert, dans sa thèse de 1931, a réuni, parmi 61 cas de volvulus au cours de la grossesse, 29 cas de volvulus du côlon pelvien.

Une des malades de Lampe, enceinte au sixième mois, soulève un seau, ressent aussitôt une affreuse douleur, est prise de syncope : c'était le début d'un volvulus du côlon pelvien. La malade de Morestin avait vingt-quatre ans; elle fut prise cinq jours avant l'accouchement et opérée le lendemain de sa délivrance.



Fig. 151. — Volvulus aigu du côlon pelvien.

Ce n'est pas une occlusion réservée aux vieillards, comme on l'a longtemps enseigné, mais c'est bien, le plus fréquemment, une occlusion de *malades âgés* (sur les 34 réunis par Leichtenstern, 20 se sont produits entre quarante-cinq et soixante ans, 7 au delà de soixante ans). Un de nos malades avait soixante-seize ans. L'âge moyen est fixé par Brehm à cinquante-trois ans. Mais la notion d'âge ne saura, en aucun cas, faire

écarter le diagnostic. On a vu le volvulus chez des nourrissons (deux jours celui de Morris Cohen, plus âgés ceux de Pescatore, Kretel), chez des enfants de trois ans, dix ans, des jeunes hommes, des jeunes femmes. Les expériences de von Sampson, qui avaient bien montré l'inaptitude des sujets jeunes, sont donc quelquefois démenties (1).

L'ensemble des cas confirme bien qu'il s'agit presque toujours d'un homme âgé de plus de cinquante ans, et cela nous fait déjà toucher le problème clinique posé presque toujours et très important à résoudre : cancer ou volvulus ?

Certaines races seraient-elles prédisposées ? Pour Kusnetzow, les *juifs*. La fréquence dans *certaines pays* est, elle, certaine.

« On est frappé, en étudiant la bibliographie de la question, de la documentation prépondérante allemande et russe : Stelker, réunissant les cas d'occlusion intestinale observés pendant cinq ans dans un hôpital, à Saint-Pétersbourg, note, sur 51 cas, l'énorme proportion de 39 faits de volvulus, dont 25 concernent l'anse sigmoïde. En Pologne, c'est aussi une maladie courante. La statistique personnelle de Marcinkowski, portant sur 21 cas d'occlusion intestinale, comprend 10 volvulus de l'S iliaque, soit une proportion de 47 p. 100, près de la moitié ! Dans les Etats balkaniques, même fréquence. » (Forgue.)

Cherchant à préciser la fréquence du volvulus comparée au chiffre total des occlusions, Guibé avait établi, en 1907, d'importants tableaux statistiques de 392 volvulus pour 2.315 occlusions, soit 16 volvulus pour 100.

Wortmann, en 1924, a rassemblé aussi quelques énormes statistiques : 442 volvulus pour 3.461 occlusions, soit 12,5 volvulus pour 100.

Il faut faire remarquer, aussitôt, que ce sont les statistiques serbes, polonaises, russes qui sont responsables de ce pourcentage.

Une notion étiologique et de pronostic, capitale, sur laquelle nous reviendrons, c'est la tendance à la *récidive*. Finsterer l'avait signalée dans 13 cas sur 48 ; Obalinski, 4 fois sur 15 cas.

Il est des exemples où cette aptitude est curieusement mise en lumière. Un malade cité par Bloodgood, de Baltimore, fut opéré une première fois par Halsted, une deuxième fois par Finney, puis fit vingt attaques qu'il guérit à la sonde, fut enfin réopéré par résection. Koch opère un malade, fait une résection du côlon pelvien : ce malade est réopéré par von Mantuffel, qui vérifie que le malade a refait un côlon pelvien et refait un volvulus. Plus tard encore, nouvelle récurrence. Lecène, qui a bien insisté sur ces récurrences, a publié la longue observation d'un malade opéré en

(1) Frölich, Delbet, Milian, Morestin.

1896 d'un volvulus, par Hartmann, et qu'il dut lui-même opérer, une fois en 1906 et deux fois en 1909. La résection de l'anse mit un terme, que l'auteur espérait définitif, à ces récives.

Il resterait à préciser la *fréquence générale du volvulus en France*. Je crois que personne ne peut le savoir encore. **Quand de nombreuses années de chirurgie active contre l'occlusion auront permis de plus sûres constatations, on commencera à le savoir.** Car, jusqu'à ces dernières années, que de fois les choses ont dû se passer de la façon sommaire suivante. Un vieillard est pris d'occlusion. Il a eu déjà des crises; c'est sans doute une occlusion cancéreuse. On fait l'intervention que commande la règle traditionnelle dans le cas de « gros ventre ». L'intervention, c'est l'anus iliaque, cæcal ou anonyme; bien des fois dans la fosse iliaque droite dut être, en effet, fixée, sans être exactement reconnue, l'anse sigmoïde! Les suites étaient ce que nous avons dit; lorsqu'il s'agissait de volvulus: continuation du sphacèle, péritonite, mort. L'autopsie manquant, le cas restait étiqueté cancer sténosant!

N'en était-il pas ainsi pour les péritonites aiguës, pendant tout le temps où fut ignoré le traitement des perforations d'ulcères? Bien des morts furent mises injustement au compte de l'appendicite.

ÉTUDE CLINIQUE

INTERROGATOIRE DU MALADE

Cet homme de cinquante ans n'est-il pas un constipé ancien? Faites-lui raconter ses difficultés intestinales: les évacuations rares, laborieuses, pénibles, compliquées quelquefois de coliques et de nausées; les purgatifs nombreux essayés, abandonnés, préférés ou tous inefficaces; les lavements énormes, « haut portés », quotidiens, indispensables. L'existence de cette *constipation habituelle* est la première notion utile à notre diagnostic.

Mais il y a mieux encore à obtenir de l'interrogatoire: le récit des *petites crises* qui préparaient celle importante pour laquelle nous sommes là.

Le malade se les rappelle parfaitement. Il y eut déjà une, ou deux, ou dix, ou vingt crises à peu près semblables: pas de selles pendant plusieurs jours, ballonnement progressif, douleurs, nausées, quelquefois un ou deux vomissements et puis, la thérapeutique favorite aidant, débâcle, guérison. Une thérapeutique assez uniforme: pour les uns, belladone; pour d'autres, lavements; pour d'autres, purgatifs massifs; pour d'autres, enfin, la sonde rectale. Le malade opéré par Halsted et Finney, avant de l'être par Blood-

good, avait guéri vingt crises par la sonde. Ce sont d'autres « habitués de la sonde ».

Ces crises sont des crises de *pseudo-occlusion* (Riedel), des *attaques d'occlusion* (Brehm), des crises d'*obstruction à rechute* (Forgue). Elles traduisent, sans doute, ou la coudure passagère du côlon pelvien sur son segment fixe, ou des bascules de l'anse autour du pied mésentérique; quand l'intestin, par un péristaltisme utile, redresse son axe, la désobstruction a lieu et vide l'énorme anse colique.

Ces crises entretiennent l'inflammation méso-sigmoïdienne qui ruinera peu à peu la souplesse du méso, distendent chaque fois davantage l'anse déjà mégacolique et lassent un muscle jusqu'ici capable de lutter contre les bascules et les premiers degrés de torsion.

Ces *attaques d'occlusion*, il faut les retrouver dans l'histoire, aujourd'hui, auprès du malade; mais comme il est regrettable qu'elles soient si longtemps considérées comme « phase médicale » de la maladie! (Roux.)

Car c'est déjà la maladie: ce ne sont pas des accidents prémonitoires; ils ne sont avant-coureurs que de la complication suprême: le volvulus Lefebvre a bien insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à considérer ces crises comme la période d'état d'un mégacolon en menace de volvulus.

Une radiographie, faite alors, montrerait l'anse géante, son pied étroit, l'extrême et redoutable mobilité de ce mégacolon pelvien, c'est-à-dire l'annonce du volvulus. Le traitement pourrait être fait « à froid » et comporter des précautions définitives.

Mais nous nous supposons devant le volvulus constitué et simplement en possession, grâce à un interrogatoire patient, méthodique, de ces deux notions fondamentales: 1° *une constipation habituelle*; 2° *plusieurs crises antérieures d'occlusion intestinale bien guéries médicalement*.

SYMPTÔMES

Forgue avait donné à son remarquable article le sous-titre suivant: « Peut-on faire le diagnostic du volvulus? » Il faut répondre **oui**.

La statistique de Litchenko, de Kieff, nous dicterait cette réponse: sur 14 cas, le diagnostic fut fait 11 fois; les trois erreurs concernaient des malades dont le volvulus était déjà compliqué de péritonite.

1° *Le début.*

Le *début* est soudain, en pleine période de santé, ou sournois, à la suite de trois ou quatre jours de malaises prodromiques: coliques, selles dysentériques, état nauséeux, que le malade croira et que le médecin risquera d'appeler crise d'entéro-colite aiguë.

Donc, ou début franc par une vive douleur comme chez la femme enceinte de Lampe (douleur avec syncope), ou crise insidieuse comme d'entéro-colite banale. Une malade de Snow a eu une douleur dans la nuit « comme un gaz » ; quand le chirurgien arrive, elle est désolée qu'il ait été appelé. Un malade de Tuffier était si habitué à des crises semblables, et toutes guéries spontanément, qu'il refusa trois fois l'intervention opératoire. Le jour où il l'accepta, le volvulus était sphacélé, l'anse perforée. La mort suivit l'opération quelques heures après. Le malade de Miginiac, atteint d'un mégacôlon, écoutait « avec ironie et scepticisme les propositions chirurgicales qui lui étaient faites, feignait de les accepter et disparaissait un beau jour quand les chirurgiens devenaient trop pressants : « Ça passera », disait-il, et les crises passaient comme il l'annonçait, jusqu'au jour où il fut apporté dans un lamentable état : facies grippé, narines battantes, hypothermie, vomissements fécaloïdes, pouls misérable, refroidissement des extrémités, douleurs lui arrachant des cris. Malgré l'intervention d'urgence, il succomba (Voir fig. 151).

La douleur, plus ou moins vive, est sans localisation précise : « Il ne nous paraît pas, d'après l'ensemble des documents que nous avons consultés, et d'après les cas que nous avons observés, qu'on puisse trouver dans la forme et le siège de la douleur une indication utile de diagnostic. » (Forgue.) Quelquefois, une douleur sacrée.

Rien, à ce moment, ne peut indiquer si l'évolution sera suraiguë ou traînante. De deux malades d'Okinczyc, l'un gangrène son anse en quelques heures; un autre, au vingt-quatrième jour, a un intestin intact.

2° L'occlusion.

Le malade invoque un écart de régime, un effort; ne nous y arrêtons pas. Il s'agit maintenant non plus de crise* « comme les autres », mais de dépister l'occlusion intestinale aiguë grave.

L'occlusion intestinale aiguë, par volvulus du côlon pelvien, a un signe qui vaut mieux que tous les autres. Il est celui qui, le plus souvent, a fait faire le diagnostic. C'est sur lui qu'il faut, tout de suite, attirer l'attention.

SIGNE CAPITAL. — Ce signe, c'est le *météorisme*. Nous indiquons, un à un, ses caractères particuliers

L'inspection, voilà l'enquête essentielle; à condition de savoir bien la lire, la forme du ventre va nous donner le renseignement le meilleur.

D'abord, le météorisme est assez vite *considérable*. Trousseau le signalait en 1857; « un des plus gros ballonnements que j'ai observés correspondait à un volvulus ». (Hartmann.) Il ne cessera plus d'augmenter, si, à la distension de l'anse volvulée, s'ajoute la distension du côlon au-dessus

de l'S iliaque et si, à la distension du côlon, s'ajoute la distension du grêle.

Mais c'est au début, avant la généralisation de « surdistension gazeuse », qu'il faut espérer étudier le météorisme. Malgré son étendue, c'est encore un météorisme local. C'est le dessin de l'anse tordue et hypertendue.

Il peut être de siège maximum variable : médian, sus-ombilical (Potain,

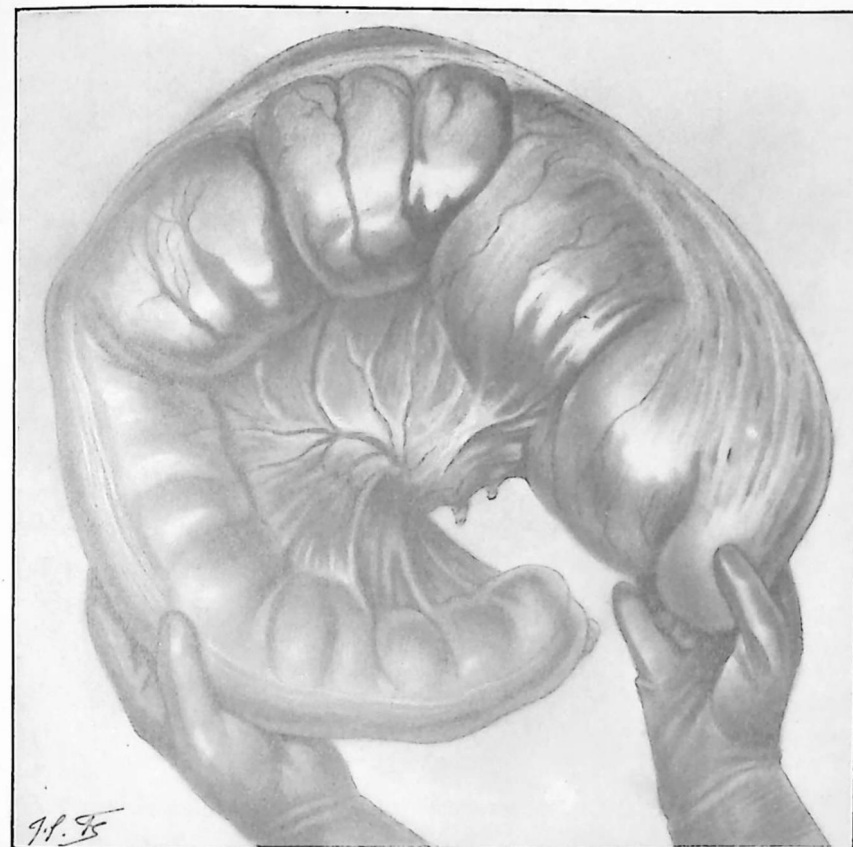


Fig. 152. — Mégacôlon sigmoïdien, traité par l'extirpation : pièce opératoire de MIGINIAC.

Léger), épigastrique et iliaque (Melchiori), en sablier (Lecène, Patel), central sous-ombilical (Hertz), à peu près total (Trousseau), iliaque gauche (Okinczyc), iliaque droit et ombilical (Moure et Aumont), etc.

Un caractère capital sur lequel Bayer a insisté : c'est un *météorisme visiblement asymétrique*; le ventre a une *déformation oblique*.

Chez un de mes malades, ce caractère sautait aux yeux. Cette première remarque me dicta le diagnostic dès que le ventre fut découvert. « Le

ventre semblait ovoïde à grand diamètre dirigé de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite et à grosse extrémité à droite et en bas » (observation personnelle citée plus haut). La moitié droite tout entière paraît quelquefois plus distendue que la gauche. (Léger, Watson, Bayer, Kusnetzow, Forgue, etc.)

« Pour vous en rendre compte exactement, mesurez avec un fil le demi-

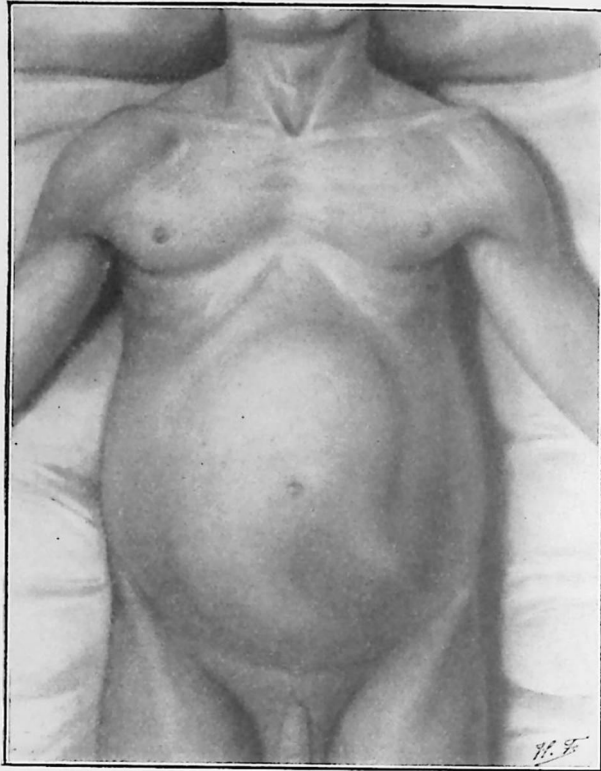


Fig. 153. — Occlusion intestinale par volvulus du côlon pelvien (d'après ZÆGE VON MANTEUFFEL).

périmètre, de chaque côté, allant de la ligne épineuse à la ligne médiane. Cette plus grande distension du côté droit tient, soit à ce que l'anse sigmoïde, énorme et en position ectopique d'Huguier, s'incline vers la droite jusqu'à l'hypocondre (au point que, établissant un anus dans la fosse iliaque droite et croyant le placer sur le cæcum, on l'ouvre en réalité sur une branche de l'anse), soit qu'il se produise, comme l'ont noté Bayer, Sachlehner et Anschutz, une hyperdistension du cæcum telle que Kreuter l'a vu frappé de nécrose au cours d'un volvulus de l'S iliaque. » (Forgue.)

Cette valeur du signe : *météorisme oblique*, nous la trouvons confirmée par Bechniowski, qui a l'expérience de vingt-quatre observations

personnelles. L'asymétrie demande quelquefois à être recherchée de plus près; elle a une assez grande importance pour valoir cet effort d'attention : « Le ballonnement paraissait uniforme; il fallut un examen à jour frisant pour remarquer, dans les deux hypocondres et dans la fosse iliaque droite, un météorisme prédominant, formant trois bosselles larges, immobiles, qui interrompaient l'uniformité du ballonnement dans l'ensemble plus marqué à droite qu'à gauche. » (Bonnet.) Chez un malade, opéré dans mon service à Broussais, par Welti, l'asymétrie du météorisme était facile à mettre en évidence dans l'étage supérieur du ventre. Le rebord costal gauche semblait soulevé; sous le rebord costal droit était une dépression qui n'existait pas à gauche.

On sait la fortune du *signe de von Wahl*. Il a été décrit en 1889 et il fait désormais partie de toutes les descriptions d'occlusion intestinale. Il a été décrit à propos du volvulus. Il est un signe de volvulus. Il n'a certainement pas l'importance et la valeur décisive que les élèves de von Wahl, Zæge von Manteuffel, Kader, se sont plu à lui décrire, mais il faut le chercher et, dans la question qui nous occupe aujourd'hui, l'étudier particulièrement. D'abord, avec les traits que lui fixa son auteur.

Une anse volvulée, ballonnée, donne un météorisme local qui, fixe dans l'abdomen, peut fournir d'utiles réponses aux trois examens : inspection, palpation, percussion. A la vue : saillie asymétrique, immobile, inerte, c'est-à-dire sans mouvement péristaltique; au palper, c'est une sensation de cylindre rénitent, d'une résistance que Roux avait déjà signalée deux ans avant von Wahl et dont, dans deux cas, il avait fait le signe révélateur. A la percussion, un tympanisme particulier.

Bechniowski, après expérience de ses vingt-quatre observations personnelles, ne trouve pas grande signification au signe de von Wahl. Il lui préfère de beaucoup le *signe de Bayer* : l'asymétrie dans le gros ventre.

En France, Broca et Delbet soulignèrent le mérite de von Wahl. Delbet vérifia sur un enfant de dix ans l'exactitude des faits avancés par von Wahl et Obalinski. Toute la portion du grêle et du gros située au-dessus de l'obstacle était absolument flasque; seule, l'anse étranglée, l'S iliaque, était distendue, mais elle l'était prodigieusement (diamètre de 12 à 15 centimètres) et le météorisme, qui était considérable, lui était dû tout entier.

Mais deux caractères du ballon de von Wahl peuvent être contredits, surtout l'un.

L'*inertie*, l'*immobilité* de l'anse volvulée. Je trouve, au contraire, dans plusieurs observations, le *péristaltisme* signalé : dans une observation de Lecène, dans trois cas de Reichle, un cas de Mackewain, un cas d'Alamartine, dans le cas de Moure et Aumont, « ondes péristaltiques presque transversales de gauche à droite », dans l'observation de Roux-Berger : « L'ab-

domen est ballonné, mais modérément; toutes les dix minutes environ, il se produit un soulèvement considérable de la partie droite de l'abdomen qui peu à peu s'affaisse, sans qu'à ce moment il y ait émission de gaz. » Chez le malade de Rochet, le péristaltisme apparut dans l'hémi-abdomen gauche après que fut faite la cœcostomie. Enfin, Fernström dit que le péristaltisme est de règle.

Un deuxième caractère du ballon de von Wahl, le *tympanisme*, est plus constant. Dans certains cas, comme celui de Gruget, l'anse pourra être mate, par importante transsudation sanguine intra-cavitaire sans doute, ou énorme accumulation de sécrétion muqueuse. L'anse du malade dont j'ai rapporté l'observation et que je vidangeai par sonde rectale, malgré un contenu liquide de quantité stupéfiante, m'avait donné à la percussion un son tympanique, tant sa distension gazeuse dépassait le volume du contenu liquide.

« Cette question de la sonorité tympanique de l'anse en volvulus a reçu des recherches de Kiwull une précision nouvelle : en France, ce point est peu connu, et nous insistons sur les indications que le chirurgien russe nous a fournies. Vous pouvez, en vous percutant la bouche, comprendre exactement les nuances de cette sonorité. Fermez les lèvres et laissez les joues flasques, vous obtenez un son tympanique par la percussion des joues. Au contraire, fermez la bouche et gonflez les joues; perceutez alors d'une chiquenaude, prestement détachée, vous entendrez un bruit métallique. Eh bien ! la même différence de tonalité sépare la sonorité des anses intestinales distendues de gaz et de matières et celle de l'anse sigmoïde étranglée par torsion et ayant subi, du fait des troubles circulatoires et de la fermentation de son contenu, une insufflation forcée de gaz. Cette anse, surdistendue et à parois élastiques, est comme un ballon; perceutez-la avec un plessimètre ou avec un bâtonnet de bois, pendant que vous l'auscultez avec un stéthoscope, vous entendrez une résonance métallique. C'est là le *ballon symptôme de Kiwull*. » (Forgue.)

Kiwull aurait trouvé huit fois ce tympanisme métallique caractéristique. Il ne dit pas si, comme Têdenat le conseille, la percussion, pour être instructive, doit être faite en arrière, derrière les flancs.

Encore quelques mots au sujet du *météorisme*, signe fondamental.

Lorsque, nous l'avons déjà dit, la distension du côlon transverse et du côlon ascendant et du cœcum s'ajoutera à la distension de l'anse colique pelvienne, l'inspection du ventre sera plus difficile à interpréter, la découverte du cadre colique et de l'énorme ballon surajouté sera malaisée, d'où une cause d'erreur que je veux indiquer; l'observation de Rochet va le permettre encore mieux. Rochet voit un malade ballonné, souffrant peu, ne vomissant pas et sans aucun antécédent digestif. Comme le ballonnement est en cadre, le diagnostic d'occlusion sur le gros intestin est fait, et

une cœcostomie suit. L'hémi-abdomen droit se vide; l'hémi-abdomen gauche non seulement reste ballonné, mais, immobile jusqu'ici, se trouve maintenant le siège d'ondes péristaltiques très nettes. C'est qu'il s'agit d'un volvulus que l'anus cœcal naturellement n'a pas guéri; les lésions ont si bien continué qu'il y a bientôt sphacèle et perforation; la mort suivra de trois jours la deuxième intervention. Rochet avait été trompé



Fig. 154. — Mégacôlon pelvien. (Lecène.)

par un gros ventre, sans asymétrie, et un malade a passé intact, sans crise de subocclusion.

Retenons de cette intéressante observation que l'asymétrie peut être masquée et que, une fois vidé l'ensemble du côlon, l'anse volvulée, quoique sphacélée à sa base, était encore (contrairement à la loi de von Wahl) animée de mouvements péristaltiques.

Il faut bien faire une autre remarque, et toujours au sujet du météorisme. Le ballon, c'est bien, régulièrement, l'anse volvulée, mais cela ne

comporte pas une déduction topographique trop facile. Morestin en fit l'expérience avec la malade qu'il opéra à Beaujon. C'était une jeune femme de vingt-quatre ans qui avait accouché la veille et qui souffrait du ventre depuis six jours; le météorisme était énorme; sur ce ballonnement général se dessinait une voussure spéciale, sus-ombilicale, très appréciable à l'œil. La palpation permettait de reconnaître, à ce niveau, la présence d'une boule rénitente, assez bien limitée. En tenant compte de la voussure localisée, de la boule constatée au-dessus de l'ombilic, Morestin, se trompant, songea à un volvulus du côlon transverse et incisa en conséquence.

Cette remarque et le souvenir de cette petite erreur ne valent que pour les chirurgiens, je n'ai pas besoin de le dire; le clinicien n'a pas à s'en soucier.

Nous voici donc, avec le médecin, en possession du signe le meilleur : **un météorisme important, donnant une déformation asymétrique de l'abdomen, faisant le ventre oblique, tympanique et rénitent.**

Et, comme lorsqu'on a son diagnostic, à la première minute de l'examen du malade, tout va très bien le confirmer, les autres signes accourent. Ils sont, il est vrai, de bien moindre secours, mais leur réunion reste bonne à vérifier.

AUTRES SIGNES. — Quelquefois, un épanchement dans le ventre, de petite abondance (Allard); au **toucher rectal**, plusieurs symptômes possibles; la paroi antérieure bombe, refoulée par une tuméfaction élastique; la muqueuse rectale est succulente, œdématiée. (Michelsson dit avoir fait le diagnostic, un jour, sur ce signe.)

Pour Fernström, ou on peut sentir l'anse tordue, par le toucher rectal, ou, si elle est trop haut, on a l'impression que les parois rectales sont rectilignes, attirées en haut; l'anus peut être en bourrelet, épais, mollassé, comme par stase veineuse: c'était très net chez un de mes malades; celui-ci croyait à une crise hémorroïdaire; enfin, le même malade me signalait l'intolérance rectale au lavement et le rejet presque immédiat du liquide. Sur l'impossibilité d'introduction de la sonde, il faut être réservé, puisque Filipowicz aurait pu, au contraire, par l'ascension de la sonde, vider, dans quatre cas, le côlon pelvien et éviter l'opération aux quatre malades.

Encore un signe, parfois : les *bruits anormaux au niveau du météorisme*; les infirmiers qui portaient le malade de Bonnet disaient avoir entendu « un bruit d'orage ». Milian, ayant observé un volvulus chez un jeune homme de dix-huit ans, en parle ainsi :

« Le phénomène local le plus frappant était un bruit de succussion extrêmement marqué qu'on provoquait en secouant le malade, et au clapotage à la palpation. Ces bruits étaient extrêmement accusés, tels qu'on les observe dans les grandes sténoses pyloriques; on les produisait très bas

dans l'abdomen, dans les flancs plutôt qu'autour de l'ombilic, à gauche comme à droite dans les deux décubitus latéraux. Je crus absolument à une grande dilatation de l'estomac. »

SIGNES FONCTIONNELS. — Comment, pour ce malade dont le côlon est étranglé, n'avons-nous pas parlé des troubles de la fonction ?

C'est parce que les signes fonctionnels et les signes généraux peuvent être réduits à très peu de chose : il faut les savoir au deuxième plan. Même les **douleurs** ne sont pas toujours terribles; le malade ne les trouve quelquefois pas plus vives que dans tant de ses crises antérieures; d'abord à gauche, puis diffuses, croissantes, allant d'un côté du ventre à l'autre, elles n'ont généralement pas l'acuité qu'elles ont dans l'invagination.

Et cette occlusion, à l'inverse de presque toutes les autres, ne s'accompagne pas de vomissements. La règle, en effet, c'est l'**absence de vomissements** ou leur apparition très tardive, s'ils existent. Ils sont alimentaires ou bilieux, mais pour ainsi dire jamais fécaloïdes. Même chez la femme enceinte de Morestin, il n'y eut jamais de vomissement, et cette circonstance entretenait une fausse sécurité dans l'entourage. « Malgré tout, dit Trabut, on est étonné du peu d'abondance des vomissements. » Une statistique peut nous aider à fixer cette notion : l'absence, la rareté des vomissements dans cette grave strangulation intestinale. C'est la statistique de Filipowicz : sur trente-deux malades, deux seulement eurent des vomissements.

L'arrêt des matières et des gaz existe. Il est à peu près absolu. Le malade ne voit pas venir cette débâcle qui terminait heureusement les autres crises; les gaz ne passent plus. Il va comprendre que la chirurgie est nécessaire.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Cet état général peut n'être pas modifié. La température est à 37°, le pouls à 90. A peine la langue un peu sèche, les urines rares, le facies un peu angoissé et aride.

Mais le danger est dans la tranquillité que tant de signes négatifs peuvent donner au médecin. Si, au lieu de se répéter : « Gros ventre oblique, crises douloureuses, arrêt des gaz, c'est un volvulus », il se répète : « Bon pouls, pas de fièvre, pas de vomissements », le malade est perdu.

ÉVOLUTION. — Dans la nuit et en quelques heures, tout va changer : à l'examen du lendemain, comme pour le malade de Jaboulay et Chalier, le pouls est à 140, le facies est péritonéal, le ballonnement a encore augmenté, il est uniforme, monstrueux, sans l'asymétrie qui était révélatrice jusqu'ici. Cette fois, il y a des vomissements, des vomissements noirs; les douleurs sont plus continues, ne laissent plus de répit au

malade, ou, au contraire, il y a une euphorie macabre. Dyspnée, anurie, collapsus, tout y est.

L'anse étranglée a été sphacélée au lieu même de sa torsion; il y a perforation, à ce niveau, et péritonite putride; les chances de guérir ne sont plus nombreuses; comme il faut regretter l'optimisme de la veille et retenir, définitivement, que des douleurs modérées, l'absence de vomissements, un bon état général, n'empêchent pas que le volvulus poursuit l'ischémie de l'anse et prépare son sphacèle et la péritonite putride.

Quant à la durée de cette *évolution*, elle est imprévisible.

Nous avons déjà opposé l'un à l'autre les deux malades d'Okinczyc, l'un à volvulus sphacélé en un jour, l'autre à anse intacte à la quatrième semaine.

Bechniovski a vu la gangrène survenir quelquefois avant la vingt-quatrième heure de volvulus. La certitude d'extrême urgence, la voilà. Devant un volvulus, la décision d'opérer doit être ce qu'elle est pour toute hernie étranglée : immédiate; les risques de gangrène sont les mêmes, et à peu près dans les mêmes délais.

DIAGNOSTIC

Je mettrai d'abord sous les yeux du lecteur quelques exemples d'erreurs graves : ceux qui les ont reconnues et racontées nous donnent une double leçon dont il faut leur savoir gré.

Relisons deux observations de Savariaud : la première nous montre l'anus cæcal dans son impuissance; la deuxième nous apprend le péril d'une intervention différée et l'illusion, donnée au chirurgien, par une accalmie des douleurs.

« Dans mon premier cas, observé à Verdun en novembre 1915, il s'agissait d'un officier, âgé de trente-six ans, constipé depuis toujours, pris brusquement, trois jours avant, de coliques avec ballonnement considérable et suppression des gaz. *Le ballonnement siégeait un peu à droite de la ligne médiane, douleurs par crises.* Comme il avait eu autrefois une appendicite, j'incisai à droite et je lui fis, je ne sais pourquoi, un anus cæcal que je n'ouvris d'ailleurs que le lendemain. Il n'en sortit qu'une bouffée de gaz et pas de matières. Les accidents continuant, je lui fis le soir même l'opération que j'aurais dû faire la veille, c'est-à-dire une laparotomie médiane, et je trouvai, avec un épanchement malodorant, un énorme volvulus que je réséquai entre deux ligatures après l'avoir extériorisé. La muqueuse du volvulus était toute noire. Après cette opération, le malade cessa de souffrir; malheureusement, les deux bouts du côlon qui paraissaient vivants se sphacélèrent dans le ventre, la paroi

se sphacéla à son tour et le blessé succomba, non pas à la péritonite, ni à l'occlusion, mais à la gangrène progressive, sept jours après la deuxième opération. »

« Dans mon deuxième cas, il s'agissait d'un permissionnaire qui était à sa deuxième crise d'occlusion et que je vis à l'hôpital mixte de Caen, le troisième jour d'une crise très violente exaspérée par une purgation. Cette fois, je flairai le volvulus, je fis même ce diagnostic ferme; et pourtant, cette fois encore, je péchai par timidité et indécision. Comme, au moment de l'opération, ce malade se sentit tout à coup soulagé (on venait de lui faire une rachianesthésie) et qu'il m'affirma avoir rendu des gaz et des matières la veille, je crus d'autant plus facilement à une détorsion spontanée que pareille terminaison avait suivi la première crise.

« En conséquence, je remis l'opération au lendemain. Le lendemain, le malade était mourant. Plein de remords, je l'opérai quand même. Je trouvai un énorme volvulus de couleur verdâtre, que je réséquai entre deux ligatures. L'état de l'opéré était si bas, j'avais tellement peu d'espoir, que je me bornai à établir un barrage avec des champs et des compresses entre l'intestin grêle, qui était à peu près sain, et le foyer pelvien, horriblement septique. Contre toute attente, cet opéré guérit de son opération, mais il me fut impossible, dans un second temps pratiqué avec l'aide de mon ami Chifoliau, de rétablir la continuité de l'intestin, à cause de la brièveté du bout inférieur, de sorte que l'opéré sera vraisemblablement condamné à conserver jusqu'à la fin de ses jours son anus contre nature.

« Conclusion: il faut penser au volvulus, savoir le reconnaître. »

Choisissons un autre exemple d'opération malencontreusement retardée; A. Chalier a publié l'observation de ce malade mort dans le service de Jaboulay :

« A l'arrivée du malade, on ne peut avoir aucun renseignement, car le malade est aliéné. Il a un énorme météorisme, pas de vomissements, pas de fièvre, un ventre assez souple sans péristaltisme. Une sonde rectale le soulage, il semble mieux pendant quarante-huit heures, quand, dans la nuit, le tableau est brusquement modifié : pouls incomptable, ballonnement plus grand, sueurs froides, agitation. Jaboulay fait une laparotomie avec le dessein de faire une cæcostomie. Il trouve une péritonite putride. La mort ne se fait pas attendre. Chalier découvre, à l'autopsie, trois larges perforations au sommet d'un côlon pelvien volvulé. Ces perforations étaient des perforations par éclatement et non pas de celles, par gangrène, que l'on a coutume de voir.

« Le ballonnement énorme n'avait pas suffi à déterminer les chirurgiens. « Pas de vomissement, pas de fièvre, ventre souple » : avec ces constatations, on crut à un bon pronostic.

« Ainsi, lorsque nous nous abstenons « parce qu'il n'y a pas de vomis-

sement ou de fièvre », nous revenons à cinquante ans en arrière. A cette époque, Marchand, suppléant de Guyon, était appelé par Potain pour une occlusion intestinale aiguë. Il ne « crut pas l'intervention chirurgicale opportune ». On continua les purgatifs, on faradisa la paroi abdominale, etc., on fit l'autopsie : c'était un volvulus, dont Potain a laissé une parfaite observation clinique. »

Risques d'erreurs.

C'est bien assez de ces faits désolants. Quels sont donc les principaux risques d'erreur ?

1° *La constatation d'un bon état général rend le médecin trop confiant.*

Lecène (*Thérapeutique chirurgicale* de Lecène et Leriche, t. III, 1926) écrit : « L'état général n'est que peu touché pendant les premiers jours de l'existence d'un volvulus sigmoïdien. C'est, en effet, une occlusion basse, qui ne donnera qu'assez tardivement des accidents toxiques ou infectieux, on peut dire malheureusement; car, trop souvent, en présence de ce peu d'atteinte de l'état général, on perd du temps et on attend, en faisant une thérapeutique symptomatique illusoire. »

2° *L'absence de vomissements semble, à tort, pouvoir faire repousser l'idée d'occlusion intestinale grave.* Nous venons de voir ce qu'il en a coûté au malade de Jaboulay, au malade de Savariaud, à la malade de Morestin.

3° *Le malade, habitué à des crises, en apparence aussi graves, refuse l'intervention, ou se montre d'abord indocile.* Ainsi, le malade de Tuffier, qui en mourut.

4° *Une petite débâcle, quelques gaz, la sédation des douleurs font croire à la guérison spontanée :* on remet l'intervention. Le lendemain, ce n'est plus un volvulus, c'est une gangrène intestinale avec péritonite putride (le second malade de Savariaud).

5° *L'erreur du chirurgien : il croit à une occlusion cancéreuse ou il néglige de s'interroger sur la cause, il fait un anus cæcal. La maladie continue.* En voici un exemple de plus :

« Le malade B..., âgé de soixante-dix-huit ans, entre d'urgence dans mon service à l'hôpital Bichat, le dimanche 14 mai 1933, pour des troubles abdominaux aigus. Le début était difficile à faire préciser par le malade qui semblait atteint de sénilité mentale. Ce début n'aurait pas été marqué de douleur violente soudaine, mais plutôt d'une succession de petites crises douloureuses ayant débuté dans la fosse iliaque gauche, s'étant étendues progressivement à l'abdomen et datant de quatre à cinq jours.

Le malade répétait volontiers « avoir eu l'impression d'une bête vivante » dans le ventre ».

« Une selle le mardi soir, une heure environ après le premier épisode douloureux, selle diarrhéique. Aucun changement notable pendant les quatre jours qui précédèrent l'entrée dans le service. Il n'y a jamais eu de vomissement. La veille, le 13 mai, pas de selle, pas de gaz. Dans les antécédents éloignés, on peut retrouver quelques crises douloureuses semblables, mais beaucoup plus courtes, durant un ou deux jours, terminées par une débâcle diarrhéique et semblant au malade sensiblement moins graves.

« Le 14 mai, on était en présence d'un malade en assez bon état général : T., 37°,7; pouls, 90, bien frappé, mais cet homme très agité refuse le lit, se promène sans cesse dans le couloir.

« A l'inspection du ventre, on découvre un météorisme énorme, tendu, tympanique, sans ondes péristaltiques visibles. Une voussure plus marquée dans l'hypocondre gauche déforme asymétriquement cet énorme abdomen. Pas de matité dans les flancs; au toucher rectal, œdème de la muqueuse, ampoule vide.

« Le chirurgien de garde appelé fit le diagnostic d'occlusion intestinale par cancer probable et intervint par laparotomie iliaque droite. Il trouva un cæcum très distendu. Une cæcostomie fut pratiquée. Son ouverture immédiate donna issue à des flots de matières fécales. Le lendemain les internes me montrèrent le malade. Son état général semblait assez peu modifié, mais l'asymétrie du ventre me parut avoir si nettement résisté au large fonctionnement de l'anus cæcal que je pensai à un volvulus du côlon iléo-pelvien méconnu. Le malade paraissant encore solide, je demandai que fût fait le plus tôt possible un examen radiographique et que, si l'obstacle sigmoïde était vérifié, la laparotomie médiane fût aussitôt décidée. Mais l'état apparent du malade nous avait trompé; il succomba, brusquement, quelques heures plus tard, avant tout examen de radiologue.

« L'autopsie fit voir l'énorme ballon d'un volvulus du côlon pelvien (torsion de un tour et demi de spire). La pièce fut prélevée (Voir fig. 151). »

Diagnostic positif.

Les chirurgiens allemands, russes, polonais, n'hésitent pas à dire qu'on doit faire le diagnostic avec certitude. (Obalinski, Filipowicz, Heidenhain, Fernström.) Mais la fréquence de cette lésion, dans leurs pays, leur vaut sans doute d'examiner les malades assez tôt, près du début de la maladie, quand les premiers efforts du volvulus dessinent un météorisme éloquent, caractéristique, ce ventre oblique sur lequel nous avons longtemps insisté. Ainsi Obalinski aurait pu bénéficier de ce signe révélateur dans 15 cas sur 19.

Nous pouvons aussi, de notre côté, ce signe nous ayant, deux fois sur

deux, permis le diagnostic, lui attribuer une valeur particulière, lui garder confiance et le recommander, avec tous les auteurs, aux cliniciens.

Le diagnostic, pour le volvulus, doit avancer par les étapes et les progrès suivants :

Y a-t-il occlusion, strangulation ou obturation ?

Est-ce une occlusion du gros intestin ?

Est-ce un volvulus ?

a) **Y A-T-IL OCCLUSION?** — Un ballonnement de l'étendue que nous avons dite, l'arrêt des matières et des gaz, c'est assez pour dire occlusion.

Le bon état général, l'absence de vomissements, une diurèse peu diminuée vous troublent-ils ? ne laissez surtout pas ces signes faire naître le doute.

b) **SIÈGE DE L'OCCLUSION?** — C'est une occlusion sans vomissement, sans oligurie, sans altération de l'état général : c'est-à-dire autant d'arguments m'aidant à faire un diagnostic topographique : c'est une occlusion du gros intestin et basse sur le gros.

c) **OCCLUSION PAR TORSION?** — Le météorisme si particulier, ce ballon rénitent, tympanique, c'est le signe d'une anse étranglée par torsion.

Les premières étapes à parcourir, c'est le médecin qui doit les passer une à une; c'est lui qui doit arriver au diagnostic ferme d'occlusion intestinale. A partir de ce moment, c'est au chirurgien de poursuivre l'enquête et de faire profiter sa technique et ses résultats de ses précisions de diagnostic.

Encore faut-il que le médecin l'appelle, aussitôt, ne veuille pas mesurer son arsenal contre cette occlusion et essayer de purgatifs « nouveaux », de « traitements électriques », de sonde rectale. C'est de lui que dépendent, maintenant, tous les résultats de la chirurgie d'urgence : magnifiques ou désastreux.

« Tout cas diagnostiqué de volvulus appartient au chirurgien », disait Nothnagel. Il nous suffit de dire à ce point de la question : tout cas diagnostiqué : *occlusion* est un cas chirurgical.

d) **CAUSE DE L'OCCLUSION.** — Le chirurgien a confirmé le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë sur le gros intestin.

Pour lui commence le problème ultime, mais sérieux : ***est-ce par cancer ? est-ce par volvulus ?***

C'est à peu près le seul diagnostic étiologique différentiel chez cet homme de cinquante à soixante ans. C'est le seul que j'envisage ici, et je renvoie à tant d'autres chapitres, si l'invagination peut être invoquée, ou l'iléus biliaire, ou la péricolite, ou les sigmoïdites obturantes, ou les tuberculoses hypertrophiques du côlon.

Le chirurgien doit essayer de différencier le volvulus du cancer, pour la raison que nous avons dite au début de cette étude : pour choisir utilement entre anus cæcal et laparotomie, pour éviter, contre un volvulus, l'entérostomie inutile, dérisoire, pour éviter à un cancéreux une laparo-



Fig. 155. — Examen radiographique d'un volvulus colique.

tomie en pleine occlusion, pour décider contre le volvulus la meilleure opération et les meilleures précautions.

Ce diagnostic différentiel entre cancer et volvulus est quelquefois difficile; dans les deux cas, une histoire plus ou moins longue de constipation et de crises d'obstruction; d'autre part, il y a des cancers chez des sujets solides, des volvulus chez des vieillards cachectiques; le toucher rectal peut être négatif pour le cancer en virole haut situé, positif pour le vol-

vulus, et faire croire à une tumeur; c'est encore l'aspect du ventre qui fournira la meilleure réponse : ici, ballonnement moyen et en cadre, avec péristaltisme descendant à gauche, c'est sans doute un cancer; là,



Fig. 156. — Image radiographique d'un volvulus du côlon pelvien : la partie pelvienne du ballon.

ballonnement énorme, asymétrique, en sablier, inerte ou avec péristaltisme déroutant, c'est sans doute un volvulus.

C'est aussi le moment du schéma de von Manteuffel : l'obturation dans un cas, la strangulation dans l'autre. Le signe de von Wahl, le ballon



Fig. 157. — Image d'un volvulus du côlon pelvien : la spirale de torsion.

symptôme, cherchons-les encore une fois. S'ils y sont, laparotomie confiante, c'est un volvulus.

S'ils n'y sont pas, avons-nous encore quelques moyens ? A-t-on le temps, le droit d'y recourir ? Nous n'avons presque rien, c'est la clinique qui doit trancher.

La **rectoscopie** ? Patel la préconise, Fernström la déconseille. Elle donna à Patel une réponse excellente, fit éliminer le diagnostic de cancer, faire le diagnostic de volvulus et dépister, pour la première fois, ce signe intéressant d'une muqueuse froncée à replis spiroïdes : chacun des plis partait du point rétréci et, par un trajet hélicoïdal, gagnait la périphérie.

Reste l'examen radioscopique et radiographique.

Il entrera de plus en plus dans les habitudes cliniques de la chirurgie d'urgence; nous en sommes assuré; jusqu'ici, et pour le volvulus vrai, les documents ne sont pas nombreux.

Voici un bon examen de Fernström : un lavement baryté, après avoir rempli l'ampoule, passe dans un défilé du calibre d'une plume d'oie, puis dans une zone dont la paroi est déprimée en un point par une pression extérieure; enfin, la baryte atteint une anse considérablement dilatée. Il s'agissait d'une femme de quarante-six ans en occlusion par volvulus. Villette a aussi publié un examen, mais de volvulus intermittent et incomplet. Il y a, dans le livre de Schinz, de fort belles images d'un volvulus tour à tour étranglé, réduit, récidivant.

Depuis que j'écrivais les lignes précédentes sur l'examen radiologique, j'ai eu l'occasion d'en vérifier les conclusions confiantes. Dans mon service de l'hôpital Broussais où j'avais demandé à mes internes de vouloir bien, chaque fois que c'est possible, s'aider, en présence des cas urgents, du contrôle radiographique, Barthes et Maës ont pu, ayant fait le diagnostic clinique de volvulus, le vérifier sous l'écran et obtenir les images dont je donne la reproduction (Voir fig. 155, 156 et 157). L'on y voit, avec une égale facilité, l'énorme ballon colique et le pied spiralé de l'anse tordue. Ces notions ont permis à Welti d'opérer le malade avec un plan très précis et après quelques bonnes précautions.

A l'hôpital Bichat nous avons, avec Huet et Porcher, vu, aux rayons, pour notre profit, deux autres cas de volvulus colique. Les images en étaient éloquents.

VOLVULUS DU CÆCUM

Sous le nom de volvulus du cæcum, on entend « l'étranglement rotatoire » ou du cæcum seul, ou du cæcum + iléon voisin, ou du cæcum + côlon ascendant, ou du cæcum + iléon voisin + côlon ascendant. La variété commune, c'est cæcum + côlon ascendant.

La longueur anormale d'un méso-cæcum est la condition anatomique essentielle de la possibilité du volvulus. Peut-être la bride de l'angle colique droit dont Lenormant a montré la fréquence serait-elle une cause adjuvante.

Cette lésion, si l'on s'en tient aux formes aiguës, les seules envisagées ici, est rare : une fois sur dix volvulus, une fois pour cinq volvulus du côlon pelvien. Quand Lecène publia l'observation que nous allons choisir comme observation-type, elle était une des premières publiées en France (1). Mais Faltin put, en cinq ans, en Finlande, rassembler 28 observations; le mémoire de Sargent, dans *Annals of Surgery*, comportait 37 cas nouveaux; en 1914, Bundschuh fixait à 110 le nombre de cas publiés. En 1924, Jacobsen ajoutait 8 cas danois. Le travail de Podlaha, en 1926, réunissait 168 observations. Récemment, à la Société de Chirurgie de Paris, Lenormant apportait les cas de Hartglass, de Wilmoth, un cas personnel et évoquait les cas de Brisset, Lagoutte, Viannay, Lapeyre, Chalfaut. Pour expliquer la fréquence plus grande de l'affection dans les pays scandinaves et en Russie, les auteurs invoquent la nourriture grossière, fermentescible et copieuse, après des temps de jeûne.

Le mémoire le plus important de ces dernières années est celui de Gatellier, Moutier et Porcher. Leurs recherches radiologiques leur ont permis de vérifier l'exactitude de la classification proposée par von Manteuffel, dès 1898. Cet auteur, sans le secours de la radiologie, avait su distinguer, au volvulus du cæcum, trois degrés : 1^{er} degré, bascule autour d'un axe transversal, la face antérieure devenant postérieure; 2^e degré, bascule autour d'un axe oblique de haut en bas, de droite à gauche, le fond du cæcum venant occuper la région ombilicale; 3^e degré, rotation et torsion autour de l'axe longitudinal du cæcum.

En additionnant les chiffres de Lenormant (1910), de Duroux (1912),

(1) Celles de Legueu, Bérard, Frölich, Mériel étaient déjà publiées.

et les observations récentes, et en écartant les cas de volvulus chroniques ou de typhlatoxie avec courtes crises, et certains cas trop complaisamment baptisés volvulus, cela fait 30 observations françaises environ. L'on pourrait maintenant ajouter pas mal à ce total. Dans mon service, deux cas ont été opérés en 1934 et 1936.

Mais, ces chiffres vite indiqués, ne parlons plus que des symptômes.

Il s'agit souvent, 40 fois sur 100 pour Jacobsen, d'un malade jeune, entre dix-sept et trente ans, et d'un homme 4 fois sur 5 (1). Abordons, avant tout, un fait concret, l'observation de Lecène.

« Femme de trente-six ans que j'ai opérée, étant chirurgien de garde à l'hospice d'Ivry, le 22 octobre 1908. La malade, toujours très constipée, avait été prise brusquement, le 20 octobre 1908, à 2 heures du matin, d'une vive douleur dans le bas-ventre; cette douleur, si intense que la malade la comparait aux douleurs de l'accouchement, dura seulement cinq ou six minutes; elle cessa, puis reprit une demi-heure après, et, depuis, cette douleur a toujours existé, sous forme de coliques. Peu après, vers 4 heures du matin, la malade eut un vomissement alimentaire, puis le matin, vers 7 heures, elle alla à la selle. Pendant la journée du mardi 20 octobre, les douleurs persistent. Le mercredi 21 octobre, les douleurs s'atténuent; un lavement évacue des matières liquides, pas de gaz; pendant la nuit du 21 au 22 octobre, la malade fut reprise de douleurs extrêmement vives, avec vomissements bilieux; à partir de ce moment, elle eut la sensation que ses coliques étaient parfois suivies de durcissement du ventre, qui commença à se ballonner. Le jeudi matin 22 octobre, on amena la malade à l'hôpital d'Ivry, avec le diagnostic, posé par le médecin traitant, d'occlusion intestinale. A ce moment, la malade se présente avec un état général bon. A l'inspection, le ventre, qui pointé en avant, apparaît ballonné, surtout dans la région péri-ombilicale : à ce niveau, une tuméfaction dessine sous la paroi une sorte de volumineux rein dont le hile répondrait à l'ombilic; cette grosse tuméfaction, assez bien limitée dans ses contours, présente des mouvements de reptation, allant de bas en haut. Cette tumeur est douloureuse à la pression et sa consistance se modifie par instants. A la percussion, toute la tumeur rend un son tympanique. Dans les antécédents de la malade, on ne trouve d'intéressant à noter, en dehors de quatre grossesses à terme, qu'une poussée de « péritonite » (?) survenue il y a quatorze ans.

« La malade est opérée le jeudi 22 octobre, à 4 heures du soir, soit deux jours et demi après le début des accidents.

« A l'ouverture du péritoine, une anse d'intestin distendu se présente

(1) Le cas de Graham pose un problème difficile : les accidents survinrent au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde.

aussitôt et fait hernie; au dehors, cette anse, qui appartient au gros intestin, a le volume d'une tête d'adulte; elle présente absolument l'apparence d'un kyste ovarique à pédicule tordu; sa paroi est noirâtre, avec des sugillations sanguines sous la séreuse. On sort complètement hors du ventre, sur des compresses, cette volumineuse anse intestinale et on reconnaît alors qu'elle comprend le cæcum et le début du côlon ascendant, tordus sur leur méso comme axe, d'un tour complet, dans le sens contraire à celui des aiguilles d'une montre. On détord facilement ce volvulus cæcocolique; en explorant ensuite le côlon ascendant, on trouve, près de l'angle sous-hépatique du côlon, une *bride péritonéale transversale* qui comprime la face antérieure de l'intestin; section de cette bride vasculaire entre deux ligatures. »

I. — SYMPTOMES

L'*interrogatoire* apprend-il quelque chose? Une fois sur deux, d'après les recherches de Penther, deux fois sur trois pour Gatellier, Moutier et Porcher, il y a des antécédents francs : constipation remarquable et ces *crises de subocclusion*, « torsion habituelle du *cæcum mobile* » (Klose), dont les malades savent quelquefois par quelle attitude les faire cesser (décubitus latéral); nous avons dit l'extrême fréquence de pareils antécédents, en étudiant le volvulus du côlon pelvien.

Le *début* est soudain; la surprise est grave si le malade n'a jamais rien eu de semblable; au contraire, cette crise semble, d'abord, assez semblable à « bien d'autres crises », chez les autres malades.

SIGNES FONCTIONNELS

C'est la *douleur*, le premier signe : douleur violente, poignante, qui n'est presque jamais, contrairement à l'attente du clinicien, iliaque droite, mais presque toujours ombilicale, péri-ombilicale ou sous-hépatique. Elle était cependant iliaque dans un cas de Lenormant et fit faire le diagnostic d'appendicite aiguë. La douleur peut cesser quelques minutes après le début, assez fréquemment, dit Faltin; elle va reprendre bientôt. Elle est vague, diffuse, continue, et puis, à intervalles variables, exaspérée par des paroxysmes, pendant lesquels la malade de Hartglass « se tord littéralement ». Cette douleur d'emblée a son maximum et laissant, par moments, des intervalles de repos presque parfait, c'est bien une douleur d'occlusion intestinale, et non une douleur de lésion inflammatoire.

Certains malades calment les crises, par des changements d'attitude,

ou par le décubitus latéral droit, ou par le décubitus latéral gauche, ou par la position assise. (Kraft.) Chaque malade, d'après Haussmann, n'ignorerait plus, au bout de quelque temps, la position qui fait naître la crise et celle qui la fait avorter.

Les **vomissements** sont précoces, fréquents, copieux, verdâtres, tardivement et rarement fécaloïdes. Ils peuvent manquer une fois sur dix environ. (Guibé, Faltin.)

L'**arrêt des matières et des gaz** est absolu presque toujours; les exceptions se comptent : passage de quelques gaz (Lillewood, Prutz, Zuckerkandl), diarrhée (Lecène, Schwartz, Schreider). L'hémorragie intestinale modérée et initiale a été vue par Gatellier.



Fig. 158. -- Occlusion intestinale par volvulus du cæcum (d'après ZÆGE VON MANTEUFFEL).

SIGNES PHYSIQUES

Un **météorisme** localisé, transversal ou oblique, plus souvent globuleux, central, péri-ombilical (ventre pointant), à maximum sus-ombilical (Faltin), sous-ombilical (Guibé), pouvant dessiner une asymétrie du ventre. C'est peut-être, dit Guibé, la forme d'occlusion où le **signe de von Wahl** est dans sa plus claire évidence. A ce météorisme limité, fera suite un météorisme

diffus, et cette extension du ballonnement serait, pour Rutkowski, plus souvent constaté et plus précoce dans le volvulus du cæcum que dans le volvulus du côlon pelvien.

L'**inspection** permet encore la recherche du **péristaltisme**. Cavaillon le décrivait, mais il le lui fallait pour la justification des trois étapes qu'il voulait reconnaître à la maladie : début, phase tonique, phase atonique, phase toxémique. En réalité, Rutkowski nous dit que l'on n'observe le péristaltisme que dans 5 p. 100 des cas; Jacobsen, que l'on ne l'aurait

vu que trois fois. Il existait chez la malade de Lecène et chez celle de Wilmoth.

A la percussion, **sonorité tympanique** au niveau du ballonnement; à en juger par le nombre d'observations où il y a eu écoulement de liquide au début de la laparotomie, on devrait trouver assez souvent une **matité déclive** et une ascite libre (Jacobsen), mais elle est exceptionnellement signalée (un cas de Faltin, un cas de Smith).

Rehr recommande d'ausculter, les bruits hydro-aériques ne manquant pas.

La **palpation** est plus importante. Il y a presque toujours une douleur provoquée et elle est, cette fois, souvent iliaque droite. Une contracture segmentaire de la paroi peut être concomitante. La vacuité anormale de la fosse iliaque a été constatée par Gatellier et Moutier.

Il existe surtout cette **résistance** particulière du ballon que l'inspection et la percussion ont fait découvrir; résistance variable : tantôt ferme, tantôt amollie.

Il est rare (7 fois sur 100, Faltin) que le toucher rectal donne une réponse utile et fasse percevoir l'intestin distendu et incliné vers le bassin.

J'ajoute que le malade tient assez volontiers, pour relâcher la paroi abdominale, les cuisses fléchies. (Bonnet et Croizat.)

ÉVOLUTION

L'état général est assez bon : malade abattu, gémissant, mais sans tachycardie alarmante, sans facies péritonéal.

Vers le troisième jour, une certaine rémission, une sédation caractéristique existerait, sur laquelle Penther s'étend et qu'il aurait vérifiée dans cinq observations sur huit : moindres douleurs, ballonnement généralisé, trêve de péristaltisme; ce serait la phase atonique de Cavaillon.

Puis viendrait la fin : vomissements fécaloïdes, anurie, collapsus.

II. — DIAGNOSTIC

« Lorsqu'un homme, encore jeune, tombe subitement malade avec des douleurs abdominales, des vomissements et de l'occlusion, ayant eu auparavant des crises analogues; lorsque, en même temps, l'abdomen présente un météorisme transversal ou oblique, généralement avec des contractions péristaltiques accusées; lorsqu'une assez grande quantité de liquide peut être introduite par le rectum, au point que la présence d'un obstacle dans la portion terminale de l'intestin doit être exclue; lorsque la marche de la maladie est relativement chronique et que les vomissements, qui

peuvent cesser pendant un certain temps, deviennent fécaloïdes, alors on se trouve en présence d'un cas typique de volvulus du cæcum. » C'est Faltin qui le dit.

« Mais, ajoute-t-il, les détails peuvent varier beaucoup. »

Lenormant ne croit pas le diagnostic si facile.

« Faltin indiquait, comme signes caractéristiques du volvulus cæcal, une triade symptomatique : existence dans les antécédents de crises abdominales douloureuses, plus ou moins nombreuses et intenses, en rapport avec la mobilité du cæcum et des ébauches de coudure ou de torsion; — rémission des symptômes au deuxième ou troisième jour, bientôt suivie d'une reprise foudroyante des accidents d'iléus; — enfin, le signe de von Wahl, c'est-à-dire le ballonnement localisé très net, avec ou sans ondulations péristaltiques au voisinage, siégeant le plus souvent au-dessus de l'ombilic et à gauche (par suite du déplacement dans ce sens du cæcum tordu). En fait, cette triade est rarement au complet. En particulier, je n'ai trouvé signalée la détente dont parle Faltin dans aucune des observations récentes. Les antécédents de colique cæcale que Faltin avait retrouvés chez un tiers de ses malades manquent souvent; ils n'existaient ni dans les cas de Hartglass, ni dans celui de Wilmoth, ni chez les deux malades que j'ai opérées; c'est, d'ailleurs, un fait curieux que relève Podlaha, que le volvulus cæcal soit bien plus fréquent chez l'homme, alors que le cæcum mobile a été surtout rencontré chez des femmes (1).

« Le signe de von Wahl est le plus constant, et il est souvent plus net ici que dans toute autre variété d'occlusion intestinale. Eljasberg a cependant signalé son absence dans certains cas. Il existait chez ma première malade, au point que je crus d'abord à une distension gastrique et que je commençai par faire un lavage de l'estomac; il existait aussi chez la malade de Wilmoth, et c'est grâce à lui que l'on posa le diagnostic de volvulus probable; mais il manquait dans le cas de Hartglass et dans mon second cas, où l'on crut à une appendicite. »

J'aurais dû faire le diagnostic exact dans le cas suivant. Il m'échappa.

« Femme de cinquante ans, entre le 20 décembre 1933, dans mon service, à l'hôpital Bichat.

« Je la vois le 21. Son état général est bon : pas de fièvre, pouls à 90, facies un peu angoissé, respiration ample, normale.

« Mais l'état abdominal est grave. Il y a un important météorisme. A le voir attentivement, on le juge diffus mais avec deux zones plus distendues, l'une iliaque gauche, l'autre épigastrique et ombilicale. A ce niveau le ballon est très net, ballon ovoïde à grand axe transversal. La fosse

(1) Chez un malade de Viannay, les coliques sourdes, depuis trois mois, de l'amaigrissement, faisaient penser à une tumeur maligne.

iliaque droite est plus dépressible que la fosse iliaque gauche, mais sans paraître vide. Partout où il y a météorisme, il y a tympanisme, celui-ci est à timbre particulièrement aigu, au niveau du ballon qui soulève transversalement la région épigastrique et ombilicale. On voit, à ce niveau, de temps en temps, le dessin d'ondes péristaltiques lentes et peu étendues.

« Le diagnostic d'occlusion intestinale est facile : la malade en a les signes physiques que nous venons de dire et, depuis douze heures, elle n'a eu aucun gaz.

« Le diagnostic étiologique de cette occlusion est beaucoup moins facile. La leucocytose, 20.000 globules blancs avec 85 % de polynucléaires, incite à chercher une cause inflammatoire. Le toucher vaginal ayant fait constater une immobilité utérine absolue et un Douglas douloureux, on se demande s'il n'y aurait pas une raison pelvienne d'occlusion.

« Mais l'histoire de la maladie est assez particulière. Le début remonte à quatre semaines; par une douleur épigastrique brutale, secondaire, « en barre ». Douleur sans irradiation scapulaire.

« Depuis cette « crise », soignée par de la morphine, la malade ne s'alimente plus, a des vomissements tous les deux ou trois jours, vomissements abondants, bilieux, non fécaloïdes. Le médecin put d'abord penser à une crise hépatique, car la malade, dix ans auparavant, avait eu un syndrome douloureux, sans doute lithiasique, avec décoloration des matières et pigmentation biliaire des urines.

« Ce passé lithiasique, cette évolution, par à-coups, de la crise actuelle, font un instant penser à un iléus biliaire, mais il n'y a ni les signes généraux d'une occlusion du grêle, ni la possibilité de percevoir une masse dure par le toucher ou le palper.

« Il y a eu début brutal, puis détente incomplète. A cause du ballon transversal si net, de la conservation de l'état général, je localise l'occlusion sur le gros intestin, mais je ne trouve pas le dessin habituel de volvulus sigmoïdien. En faveur du volvulus, diagnostic que le médecin traitant a su proposer, il y a bien ce signe de von Wahl si remarquablement perceptible, mais l'âge, le sexe de la malade, nous éloignent de penser à un volvulus du cæcum.

« En réalité, c'était bien un volvulus cæcal et nous avions tort de nous trop souvenir que c'est ordinairement d'hommes jeunes qu'il s'agit. La radiographie que l'état de la malade m'autorisait à demander devait montrer clairement la cause de l'occlusion.

« Il y a sur cette radiographie les excellents signes suivants : la fosse iliaque droite est vidée de gros intestin; il y a ectopie cæcale et au niveau de la dernière anse colique barytée, la limite nette, rectiligne de l'une des faces : c'est là sans doute « la charnière de flexion, de rotation » bon signe indiqué par Porcher. »

L'intervention (Leibovici) fit découvrir un volvulus du cæcum ayant conduit celui-ci en haut et à gauche.

Il y avait bien eu dans l'histoire de notre malade, début brutal et puis détente, mais détente à la fois incomplète et très prolongée.

La triade de Faltin (crises antérieures, détente au début de la crise, signe de von Wahl) ne pouvait être retrouvée; la seule crise antérieure datait en effet de dix ans et avait les caractères certains de crise hépatique; la détente, elle, avait été de longue durée (un mois); par contre, le météorisme en ballon était frappant.

Ce cas était un de ces volvulus du cæcum à évolution d'abord traînante, puis accélérée. Le même jour, mon ami Lauret, voulait bien m'interroger sur une forme clinique suraiguë. Il s'agissait d'un volvulus du cæcum compliquant tôt une hystérectomie abdominale et lui-même compliqué de sphacèle total en vingt-quatre heures.

Le diagnostic exact n'aurait été fait, pour Jacobsen, que trois fois, ou plutôt par trois chirurgiens : par Manteuffel, Warnach et Faltin; d'après Haussmann, il aurait été fait 8 fois sur 45 cas. Le plus souvent, on s'en tient à occlusion intestinale; assez fréquemment (les statistiques danoises des diagnostics de praticiens le prouvent), le diagnostic d'appendicite aiguë est celui avec lequel le malade a été adressé au chirurgien. Dans le cas d'Arrou, rapporté par Penther dans sa thèse, le diagnostic avait été : occlusion par tumeur pelvienne enclavée. Il y avait bien un kyste dermoïde de l'ovaire, mais l'occlusion était le fait d'un volvulus cæcal trouvé pendant la laparotomie.

Le diagnostic pourra être fait par le médecin, d'abord, et le chirurgien, après, si leurs pensées s'appliquent à chercher les progrès suivants : 1° *c'est une occlusion intestinale* ; ce ballon volumineux, douloureux, sonore, clapotant, rénitent, immobile et plus net que jamais, c'est le signe d'une occlusion par torsion, 2° *c'est un volvulus*; si c'était un volvulus du côlon pelvien (le plus fréquent), il n'y aurait pas ou il y aurait moins de vomissement, le ballonnement serait beaucoup plus important, l'asymétrie de l'abdomen plus nette, les lavements seraient rejetés. Si c'était un volvulus du grêle (le plus fréquent après le volvulus du côlon pelvien), il y aurait une atteinte plus sévère de l'état général, une oligurie plus précoce, une déshydratation rapide du malade; la douleur spontanée serait plus profonde, prévertébrale, 3° *c'est un volvulus du cæcum*.

La vérification ou la découverte par l'*examen radiologique* sera aisée, lorsque la radiologie d'urgence sera, comme nous ne cessons de le répéter, facilitée par des installations modernisées et par la connaissance plus experte des clartés différentielles d'un abdomen météorisé. Les signes donnés par Porcher valent pour les formes subaiguës : 1° le fond cæcal n'est plus au point déclive normal ; 2° la fosse iliaque ne contient plus de gros intestin ou bien contient un segment colique qui n'est pas le cæcum ; 3° les incisures transversales sont devenues plus obliques ;

4° les contours de l'anse déclive présentent une grande netteté, c'est la charnière de flexion, de rotation.

Là encore, comme pour le volvulus en général et celui du grêle en particulier, si le pronostic est toujours grave, la rapidité de l'évolution n'est annoncée par aucun signe. Certains chirurgiens, arrivés au sixième jour, ont trouvé un intestin sans menace de sphacèle; mais certains cas sont foudroyants : Faltin a trouvé l'intestin gangrené à la cinquante-cinquième heure; des morts plus rapides encore ont été signalées (en vingt-quatre heures, Sargent; en dix-huit heures, Heiler; en seize heures, Viguier; en douze heures, Pye Smith).

L'indication d'appel au chirurgien est donc d'extrême urgence, et ce volvulus mérite bien sa place parmi les occlusions aiguës.

VOLVULUS DE L'INTESTIN GRÊLE

Le volvulus de l'intestin grêle est le plus fréquent des volvulus, après celui du côlon pelvien.

Ayant pris la peine de composer de nombreuses et grosses statistiques, Guibé, dans son beau travail de 1907, nous a donné des chiffres dont on peut, aujourd'hui encore, retenir le pourcentage, général et comparé, des volvulus; nous le schématisons : sur 100 occlusions, 6 volvulus; sur 10 volvulus, 5 du côlon pelvien, 4 du grêle, 1 du cæcum. Entre 1924 et 1933, dans les seuls Bulletins des Sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon, 22 cas ont été publiés (Palbet).

En treize ans, au London Hospital, sur 667 occlusions, il y a eu 27 volvulus du grêle.

Mais il faut ajouter que le volvulus du grêle survient, assez souvent, chez les nouveau-nés; Otter, dans une thèse récente, a réuni 27 observations de volvulus de l'enfance; sur ces 27 cas, 17 concernaient des nouveau-nés de quatre à vingt jours. Le volvulus du grêle représente à peu près le cinquième des occlusions du nouveau-né.

Plus souvent, deux fois plus souvent, le garçon que la fille, l'homme que la femme.

Chaque âge commande, dans une certaine mesure, la variété de son volvulus; en dehors du volvulus congénital et du volvulus, en apparence spontané, de l'adulte, deux notions étiologiques doivent être dès maintenant retenues : les relations assez fréquentes du volvulus du grêle avec l'*appendicite* chez l'adolescent, avec les *hernies* chez les malades âgés.

Ces relations avec les hernies sont si étroites que la plupart des classifications les utilisent, au premier plan (classification de Knaggs en 1909, classification de Bonnacaze en 1924). Plus récemment, Bertrand et Clavel (1929) ont proposé une classification clinique et non anatomique.

1° L'attention est attirée par des accidents intra-herniaires (ce sont les cas les plus nombreux);

2° L'attention est attirée sur l'abdomen, chez un malade atteint de hernie.

Dans un cas de ce genre, Dobson fit le diagnostic : chez un homme de quarante-trois ans, porteur d'une hernie inguinale droite, une zone de dis-

tension limitée ayant été découverte, dans la fosse iliaque droite, on pensa à un volvulus et l'on fit la laparotomie. Il y avait, à la fois, volvulus intrasacculaire, volvulus intra-abdominal.

3° Les signes sont ceux d'une réduction, dans le ventre, de la hernie et de l'agent d'étranglement (réduction en masse).

Par exemple, le cas de Bérard et Delore : hernie inguinale droite étranglée, taxis, réduction, persistance des phénomènes d'étranglement, hernio-laparotomie; on trouve un volvulus portant sur 80 centimètres d'iléon.

Je ne m'occuperai que des volvulus de symptomatologie purement abdominale.

Pour les volvulus du grêle, de symptomatologie abdominale pure, signalons, sans vouloir traiter ici de leur pathogénie, mais pour rappeler à l'opérateur l'enquête complète à faire, par laparotomie, que, sur six cas envoyés à la Société de Chirurgie et rapportés par Grégoire, cinq fois on trouva une bride fibreuse au pied du volvulus. Dès les deux premiers cas, Grégoire, qui est revenu, à plusieurs reprises, sur l'importance de cette bride préexistante, « émettait l'hypothèse que l'onde péristaltique intestinale, qui normalement court d'un bout à l'autre du grêle, se trouve arrêtée par la bride. L'anse lutte, se tord, tord, avec elle, son mésentère et ses vaisseaux : le volvulus est réalisé ». Dans le cas de Vernejoul la bride était d'origine opératoire (intervention antérieure pour grossesse ectopique). Des deux cas de Cerati, l'un était avec bride, l'autre sans bride. Sur les trois cas de Santy, deux sans bride, un avec bride.

Dans d'autres cas, l'obstacle en aval pourrait être l'appendicite, un amas d'*ascaris*, un iléus biliaire, une invagination intestinale, etc.

SYMPTOMES

Les prodromes ne sont pas exceptionnels : crises douloureuses, sub-occlusion, troubles digestifs; c'est après, dans un interrogatoire plus précis, qu'on les pourra retrouver.

Début. — Le début est vif, soudain, violent même.

L'effort, le gros repas, une purgation intempestive peuvent paraître avoir aidé.

Un malade de von Manteuffel fut pris en pleine partie de tennis; à la fin des jeûnes rituels, chez les juifs d'Odessa, les gros repas de fête y prédisposeraient, d'après Silderberg.

Il vaudra mieux rechercher des circonstances étiologiques (appendicite, hernie, grossesse) un peu plus intéressantes.

SIGNES FONCTIONNELS

La **douleur** est le premier signe : brutale dans son explosion et d'abord localisée elle est ensuite diffuse et paroxystique. La localisation initiale nous fournit un renseignement de prix ; c'est une douleur profonde, *prévertébrale*, sorte d'arrachement aussi pénible, en avant, vers l'épigastre ou l'ombilic, qu'en arrière, dans le dos ou les lombes. Voilà la réponse précise à obtenir, peu à peu, du malade, ou à vite inter-préter, si elle est donnée tout de suite : c'est que, quelques heures plus tard, tout le ventre sera douloureux ; il s'agira plutôt, comme toujours dans l'occlusion, de *douleurs intermittentes*, de crises plus ou moins espacées, de douleurs paroxystiques avec intervalles paisibles, et non de douleurs continues.

Les **vomissements** sont constants (ne manquant pas une fois sur les 25 cas de Filipowicz) ; ils sont très précoces, très fréquents, ou peu abondants, ou au contraire considérables. Ils peuvent être fécaloïdes si le volvulus est partiel ; ils contenaient du sang dans les trois cas de Santy.

L'**arrêt des matières et des gaz** est presque toujours complet d'emblée, et définitivement. Les autres cas (selles normales, quelques gaz) sont l'exception (1).

SIGNES GÉNÉRAUX

L'**état général** est vite altéré : facies, pouls, fonction urinaire, etc., assez souvent une tendance à l'hypothermie. (Bonnecaze.) Pour Braun et Brasch, et d'après des recherches allemandes récentes, la *pression artérielle* s'élèverait par suppression d'un long territoire intestinal, et puis s'abaisserait, aussitôt le volvulus réduit.

Résumons ces signes fonctionnels et généraux : une douleur initiale violente, profonde, pré-vertébrale, des vomissements constants, fréquents, bilieux, porracés, quelquefois fécaloïdes, l'arrêt absolu des matières et des gaz, un état général vite atteint.

Ce sont les signes d'une occlusion intestinale haute avec un signe plus particulier : la douleur pré-vertébrale.

(1) Patry.

EXAMEN DU MALADE

On trouve des observations singulières : celle de Kirmisson, le ventre était si rétracté qu'on pensait à une méningite tuberculeuse ; celle de Mazet, qui comportait un ventre de bois ; celle de Bosquette, où, derrière une paroi presque transparente, les anses apparaissaient groupées comme des circonvolutions cérébrales et absolument inertes ; celles de Maunoury, Schwartz, où le ventre était plat, indolore ; celle de Machurot, où la douleur abdominale progressive, un vomissement unique, un ventre plat, ne purent faire suspecter le volvulus dont un énorme diverticule semblait responsable.

Presque toujours, les signes physiques sont, au contraire, faciles à mettre en évidence.

Ne voulant pas faire, une fois de plus, l'énumération des signes de toute occlusion intestinale, je retiendrai trois signes intéressants :

- Le *ballonnement* (von Wahl) ;
- La *douleur provoquée* (Thévenard) ;
- L'*épanchement séro-hématique* (Delbet).

Ballonnement.

Le **ballonnement** est, au début, localisé : « Seule, l'anse tordue se distend, produisant le météorisme ; le siège de cette anse peut être délimité par la vue, par la percussion et surtout par la palpation. »

C'est au sujet du volvulus, et plus spécialement du volvulus du grêle, que von Wahl décrivit en 1889 son signe devenu fameux.

« Y a-t-il asymétrie, dit-il encore ; est-elle constante ou transitoire ? quel est son siège ? est-elle dépressible ou résistante ? est-elle sonore ou mate ? Une voussure localisée, sonore, résistante et à plus forte raison péristaltique, c'est l'anse dilatée, et c'est à son niveau qu'est la cause de l'occlusion. »

Telles sont les paroles de von Wahl dans son célèbre article intitulé : « Laparotomie dans le volvulus du grêle », et paru dans *Archiv für Chirurgie*, en 1889.

Il ajoutait, réflexion vraie pour le volvulus du grêle, mais remarque inutilisable pour le volvulus du côlon pelvien : « Au-dessus de l'obstacle, l'intestin est vide, surtout si les vomissements sont fréquents. »

Au début du volvulus du grêle, le météorisme est ou iliaque droit ou sous-ombilical, mais, vite, et dans la règle des examens, il est dans la région de l'ombilic : c'est un *ballonnement central*. Le signe de von Wahl

n'a été observé, sur sept volvulus du grêle, vus par Bertrand et Clavel, qu'une seule fois. Il faut répéter une remarque fort ancienne chaque fois que l'on parle de volvulus. Il existe deux météorismes dans les volvulus : le *météorisme local et initial* de l'anse involvée, le *météorisme tardif et généralisé* de tout l'intestin sus-jacent à la torsion. Mais, dans certains



Fig. 159. — Occlusion intestinale par volvulus partiel du grêle (d'après ZEGE VON MANTEUFFEL).

volvulus du grêle, l'intestin sus-jacent est court : c'est le duodénum. Le météorisme initial est jéjuno-iléal, le météorisme secondaire est gastro-duodénal.

Le *péristaltisme* est bien irrégulièrement signalé : très fréquent et de bonne valeur pour Filipowicz, toujours absent dans les neuf cas de Bonneau, pour les uns il serait le fait de volvulus partiel, pour d'autres il serait non visible au niveau des anses sus-jacentes à l'occlusion. Tandis que von Manteuffel donne comme généralement inerte une anse volvulée, son maître von Wahl signale le péristaltisme comme un signe utile.

Mais il ne faut pas omettre de répéter, encore une fois, que si l'anse volvulée est inerte, l'intestin situé au-dessus du volvulus, si celui-ci est

segmentaire, intestin que rien n'immobilise, n'ischémie, pourra se contracter et c'est à lui que le péristaltisme observé appartiendra dans quelques cas. Pour Clivio Nario, les mouvements péristaltiques, visibles sous la paroi, doivent être considérés comme un élément de bon pronostic, car « la reptation signifie précocité du diagnostic ou volvulus paralysant peu

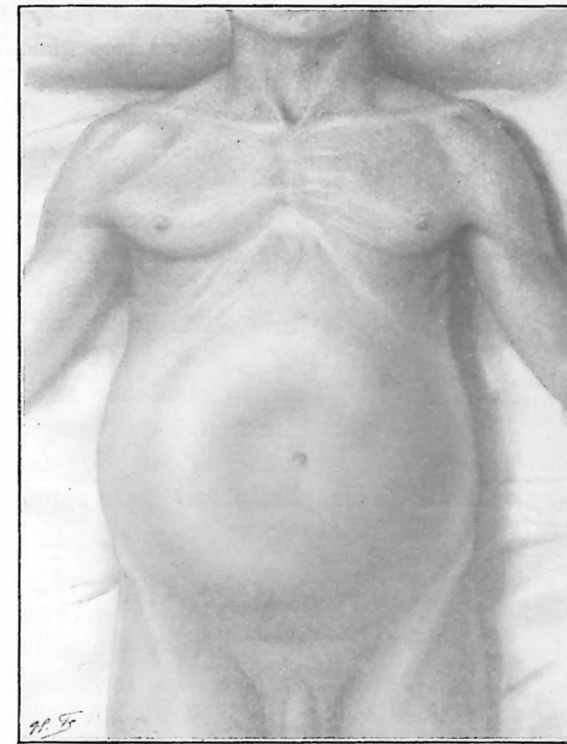


Fig. 160. — Occlusion intestinale par volvulus partiel du grêle (d'après ZEGE VON MANTEUFFEL).

l'intestin et écrasant peu le mésentère ». C'est aussi l'expérience que firent à Bertrand et Clavel leurs sept observations : le péristaltisme n'existait que dans les cas vus avec précocité.

Épanchement.

L'*épanchement ascitique* libre dans la cavité abdominale est inconstant pour Guibé, pour d'autres fréquents (9 fois sur 10 pour Delaye). C'est un des trois signes dont on a fait la *triade de Delbet* : épanchement rapide, gros ballonnement, pas de vomissement fécaloïde.

« Quand je lis les observations récentes, dit Descomps, j'y rencontre

bien souvent un ou plusieurs des signes indiqués par Delbet, mais je n'aperçois pas qu'on y trouve d'une manière indiscutable une telle confirmation de cette triade symptomatique, qu'on soit autorisé à en tirer des éléments d'un diagnostic ferme et surtout constant. »

Mais Delbet, dans sa leçon de 1899, avait bien pris soin de dire : « Cette ascite aiguë n'est pas plus fatale que la production de liquide dans le sac herniaire; dans mon premier cas, elle a manqué. » Dans un cas très récent de R. Grégoire, ce signe était très net.

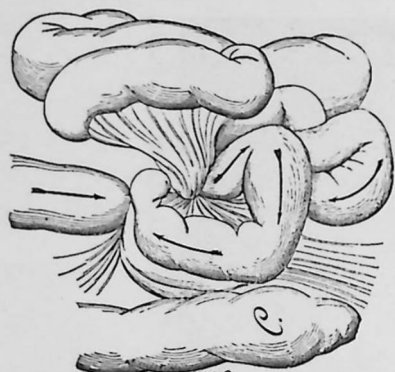


Fig. 161. — Volvulus total du grêle.
(PIERRE DELBET.)

Rappelons que, dans les signes distinctifs, chers aux Allemands, qui permettent de reconnaître les obturations et les strangulations intestinales, la constitution rapide d'un épanchement libre est indiquée par Nothnagel.

Rappelons aussi, pour réduire un peu la confiance en ce signe de l'ascite aiguë, que celle-ci se voit également autour de quelques volvulus

du côlon pelvien, autour (Voir plus haut) de quelques volvulus du cæcum.

Douleur provoquée.

La **douleur provoquée** passe, dans tous les travaux (les meilleurs en France sont ceux de Guibé et de Bonnacaze), pour exceptionnelle, peu intense, sans localisation utilisable. D'après Thévenard, il n'en serait pas ainsi.

« Je fais préciser à la malade le point où les douleurs sont le plus aiguës, et, sans hésitation, elle désigne un point situé à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et sur la même ligne verticale. La pression en ce point réveille la douleur dans toute son acuité.

« Je me décidai pour le diagnostic de volvulus du grêle, me basant sur l'ensemble des signes observés, mais surtout sur la constatation du point douloureux sus-ombilical.

« C'est qu'en effet, dans cinq cas de volvulus du grêle sur six que j'ai observés, j'ai trouvé ce point spécial très nettement localisé; dans les trois derniers, sa constatation me parut suffisante pour me permettre le diagnostic de volvulus du grêle, et dans les trois cas, le diagnostic s'est trouvé vérifié à l'intervention. Il est à remarquer que ce point correspond à peu près à l'origine de la mésentérique, toujours intéressée par la tor-

sion lorsqu'il s'agit de volvulus comprenant une anse distendue importante, à plus forte raison la totalité du grêle. Et c'est, en effet, dans de tels cas que j'ai constaté l'existence du point douloureux sus-ombilical.

« Il serait intéressant, me semble-t-il, que de nouvelles observations viennent infirmer ou confirmer la constance et la valeur de ce signe auquel, pour ma part, j'attache la même importance, au point de vue du diagnostic de volvulus, qu'au point de Mac Burney pour les lésions appendiculaires. »

A la séance suivante, Luguet apportait à la Société des Chirurgiens un cas confirmant, à ses yeux, la valeur du signe donné par Thévenard.

Si le météorisme le permet, essayons d'étudier par la percussion et la palpation (tympanisme métallique et résistance rénitente) la tumeur que forme l'intestin involvé, et appliquons-nous à bien faire la différence entre la fausse ascite (c'est le liquide intra-intestinal) et l'ascite libre (c'est l'épanchement séro-hématique intrapéritonéal de Nothnagel, de Delbet).

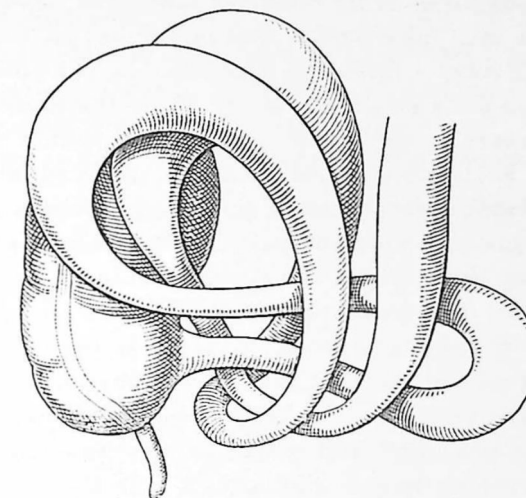


Fig. 162. — Volvulus complexe de la dernière anse iléale. (ZEGE VON MANTEUFFEL.)

Faisons un résumé des signes physiques : **un ballonnement vite important, presque toujours central, péri-ombilical ; assez souvent un épanchement d'ascite aiguë ; un point douloureux sus-ombilical ; enfin, un météorisme tympanique, rénitent, quelquefois péristaltique.**

Je dois une belle observation inédite à mon maître et ami R. Grégoire : celle d'une femme de trente-deux ans, dont les douleurs par crises et à type de douleurs de torsion, avec accalmies absolues, dont la voussure péri-ombilicale, à tympanisme aigu, et la matité des flancs permirent le bon diagnostic : celui-ci précéda le diagnostic radiologique et permit à Gasné le traitement chirurgical suivi de guérison.

Dans certains cas, le volvulus a compliqué une tumeur mésentérique ou une tumeur du grêle (kyste chylofère dans le cas de Vezina; léiomyome du grêle dans le cas de Benoit et Alivisatos).

Nario, à qui l'expérience de sept observations personnelles, confère

quelque autorité, réfute les signes donnés par Delbet : le ballonnement est inconstant; l'épanchement péritonéal manquait 5 fois sur 7. Pour cet auteur, il s'ajoute au volvulus du grêle un écrasement, par la corde mésentérique tendue, de la troisième portion du duodénum. Il en résulterait une gravité singulièrement accrue par les phénomènes de résorption.

ÉVOLUTION

L'évolution a quelque chose de tout à fait imprévisible : les détorsions spontanées et les récidives sont rares; mais rien dans les signes cliniques ne peut faire porter, sans erreur, un pronostic précis. « On peut voir des volvulus du grêle, en apparence de bon aloi, se terminer par la mort avec gangrène étendue avant la fin du deuxième jour, et d'autres formes, plus graves en apparence, guérir facilement. » (Braun et Brasch.)

Bertrand et Clavel insistent sur l'évolution en deux temps : un début brutal, à grand fracas; puis les symptômes semblent s'amender. De même, dans le volvulus du cæcum, nous avons indiqué l'accalmie traîtresse que constitue l'atonie de l'intestin vaincu. En particulier, et c'est un désaccord dont nous avons, à plusieurs reprises, tout au long de cette étude de l'occlusion intestinale, souligné la regrettable fréquence, il est assez fréquent de voir les signes fonctionnels s'atténuer dans le temps même que progressent gravement les lésions anatomiques. La douleur, le péristaltisme de l'intestin qui lutte vont cesser lorsque le muscle intestinal sera forcé ou lorsque l'intestin, à mésentère écrasé, sera devenu inerte.

La rapidité peut être foudroyante : en cinq heures, le malade de Denyer fait un volvulus partiel, le gangrène, tombe dans le coma, meurt. Inversement, Lardennois peut intervenir avec succès, chez une malade dont l'accident initial date de neuf jours et qui a, dans l'intervalle, et malgré les douleurs, fait un voyage de toute une nuit.

« M^{me} V..., malade opérée pour fibrome le 27 novembre 1919. (Lardennois.)

« La malade, en santé parfaite, villégiature dans la Creuse pendant l'été de 1923.

« Après avoir mangé des prunes en abondance, elle ressent une vive douleur dans le ventre et les reins, avec nausées.

« Le 19 août, un médecin appelé donne un purgatif sans effet.

« Le 20 août, les douleurs augmentent, les vomissements sont bilieux.

« Le 22 août, apparition de vomissements fécaloïdes.

« Jusqu'au 25, grandes douleurs abdominales, ballonnement important du ventre.

« Le 25, pseudo-amélioration, ventre moins ballonné.

« Le 26, la malade, ramenée à Paris, est examinée.

« Très mauvais aspect de la malade. Vomissements fécaloïdes presque constants.

« Examen du ventre : peu de ballonnement, mais, cependant, légère saillie hypogastrique. Pas d'ondes péristaltiques. Pouls, 140.

« L'occlusion, d'après la malade, serait complète depuis huit jours.

« Intervention le 27 août.

« Anesthésie générale, à cause de l'agitation de la malade, qui supplie qu'on l'endorme.

« Laparotomie médiane sous-ombilicale.

« Quelques adhérences épiploïques à la paroi. Torsion du grêle, qui est énorme, distendu et ptosé dans le pelvis.

« On détord et on constate un point rétréci au pied de la torsion. L'intestin est en si mauvais état qu'on hésite à réséquer, mais il faudrait remonter jusqu'au duodénum. Aussi tente-t-on la conservation.

« Suites post-opératoires : gaz au bout de vingt-quatre heures. Amélioration rapide. Guérison. »

FORMES CLINIQUES

Je n'ai pas à répéter une fois de plus la variété assez grande des formes évolutives : suraiguë, aiguë, subaiguë, traînante, etc.

Je ne dirai que quelques mots au sujet du volvulus de l'enfant. La symptomatologie est ce qu'elle est chez l'adulte, l'évolution plus certainement et plus vite grave (sur 37 cas, 26 volvulus iléo-coliques, 11 volvulus du grêle, relevés par Bohême, deux malades seulement ont survécu, celui d'Ombrédanne et celui de Pindernis de Ferra).

Le diagnostic a pu être fait dans le service de Frœlich; un premier malade avait instruit de la lésion, les deux suivants furent reconnus.

Voici l'un de ces deux derniers cas, emprunté à l'article de Bohême et d'histoire résumée :

« Enfant de huit ans; garçon envoyé au service de M. le professeur Frœlich pour appendicite. Nous l'examinons en l'absence de notre maître. Début des accidents il y a quatre jours par douleur abdominale, brusques vomissements.

« Le 14 juillet 1927, à 17 heures, l'enfant se présente à nous, amené à pied par sa mère. Extrêmement agité, facies creux, nez pincé et froid, les yeux révulsés, ne répondant pas aux questions posées. Cependant, ni le facies ni la langue ne donnent l'impression de la grande infection abdominale. Température, 38°, pouls, 170, misérable.

« Ventre ballonné, pointant en avant dans la région ombilicale, les anses grêles se dessinent sous la paroi souple. La percussion donne de la

sonorité partout. Pas de liquide dans le ventre. La palpation réveille de sa prostration l'enfant, qui s'agite et geint. Mais, somme toute, le ventre est peu douloureux, sans point électif ni empatement du côté de la fosse iliaque droite. Il est souple, pas tendu, malgré le ballonnement. Les anneaux herniaires sont normaux. Au toucher rectal, ampoule vide. Diagnostic posé : *volvulus du grêle*, devant les signes physiques d'occlusion haute, sans signes d'invagination.

« Intervention immédiate. A l'ouverture du ventre s'écoule un peu de liquide louche. On tombe sur un paquet d'anses grêles extrêmement dilatées, rouges, avec quelques fausses membranes. Dans la fosse iliaque droite, le cæcum est petit, aplati, accolé normalement. L'appendice est sain, comme nous le pensions. On remonte alors le grêle, dont tout le paquet inférieur est de calibre normal. On arrive sur une anse grêle coudée autour d'une bride mésentérique passant sous elle et de droite à gauche. Dans son mouvement de spire, l'anse est bloquée et on ne peut l'attirer. Le diagnostic est confirmé : il s'agit d'un *volvulus partiel du grêle*, de la première moitié, enroulé dans le sens des aiguilles d'une montre, autour de l'éventail mésentérique correspondant. Par-dessus le paquet d'anses grêles et sous le côlon transverse normal, on trouve le pédicule mésentérique tendu et aplatisant le duodénum. A partir de ce point, le grêle, dès son début, est dilaté.

« Eviscérant complètement ce paquet d'anses, on le détord d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre et, autant que l'on peut s'en rendre compte, malgré la gêne apportée par les anses grêles, on voit la circulation intestinale se rétablir.

« On rentre péniblement l'intestin éviscéré. On ferme la paroi en laissant un drainage sus-pubien, à cause du début de péritonite constaté. L'enfant meurt une heure après. »

Je crois que, pour le *volvulus du grêle* comme pour le *volvulus du côlon pelvien* et comme pour le *volvulus du cæcum*, le *diagnostic radiologique* sera possible, dès que seront parfaites les installations de la radiologie d'urgence et dès que les radiologues sauront mieux encore lire, dans un ventre météorisé, sans le secours des préparations barytées.

La chirurgie est obligatoire et d'extrême urgence. Sans opération, la mortalité est de 100 p. 100. En 1924, Wheeler, sur une série de 77 cas, avait noté, pour 57 opérations, 25 guérisons. Celles-ci, lorsque l'opération avait eu lieu avant le troisième jour.

IV

ILÉUS BILIAIRE

Je suivrai, dans l'étude un peu détaillée, mais simplement clinique, de cette question, un plan que je crois utile d'indiquer dès le début :

- 1° La physionomie et le groupement des signes essentiels de l'occlusion ;
- 2° L'importance, au moment de préciser de quelle occlusion il s'agit, d'un interrogatoire attentif ;
- 3° Si la présomption est obtenue grâce aux réponses à ce questionnaire, quels signes seront alors recherchés ;
- 4° Les derniers risques d'erreur à connaître et les formes masquées ;
- 5° Les meilleurs éléments du diagnostic ;
- 6° Acquisitions nouvelles, grâce à la radiographie ;
- 7° Le pronostic, jusqu'ici si sombre, peut-il être envisagé plus favorablement ?

Je me permets d'ajouter que l'iléus biliaire m'a paru être une des questions de cet ouvrage devant comporter le souci d'amasser les bons matériaux, plutôt qu'un arrangement, trop complaisamment schématique, de ceux qui sont déjà connus de tous et dont beaucoup sont vieillots (1). Puisque certains auteurs ont bien voulu dire que la lecture de ce chapitre leur avait un jour facilité le diagnostic, je n'ai plus à regretter la longueur de ma description.

SYMPTOMES D'OCCLUSION

Le plus souvent, le clinicien fait, ou aussitôt ou tardivement, la découverte des signes de l'occlusion intestinale.

Les signes sont, ou rassemblés en leur carré classique, ou isolés, mais alors d'une intensité éloquente.

(1) Dans son travail de 1925, Hille faisait état de 400 observations. H. Dubouche, en 1931, estime à plus de 500 cas les observations publiées.

Les douleurs, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, le météorisme avec ou sans péristaltisme sont assez fréquemment, pas toujours, faciles à reconnaître dès le début de la maladie.

Nous allons, avant d'étudier les nombreux cas trompeurs, nous supposer à cette première étape.

Douleurs.

Les douleurs nées avec soudaineté, d'abord épigastriques ou péri-ombilicales ou diffuses, sont d'une intensité variable avec les malades : violentes d'emblée chez les uns, sournoises et progressives pour d'autres. Ce qui peut être assez particulier, c'est une douleur d'abord diffuse ou errante et puis fixée. Assez souvent, cette localisation secondaire et durable de la douleur se ferait dans la fosse iliaque droite ou dans le flanc droit, du côté de la région appendiculaire. Le déplacement de cette douleur a pu être suivi dans des conditions de minutieuse observation, qu'il faut dire exceptionnelles, « la douleur cheminait avec le calcul, se transférant de la fosse iliaque vers le côlon transverse, vers l'S iliaque, aboutissant à la sensation intra-rectale de corps étranger et à l'expulsion avec douleur anale ». (Chauffard.)

Pincement, torsion, déchirement ou brûlure, cette douleur spontanée n'est pas continue. Elle est réveillée par les essais d'alimentation, par le palper du médecin, par les efforts et les mouvements des malades. Par intervalles, elle est tout à fait calmée, presque oubliée; puis elle revient plus violente et pour des paroxysmes que redoute le malade et que devra analyser attentivement le clinicien appelé. Avant de la calmer, il doit étudier « la crise ».

Vomissements.

Les vomissements sont précoces, abondants, fréquents, alimentaires, puis muqueux, bilieux, puis fécaloïdes. Il faut souscrire à l'opinion de Naunyn et de Kirmisson et Rochard, et non à celle opposée de Dagrón : ils sont souvent et tôt fécaloïdes. Non pas constamment bien entendu, ni ouvrant la scène; mais rapidement (deuxième jour, troisième jour), nauséabonds, jaune sale, orangés, noirâtres. Il ne faut pas, pour donner le nom de vomissements fécaloïdes, attendre les vomissements fécaux; il faut savoir les baptiser fécaloïdes avant le caractère d'évidence qui apparaîtrait aux malades mêmes. Avec la réserve de cette observation, on peut dire qu'ils constituent un symptôme fréquent; on peut aussi, dès maintenant, ajouter que ce symptôme n'a pas la signification aussi sombre qu'il a habituellement et que bien des malades peuvent encore être sauvés,

que la vue de leurs vomissements fécaloïdes faisait croire condamnés à mort.

Comme les douleurs, les vomissements peuvent cesser pendant de longues heures, quelquefois une journée ou deux; ils peuvent, même, être fécaloïdes un jour, ne plus l'être le lendemain. Il ne faut pas s'attendre à leur aggravation progressive, mais se rappeler leurs deux principaux caractères : **précocement fécaloïdes et toujours capricieux.**

Arrêt des selles et des gaz.

L'arrêt des matières et des gaz est aussi capricieux. Il n'est ni réalisé d'emblée, ni réalisé, quand il l'est, de façon définitive. C'est une des occlusions comportant les variations les plus nombreuses de ce signe : arrêt d'un jour semblant céder le lendemain, ou sans thérapeutique ou au moindre lavement; arrêt vrai des matières, arrêt incomplet des gaz, disait Naunyn. « L'occlusion par calcul siégeant souvent haut, près de l'estomac, est d'un diagnostic particulièrement difficile, parce qu'au début, au moins, elle peut laisser persister, comme chez ma malade, l'émission de matières et de gaz. » (Bégouin.)

Il y a bien des cas d'occlusion franche où plus rien ne passe (les plus fréquents pour Körte), mais souvent, est-ce en fait, est-ce en apparence, l'arrêt total ne semble pas réalisé. Quelques gaz, quelques selles, plus que modiques, vont risquer d'entretenir une confiance qui sera bientôt sévèrement contredite, si l'on ne découvre pas l'occlusion. Disons cette occlusion incomplète, mais ne la méconnaissons pas. Disons-la, plutôt, **occlusion par à-coups**, c'est plus vrai.

Météorisme.

Le météorisme n'est jamais considérable; il est moindre dans cette occlusion que dans les autres. C'est un signe qui, heureusement, incitera à préférer la laparotomie, traitement de choix, à l'entérostomie, traitement aveugle. A cause de son ventre affaissé, une des malades de Prat avait été renvoyée dans un service de médecine. Mais le météorisme existe et, par une compensation favorable, il est, dans les ventres à parois molles, souples, sans muscles résistants, de vieilles femmes, assez facile à voir. Il est de siège variable, presque toujours segmentaire, globuleux, avec un *tympanisme* localisé et, signe important, mais moins constant, avec un *péristaltisme* très actif.

Allons aux exemples : « Ballonnement surtout sous-ombilical avec anses visibles au-dessous et à gauche de l'ombilic, péristaltisme visible et tym-

panisme surtout à gauche de l'ombilic. » (Cadenat et Talheimer.) « Ventre ballonné au centre, souple, sans contracture, sans douleur localisée, tympanique; disparition de la matité hépatique. » (Chenut.)

Il existe donc, presque toujours facile à voir, malgré ses dimensions modestes, un *ballonnement*, ou médian, ou unilatéral; à son niveau, visibles aussi, moins à cause de leur force que de la faible paroi abdominale, les efforts de la contraction intestinale, les *ondes du péristaltisme*. Enfin, à la percussion, le *tympanisme*.

En résumé, jusqu'ici :

Douleurs brusques, graves, intermittentes;

Vomissements, eux aussi intermittents, et, assez tôt, fécaloïdes;

Arrêt des matières et des gaz pas toujours absolu;

Météorisme tympanique et péristaltisme.

Malgré le caractère capricieux, les intermittences des signes essentiels, on devrait faire, d'abord, le diagnostic d'occlusion. Il faudrait, même, le faire vite, car la malade a déjà, malgré les heures d'accalmie, un facies terreux, les yeux subictériques, la langue sèche, le pouls accéléré, une oligurie remarquée par tous.

Faisons la supposition d'un bon clinicien et du premier pas franchi. Le diagnostic d'occlusion est acquis : Comment le compléter et pousser plus loin sa précision ? Celle-ci serait si profitable à la malade !

Mais on ne pense pas assez à l'iléus biliaire; si l'on y pensait aussitôt, l'examen serait beaucoup plus complet, le rassemblement des signes plus instructif; et, surtout, l'interrogatoire serait remarquablement fructueux.

Nous l'avons dit, répété : il n'y a plus une occlusion, il y a des occlusions. Chacune a son tableau clinique particulier et sa sanction opératoire spéciale. Or, dans la différenciation clinique des occlusions, l'interrogatoire du malade est capital, il convient de s'appliquer à le bien faire.

RENSEIGNEMENTS A OBTENIR D'UN BON INTERROGATOIRE

Le calcul responsable de l'iléus a gagné, en effet, l'intestin, ou par des voies biliaires complaisantes et passagèrement surdistendues, ou, plus souvent, par une communication anormale, pathologique, bilio-intestinale, le plus souvent cholécysto-duodénales. H. Duboucher a réuni quelques statistiques dont l'addition permet d'opposer à 62 cas de communications cholécysto-coliques 195 cas de communications cholécysto-duodénales.

Le passage par le cholédoque d'un gros calcul capable de provoquer l'obturation intestinale est possible et a pu être vérifié. Sans revenir sur les sept cas de Courvoisier et les cinq cas de Lesk partout cités, regardons l'autopsie faite par Wortmann; le cholédoque contient deux calculs identiques à celui extrait de l'intestin grêle. Il existe une grosse ulcération du duodénum, près de l'ampoule de Vater, et plusieurs ulcérations semblables du grêle. La migration cholédocienne est bien certaine. Même certitude, dans l'autopsie faite par Gys, d'Anvers; si la vésicule faisait corps avec le duodénum, la vésicule, le cystique, le cholédoque formaient un seul large canal donnant droit dans le duodénum, par un orifice plus large qu'un gros pouce et extensible. Le calcul avait dilaté les voies naturelles par lesquelles il avait émigré.

La vérification de l'*abouchement cholécysto-duodéal* ou cholécystocolique a été faite beaucoup plus souvent (Voir l'ancienne statistique de Naunyn). Parmi les observations récentes, citons, seulement, les vérifications cadavériques de Gatellier, de Bonnecaze et Lechaux, de Moons, etc., et, avec plus de profit, l'observation d'Okinczyc qui surprend l'effraction sur le vif. Intervenant pour un syndrome d'obstacle pylorique, il trouve une énorme péricholécystite et, là-dessous, un abouchement cholécysto-duodéal avec un gros calcul à demi engagé dans le duodénum, à demi retenu dans la vésicule. Je donne (fig. 163 et 164) la représentation iconographique de la belle observation d'E. Mitchell, et j'en peux rapprocher l'observation de De Martel qui, découvrant une fusion indissociable de la vésicule et du pylore, songe à faire une gastro-entérostomie. Quand l'estomac fut ouvert, l'idée d'explorer le fond de la vésicule à travers la paroi gastrique fut récompensée. De Martel sentit un gros calcul. Il incisa pylore et paroi vésiculaire sans détacher les deux organes l'un de l'autre, retira le calcul et laissa la cholécysto-gastrostomie spontanée qu'il venait d'explorer. Dans le cas de P. Moure, la face inférieure de la vésicule faisait corps avec le duodénum. Par décollement progressif, on atteignait la zone de leur communication et, par l'orifice de cette cholécysto-duodénostomie spontanée, Moure enleva un gros calcul du volume d'une noix et un plus petit calcul qui avait déjà gagné la cavité duodénale.

L'*abouchement cholécysto-duodéal* et le passage, par là, d'un gros calcul, est l'éventualité la plus grave, car les risques d'occlusion sont grands; au contraire, et H. Paillard a bien insisté sur la différence, l'*abouchement cholécysto-colique* est moins redoutable : le passage du calcul se fera presque toujours sans occlusion.

Tout le monde sait que le passage cholécysto-intestinal peut se faire silencieusement et qu'il peut y avoir une série d'étapes presque entièrement muettes : une longue lithiase vésiculaire ignorée, une grave péricholécystite sans histoire, enfin l'engagement sournois du corps étranger

dans l'intestin, où il pourra d'ailleurs être encore pendant longtemps bien toléré (1).

Tant de silence n'est pas la règle, ne peut pas être la règle.

Si le passé lithiasique n'est recueilli dans les observations, dans les



Fig. 163. — Le diagnostic opératoire avait été, après le palper de la masse dure, nodulaire : cancer pylorique. On se contenta d'une gastro-entérostomie. Mort quelques jours après. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait de tout autre chose : c'était une vésicule biliaire perforée, abouchée dans le duodénum. Deux calculs obstruaient le pylore et la première portion du duodénum; un troisième calcul était à cheval entre vésicule et duodénum; le quatrième calcul était dans la vésicule (Voir fig. 164). (EDWARD MITCHELL.)

450 à 500 observations publiées jusqu'ici, qu'une fois sur deux, dit Lesk, une fois sur trois, disent Bonnacaze et Lechaux, c'est que les interrogatoires ont été trop rapides, écourtés, distraits ou mal entendus.

(1) Dans le cas de H. Paillard et Penard, c'est seulement huit mois après que le gros calcul eut quitté la région cholécystique que survinrent les accidents d'occlusion.

Il ne faut pas attendre de la pauvre vieille malade de soixante-dix ans qu'on interroge, avec une brièveté compatissante, qu'elle réponde : « Mais oui, j'ai eu des coliques hépatiques, j'ai eu déjà des calculs », ou, comme celle qu'interrogeait Delagenière : « J'ai eu des crises semblables; elles finissaient, sans chirurgie, lorsque j'avais expulsé le calcul. On va vous montrer celui de l'an dernier. » On le montrait, en effet, et, le lendemain, la crise était terminée, après expulsion du nouveau calcul.

Souvent les réponses sont vagues, et, plus souvent, peut-être, les questions l'étaient aussi. L'histoire des maladies et des antécédents comporte,

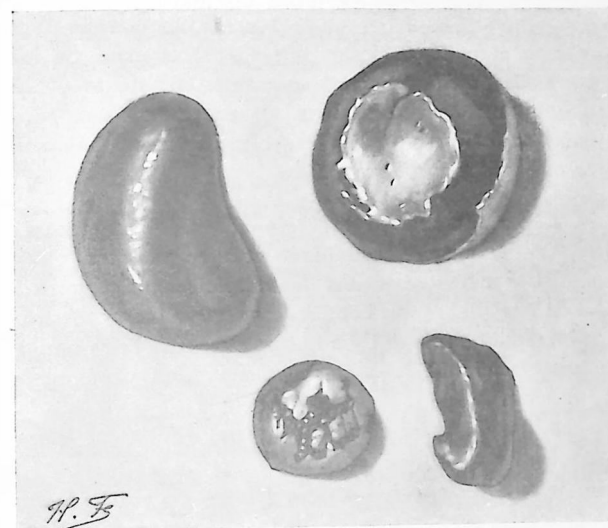


Fig. 164. — Les calculs trouvés dans la vésicule et le duodénum (Voir fig. 163). (EDWARD MITCHELL.)

pour être bien recueillie, autant de qualités et d'application que le meilleur examen. C'est, dans ces circonstances, toujours dramatiques, le désir d'abrèger la perte de temps qui rend parfois trop bref le questionnaire. Ce temps est pourtant essentiel, et nous sera largement rendu, tout à l'heure, quand les gestes opératoires suivront.

Que de fois est-ce après l'intervention que l'on put être mieux instruit : ainsi dans ce cas : « les antécédents ne furent connus qu'après l'opération. Le malade présentait un passé hépatique très net, une affection gastro-intestinale en février-mars 1924, une crise de cholécystite avec foie douloureux, selle mastic, ictère, fin avril 1924 ». Et, de même, dans cette autre observation : « Le diagnostic d'iléus biliaire n'est pas fait, car

la malade n'accuse ni colique, ni ictère. Ce n'est que plus tard que l'on apprendra qu'elle a eu un léger ictère en 1892 et des douleurs intercostales droites il y a vingt-cinq ans. »

Mais, nous souvenant de cette laborieuse migration cholécystienne ou de ces préparatifs péricholécystiques, périoduodénaux, de la perforation vésiculaire nécessaire, de la perforation duodénale nécessaire, de l'énorme calcul cherchant, faisant sa voie, nous trouvons, trace clinique de tout cela, deux choses au moins : la lithiase et la péricholécystite.

Non pas toujours des symptômes francs : colique hépatique, plastron douloureux, fièvre, ictère, etc., mais des symptômes atténués : un passé digestif avec douleurs tardives, un syndrome douloureux fugace, avec point scapulaire, et une crise plus importante, « crise de foie » plus récente aussi, celle de la migration anormale. Les signes d'une lithiase, même particulièrement peu tapageuse, et puis ceux d'une péricholécystite et de deux perforations viscérales, même venues à bas bruit, il faut bien espérer en retrouver quelque chose.

Reprenons la question avec la pauvre vieille si fatiguée, mais qu'il faut tirer d'affaire : interrogée avec douceur et avec patience, elle répondra avec une meilleure mémoire et plus de complaisance; si votre interrogatoire lui paraît perspicace, sa confiance va vous aider aussitôt. Elle va retrouver la maladie de foie d'il y a quinze ans, et la crise importante d'il y a six mois (Goldschmitt), sept mois (observation personnelle), un an (Massary, Guillemin).

L'iléus n'est plus alors « l'accident initial révélateur d'une lithiase ignorée » dont on a dit que c'est la règle.

La règle, je la lis dans les observations, ce sont les renseignements, instructifs, directeurs, si l'interrogatoire fut adroit, retardataires, si l'interrogatoire fut écourté ou confus.

On n'aura même pas à se rabattre, faute de cholécystite antérieure, sur la glycosurie passagère que certains ont proposée comme éclaircissement suffisant; on découvrira des troubles digestifs assez importants pour orienter l'attention vers le foie et les voies biliaires, et, cela, non pas moins souvent qu'on ne le croirait (Kirmisson et Rochard), mais plus souvent qu'on ne l'a mesuré jusqu'ici.

La confirmation nous en est donnée par une récente statistique publiée, celle de notre élève Brémont, qui, sur 25 cas, trouve 14 fois des antécédents nets, 6 fois des antécédents moins nets, 3 fois seulement des antécédents nuls.

Il faut chercher les signes antécédents, avec le même soin qu'on met à les retrouver, lorsqu'il s'agit de distinguer une perforation appendiculaire d'une perforation gastrique ou d'une perforation duodénale.

Viennent des statistiques plus nombreuses et plus actuelles, et nous

vérifierons, c'est hors de doute, qu'il faut mettre au premier rang des signes de l'iléus biliaire : les *troubles digestifs et douloureux anciens* ou nettement rapportés par la malade aux voies biliaires et à la lithiase, ou rapportés par le médecin au syndrome gastro-vésiculaire, au syndrome de cholécystite fruste.

Daraignez, dans sa thèse, et avec le dessein de bien étudier ces symptômes de l'anamnèse, a cru pouvoir décrire les *prodromes* de l'iléus et ranger sous ce nom les douleurs, les troubles gastro-hépatiques, les crises de subocclusion. Les douleurs dans l'hypocondre droit ou à l'épigastre, ou autour de l'ombilic, propagées vers l'épaule droite ou vers l'étage sous-ombilical, quand elles ont vivement frappé la malade, quelques jours, quelques semaines, quelques mois avant, ont pu être les douleurs de la fistulisation cholécysto-intestinale, condition habituelle de la migration de l'énorme calcul qui fera obstacle dans l'intestin. L'ictère est plus rare (nous l'avons trouvé dans six observations), et Bidoire et Fèvre, sachant de quel prix il leur eût été pour le diagnostic, regrettaient de n'avoir pu examiner leur malade à la lumière du jour.

Peut-on dire *prodromes* ? Les accidents ont-ils une relation assez continue avec l'orage actuel pour lui être rattachés ? Les préparatifs sont-ils là assez lisibles ? Nous ne le pensons pas. *Prodromes* peut-être, les accidents de subocclusion intestinale qui accompagnent les premiers déplacements du calcul; prodromes certainement, lorsque la crise de l'hypocondre droit a précédé de quelques heures ou même de quelques jours. Mais n'en espérons pas tant. Le malade de G. Turner, dont le calcul trouvé dans le côlon transverse devait, au musée du Collège royal des Chirurgiens, dépasser largement, par son volume et son poids, tous les calculs géants réunis dans ce musée, n'avait donné lieu qu'à deux petites crises de subocclusion intestinale. Rien, dans les antécédents de ce vieillard de quatre-vingt-un ans, ne permettait de retrouver l'étape du passage bilio-intestinal.

Demandons, par l'interrogatoire, réponse à cette double question :

1° *Y a-t-il eu, dans le passé, même lointain, des troubles abdominaux, digestifs, pouvant être ceux d'une lithiase biliaire franche ou fruste ?*

2° *Y a-t-il eu, dans un temps plus rapproché, une crise abdominale douloureuse ou fébrile de quelque importance, dans l'étage supérieur de l'abdomen ?*

Si les réponses sont positives, il faut absolument penser à l'iléus biliaire. Si l'on y pense, existe-t-il des signes cliniques, qui soient des signes propres à l'iléus biliaire, permettant de le distinguer des autres occlusions, et peu à peu assurant le diagnostic, faisant de la présomption, obtenue par l'interrogatoire, une progressive certitude ?

Ces préparatifs du drame, cette longue préparation cholécysto-duodé-

nale, nous allons les voir, avec une particulière clarté, grâce à la belle observation de Brocq, Brodin, Aimé.

Chez un malade qui avait eu des crises douloureuses abdominales suivies d'amaigrissement, Brodin et Aimé voient, à leur second examen radioscopique, que le passage de la bouillie bismuthée dans le duodénum met en évidence un bulbe d'aspect très particulier, dépourvu de contractions. La baryte paraît s'infiltrer à sa périphérie, sans imprégner le centre. Cette image, associée aux antécédents de la malade, a fait penser, dès ce moment, à l'existence probable d'un calcul enclavé dans le duodénum après fistule cholécysto-duodénale. La malade refusa l'intervention proposée et alla prendre du repos, à la campagne. Elle ne souffrait plus, avait engraisé de 2 kilogrammes en quinze jours, quand une crise violente avec vomissements profus survint. Le diagnostic d'iléus biliaire fut fait par ses médecins qui firent revenir la malade à l'hôpital Saint-Antoine. Elle avait les signes d'une occlusion du grêle. P. Brocq l'opéra, enleva le gros calcul obturant. La malade succomba peu après. L'autopsie montra les lésions cholécysto-duodénales les plus intéressantes : une première perforation de la vésicule, perforation couverte par un paquet épiploïque; une seconde et large perforation de la vésicule dans le duodénum au niveau du coude qui réunit les première et deuxième portions. Dans cette large perforation, est engagé un calcul encore inclus en grande partie dans la vésicule, mais commençant à faire saillie dans le duodénum.

Comme le dit P. Brocq à la Société de Chirurgie : « Cette opération met en évidence l'extrême tolérance du duodénum pour un calcul cependant volumineux. D'après l'histoire clinique, il semble bien que cette malade ait pu conserver, en plein bulbe duodénal, un énorme calcul, pendant un mois au moins et peut-être plus longtemps encore, sans présenter d'autres troubles qu'une légère sensibilité spontanée dans le flanc droit et un peu de douleur à la pression à ce niveau. »

Circonstances étiologiques spéciales. — Il s'agit d'une occlusion de *femme âgée*, de *vieille femme* : la règle est confirmée par tous les auteurs. C'est beaucoup plus souvent, aussi, une *femme* qu'un homme, à l'inverse de ce qu'on voit pour la perforation d'ulcère, qui est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

C'est presque toujours une femme de plus de quarante-cinq ans, de soixante à quatre-vingts ans, deux fois sur trois. Les observations de jeunes malades sont tout à fait exceptionnelles (1).

Faut-il accepter qu'il ne s'agit que d'une complication très rare (28 cas pour vingt et un chirurgiens à la Société de Chirurgie de Bruxelles)? Peut-être une meilleure connaissance du diagnostic et plus d'intrépidité

(1) Peacock, Wegeler, Wortmann.

à ne pas abandonner des occluses de soixante-dix ans montreront-elles que l'iléus biliaire est loin d'être exceptionnel. Wortmann en a vu sept cas, G. Turner en a vu 10 cas, en a guéri 8.

Faut-il encore, avec Schläpfer, croire que la fréquence actuelle des interventions chez les lithiasiques fera de plus en plus rares ces accidents de migration intestinale ?

La complication, en tout cas, s'est déjà vue chez des opérés. En voici un exemple assez curieux.

Le Balle fait, le 12 août, une cholécystectomie à une malade de soixante-quatre ans pour un énorme calcul unique, sur lequel est moulée la vésicule. Les jours suivants, se montrent des signes fâcheux : ballonnement accusé, pas de gaz, pouls à 140, hoquet. Le chirurgien pense à une dilatation aiguë post-opératoire, fait des lavages d'estomac et prescrit l'huile de croton. La malade, après des jours très sombres, expulse le calcul gros comme une noix qui avait provoqué l'iléus.

Puisque nous en sommes à ces *iléus post-opératoires*, et pour ne pas avoir à y revenir, signalons les *calculs multiples* et les *occlusions successives*. Brentano dut opérer, quatorze jours après une première intervention, et trouva un nouveau calcul au même endroit. Giannelli guérit un malade d'iléus biliaire et le fait radiographier. On voit une ombre au-dessus du duodénum. Le malade refuse une nouvelle intervention. Il mourut deux mois plus tard, en trois jours, d'accidents péritonéaux. Downes dut réopérer le lendemain, Goldammer six semaines après. Hille, d'après qui les cas d'iléus récidivant sont rares, n'atteignent pas la dizaine, avait extrait le premier calcul de l'antrum pylorique ; trois jours après une amélioration satisfaisante, reprise des accidents graves : on trouve un deuxième calcul au milieu de l'intestin grêle. Enfin, cet exemple plus surprenant encore : deux ans après une cholécystectomie pour lithiase, une malade de Petit de la Villéon a des accidents abdominaux graves qui, en trois jours et par l'expulsion de cinq calculs gros comme une phalange de pouce, sont résolus.

A côté de ces cas, où le sens clinique des chirurgiens leur fit faire deux fois le bon diagnostic d'occlusion et les gestes essentiels, citons le cas heureux de Péraire, qui n'eut pas à être inquiet; il opère une malade d'iléus biliaire et extrait un gros calcul. Quinze jours après, la malade émet spontanément et sans aucun trouble un deuxième calcul. Que n'en fut-il de même pour le malade de Bonnezeux et Lechaux, à qui l'on put extraire un calcul gros comme un œuf de poule, mais qui garda trois autres calculs et mourut !

Revenons à l'examen complet de la malade, car ces *antécédents d'interventions récentes* sont trop rares, et trop rares aussi d'autres circons-

tances singulièrement adjuvantes pour le diagnostic : *vomissements de calculs*, comme dans les cas de Petit, de Lamare et Larget; *affaissement d'une tumeur de l'hypocondre droit*, peu avant le déclenchement des accidents intestinaux (1).

LES SIGNES PROPRES A L'ILÉUS BILIAIRE

Chauffard a proposé à l'attention des cliniciens deux signes d'iléus biliaire :

a) *Le déplacement de la douleur, qui chemine avec le calcul*, et se fixe électivement dans la fosse iliaque droite;

b) *Le vidage brusque et massif de l'intestin*. « Chez un de mes malades, le début des accidents a été marqué par un symptôme très curieux et qui, je crois, n'a guère été signalé jusqu'à présent, « le vidage brusque et massif de l'intestin ». Dans la nuit, au moment où se produisit la douleur déchirante, survint un besoin impérieux de défécation; la malade eut une selle « formidable », comme si l'arrivée brusque du calcul dans l'intestin, avant de provoquer la fixation par spasme, avait donné lieu à un péristaltisme aigu de tout l'intestin avec évacuations immédiates et massives de tout le contenu. Ce signe intéressant mérite d'être recherché. »

Ces deux signes sont d'inégale valeur : le premier a été observé par Weiller, Mayo, Marott et d'autres; mais nous n'assisterons généralement pas au cheminement du calcul, avec la faculté d'énumérer minutieusement les étapes : jéjunale, iléo-cæcale, colique, rectale, anale, comme chez la malade de De Massary, qui, après trois jours et demi de douleurs étagées, fit l'expulsion du calcul au moment où l'on prévoyait la nécessité d'une intervention chirurgicale, ou comme chez cette autre malade : vomissements, ballonnement, douleurs dans la fosse iliaque droite pendant cinq jours, puis douleurs sus-ombilicales, enfin douleur rectale; le toucher rectal fait reconnaître un calcul : on l'extrait laborieusement; le lendemain, extraction d'un nouveau calcul; le surlendemain, extraction d'un troisième calcul. La durée de migration fut de neuf jours, avec une halte de cinq jours près de la valvule iléo-cæcale.

Quant au « vidage massif », nous n'en avons pas relevé d'autre exemple que celui de Chauffard. Ce signe pourrait présenter un grand intérêt, si nous lui découvriions une autre explication que celle qui nous est proposée. Cette débâcle fut peut-être le signe, non pas d'un péristaltisme brusquement exalté, mais de la perforation cholécysto-intestinale. C'est

(1) Chutton, Maclagan, Bull.

ce que nous voyons dans les cas d'ouverture à l'intestin de collections suppurées ou hématisées. Leur évacuation donne au malade l'illusion d'une énorme selle. Si notre explication est bonne, nous avons là un de ces signes antécédents si précieux pour la recherche, nous y insistons tout à l'heure, des traces de l'épisode cholécysto-duodénal.

Peut-être allons-nous le retrouver dans cet autre symptôme, *les hémorragies prémonitoires*, que nous voyons inscrit dans plusieurs observations (1).

L'hématémèse de la malade de Schuller, nous ne la retiendrons pas, mais l'hémorragie intestinale, trois mois avant, chez la malade de Körte, le mæna de la malade de Moinsset sont des signes que Chauffard écarte et que nous retiendrons; de même pour l'hématémèse de la malade de Baillat. Sont-ce là des signes peu fréquents ou peu fréquemment recherchés ? Il est difficile de répondre, car qui s'inquiète, comme disaient Leriche et Cotte, des *hémorragies occultes* ?

Pour nous, il y a là, au contraire, une recherche très intéressante. La malade de Baillat fut prise brusquement d'une douleur épigastrique très vive et eut immédiatement une hématémèse que la malade évalue à un demi-litre de sang pur. Baillat, qui sait, comme tous, que des hématémèses existent en cours de lithiase biliaire, attribue cette hématémèse à la migration du calcul à travers le duodénum : c'est très possible.

Les *hémorragies gastriques ou intestinales* peuvent donc exister : prémonitoires, elles valent peut-être comme signe de l'épisode cholécysto-duodénal; contemporaines ou tardives, elles ne seront peut-être dues qu'à des ulcérations intestinales; Wortmann en a observé.

Je ne crois pas jusqu'ici que le *hoquet* « incessant » « sans répit », que je trouve indiqué dans les observations de Capette, Bourde, Chenut, ait une signification utile à retenir.

Mais il est un autre signe, écarté comme exceptionnel par Chauffard et sur lequel il faut, au contraire, beaucoup insister : *c'est la découverte, par le palper, d'une tumeur*.

Leriche et Cotte l'avaient fort bien dit : « Le signe qui possède la plus grande valeur, c'est la brusque apparition d'une tumeur dure en un point quelconque de l'abdomen; quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme et que peut exister, au début, le météorisme localisé. »

Au contraire, Kirmisson et Rochard croyaient « tout à fait exceptionnel » ce palper décisif d'une tumeur. Ils rapportaient cependant déjà les cas positifs de Cruveilhier, Le Gros, Clark, Renaut, Brodhouse, Clifford Albutt, Brouardel et Martin et celui-ci de Dessauer, si intéressant :

(1) Körte, Moinsset, Schuller, Baillat.

« Outre les douleurs violentes, des vomissements fécaloïdes et de l'ictère, on constatait dans ce cas l'existence d'une *double tumeur* : l'une d'elles, du volume du poing, siégeait à droite sous l'angle des côtes; la deuxième, plus volumineuse, occupait la région de la valvule iléo-cæcale.

Que de cas, maintenant, à ajouter à la liste que donnaient Kirmisson et Rochard, et même aux vingt cas de Schuller (1) !

Insistons sur ce symptôme : les cliniciens se doivent désormais de le rechercher avec patience et une confiance que nous allons prouver. Il ne

faut plus laisser dire ce que disait Wortmann : « ce que l'on sent, c'est, en fait de tumeur, l'agglutination ou la distension des anses au voisinage de la tumeur » ; il vaut mieux écouter les récits de ceux qui recueillirent ce symptôme.

Quénu : « Un dernier signe, et non le moins important, nous est fourni par la palpation abdominale. *C'est la constatation d'une tumeur extrêmement dure, plus dure que toute autre espèce de tumeur.* Cette sensation, je l'ai eue nettement, elle suffirait peut-être à l'avenir à me permettre le diagnostic. »

Delagenière, par le toucher rectal, sentit « un corps dur, lourd, mobile, dans le Douglas », hésita : « Sans doute l'obstacle, mais de quelle nature ? »

Guillemin fait le toucher vaginal. « Dans le cul-de-sac gauche, très haut, on perçoit une masse arrondie, dont la

surface n'est pas uniformément lisse, du volume d'une grosse prune, peu mobile. Le contact du doigt entre cette masse provoque une douleur très vive. »

Prat, « tout à coup », au cours d'un examen, palpe dans l'hypocondre droit « un œuf de pigeon ».

Nous pourrions multiplier les exemples, les citations : il ne faut donc plus considérer comme tout à fait exceptionnels la palpation et le toucher de la tumeur que des cliniciens comme Quénu et Delagenière n'ont peut-être pas songé à identifier, mais dont ils avaient les signes physiques sous la main.

(1) Citons quelques-uns : Quénu, Potherat, Delagenière, Bérard et Arnaud, Lamare et Larget, Cochez, Guillaume, Guillemin, Santy et Heitz, Prat, François, Villar, Bergeret, Guellerin, etc.



Fig. 165. — Calcul biliaire, agent d'occlusion intestinale. (SÉNÈQUE et SICARD.)

Il faut, au contraire, retenir précieusement que ce calcul biliaire, du volume moyen d'un petit œuf de poule, est arrêté, presque toujours dans l'intestin grêle, ou vers la fin du grêle, près du cæcum, et alors dans la fosse iliaque droite, ou plus éloigné du cæcum, et alors, souvent, dans le bassin (j'ai lu douze observations où le toucher, vaginal ou rectal, le découvrit).

En présence d'une vieille dame en occlusion, l'histoire de la migration de calcul étant aussitôt évoquée, grâce à la connaissance de ses antécédents pathologiques, on se mettra à la recherche du calcul dans le ventre. Cette recherche sera récompensée plus souvent qu'on ne nous l'a dit jusqu'ici. Cherchons dans la région ombilicale, dans la fosse iliaque droite; faisons — sans jamais l'oublier — le toucher vaginal, le toucher rectal. C'est peut-être à bout de doigt qu'est la réponse; elle peut être, tout à coup, d'une clarté limpide et faire lumineuse la solution d'un problème clinique difficile et jusque-là incertain.

Encore deux exemples; rien ne fixe mieux une notion.

Celui de Cochez rapporté par Okinczyc, d'abord. Au toucher vaginal : « En repoussant le plus haut possible le cul-de-sac de Douglas, tandis que le siège est exhaussé, nous finissons par reconnaître à bout de doigt, dans l'abdomen, loin de la paroi osseuse, derrière l'utérus, la présence d'un corps très dur, arrondi, quelque peu mobile, et dont la mise en mouvement provoque de vives douleurs chez la patiente. Nous essayons de le mobiliser quand même et avons l'impression vague d'y réussir en partie. »

Voilà un bon examen clinique : comme l'interrogatoire avait été fécond, le diagnostic devait suivre : « Les phénomènes d'occlusion précédés d'une symptomatologie précise de calculose hépatique, la constatation nette de corps étranger ballant parmi des anses intestinales, nous autorisent à déclarer qu'un gros calcul biliaire est la cause probable de l'occlusion. »

Le lendemain, gros calcul expulsé de 22 grammes. Okinczyc ajoute : « Cochez semble avoir réussi à mobiliser le calcul par le toucher, puisque l'évacuation spontanée a eu lieu... Or, il s'agissait d'une vieille malade au huitième jour de son occlusion et si mal que l'on avait repoussé non seulement toute idée d'intervention, mais même de radiographie. »

L'observation de Bourde, maintenant :

« Une femme âgée de soixante-treize ans entre à l'hôpital le 16 juin 1925, avec le diagnostic d'occlusion.

« Depuis une à deux semaines, elle souffre du ventre, présente des nausées, de l'anorexie, un malaise vague; cinq jours avant son entrée, éclate une crise d'occlusion très nette avec ventre ballonné, péristaltisme, arrêt des matières et des gaz, vomissements verdâtres, pouls à 120-130. Pas de fièvre. Cette crise dure environ trente-six heures, puis tout rentre dans l'ordre.

« Pendant les quatre jours qui suivent, les fonctions intestinales ne reprennent pas complètement. Quelques débris sont expulsés, quelques gaz émis. A l'entrée, le ventre est plat, sans voussure, ni péristaltisme.

« A la palpation : Paroi grasse, flasque, déficiente, aisément dépressible; l'examen réveille des douleurs généralisées à tout l'abdomen; mais il révèle une chose capitale dans la région para-ombilicale gauche; à 5 centimètres de l'ombilic et un peu au-dessous de lui, on découvre une masse du volume d'une petite mandarine, très dure, très mobile, et dont la palpation est douloureuse. On peut prendre cette masse entre le pouce et l'index et la soulever. C'était un calcul de 43 grammes dans le grêle, dont Bourde avait fait ainsi le diagnostic. »

Nous voici possesseurs d'un signe dont on ne peut plus écarter le secours. Ce qui est certainement plus exceptionnel que la tumeur, c'est le soin mis à la chercher. Or, il n'est pas souvent indispensable de recourir à l'anesthésie proposée par Wising.

Si le ballonnement est important, tendu, très douloureux, si la paroi est adipeuse, épaisse, la palpation, bien des fois, pourra rester stérile; mais que de fois le ventre assez souple, le météorisme atténué, une malade patiente permettront un bon examen !

Regardons à jour frisant, un long moment, s'il le faut, où vient mourir l'onde péristaltique; faisons préciser le *point le plus douloureux* et recommençons, les mains à plat, progressivement, méthodiquement, sans hâte, sans appui brutal, le palper de tout le ventre, surtout à droite, comme pour une appendicite. Il n'y a rien, faisons le *toucher, les touchers* : cherchons dans les culs-de-sac vaginaux, dans le Douglas, où Bérard trouva la tumeur, dans le cul-de-sac droit, où Lamarre et Larget trouvèrent le calcul, dans le cul-de-sac gauche, où Cochez trouva le sien : faisons le toucher rectal.

Si nous en sommes arrivés, au bout de cet examen, à cette triade : vieille femme à passé lithiasique, occlusion, une tumeur dure, comme le diagnostic est près de sa perfection !

Mais il est encore des risques d'erreur.

LES RISQUES D'ERREUR

Avoir retenu le schéma de Zœge von Manteuffel : obturation = péristaltisme très actif, météorisme croissant, et l'attendre serait s'exposer à des diagnostics bien retardataires. Il y a bien des cas où ni ballonnement ni péristaltisme ne se dessineront, et où il faut, sur le simple arrêt des selles et le caractère des vomissements, suspecter, affirmer le barrage intestinal.

Arrivons à une notion plus importante.

Dans une excellente et récente étude (1924) du diagnostic de l'iléus biliaire, Tengwall commence ainsi et ne saurait mieux nous intéresser :

« Je vais insister sur quelques signes qui n'ont pas été suffisamment approfondis : ces signes m'ont aidé à diagnostiquer l'iléus biliaire avant l'opération ou avant que les calculs aient passé par les voies naturelles.

« De 1919 à 1921, j'ai vu quatre cas : j'en ai opéré trois et suivi le quatrième jour par jour, jusqu'à évacuation du calcul. J'ai aussi gardé deux des cas opérés sous observation, un jour ou deux avant de les opérer, et j'ai fini par me persuader que la clinique de cette affection *est* ou, au moins, peut être *typique*. »

Sa première malade, nous la choisirions volontiers comme observation type d'antécédents éloquentes : colique hépatique deux ans avant, crise de cholécystite grave quinze jours avant l'occlusion, douleur affreuse la veille. Les *trois temps* : la *lithiase d'autrefois*, les *préparatifs cholécystiques et péricholécystiques*, le *drame engagé*, y sont bien clairs, tels que nous avons longuement demandé à les voir extirper de la mémoire des malades.

Mais ce n'est pas l'objet du travail de Tengwall. Il veut insister sur la « variabilité de la symptomatologie de l'iléus », sur l'évolution.

« Début soudain avec douleurs sévères dans la région haute de l'abdomen, et très vite commencent des vomissements : d'abord, le contenu de l'estomac, puis le contenu de l'intestin, les signes d'un iléus haut.

« Ces douleurs et ces crises de vomissements durent quelques heures et cessent graduellement. Le patient se sent mieux, même tout à fait soulagé.

« Après un intervalle qui varie de longueur, — d'une heure à deux, jusqu'à une demi-journée ou plus, — les signes de l'iléus reprennent. Les douleurs ont pu descendre vers la partie basse de l'abdomen ou gagner le côté gauche ou droit; les vomissements recommencent, liquide filant et jaunâtre, qui sent mauvais. Puis cette attaque cesse aussi. Même un lavement ou encore un purgatif peuvent avoir certain effet.

« Après cette période, qui peut être longue ou courte, le malade est repris de ses douleurs abdominales, qui cependant sont comparativement légères maintenant et ne s'accompagnent pas de vomissement. Elles continuent avec une intensité variable, disparaissent graduellement, et le malade se sent mieux, à nouveau, et est capable de prendre quelque nourriture.

« Puis, après une journée peut-être, l'attaque recommence plus terrible, les vomissements sont plus persistants et deviennent fécaloïdes. L'état général est atteint, le pouls monte à 100. L'abdomen n'est pas ballonné cependant et il n'y a pas de douleur locale nettement marquée. Cette crise peut encore se calmer, donnant un peu de répit au malade éreinté. Maintenant, par suite de l'inanition et aussi de la résorption du contenu intes-

tinal toxique, la prostration est extrême. Peut-être y a-t-il aussi des signes de péritonite. Bientôt, enfin, les attaques de vomissements fécaloïdes reprennent et deviennent incessantes.

« Très souvent, les malades sont amenés à l'hôpital à ce stade ou, plus exactement, ils ont été autrefois amenés dans cet état. C'est pourquoi, en parcourant la littérature, on ne trouve pas de récits détaillés de crise d'iléus avec ses variations. Dans les histoires cliniques de ces malades, il est remarquable de voir des cas dans lesquels plusieurs jours se sont

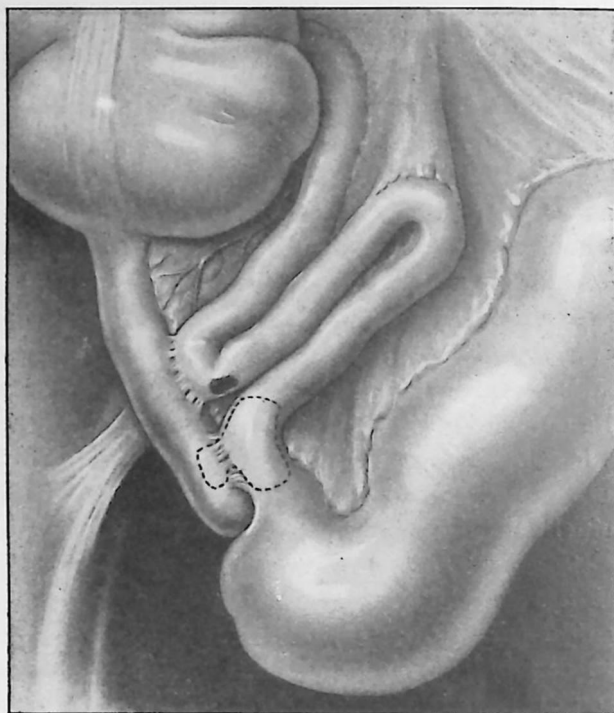


Fig. 166. — Occlusion aiguë par calcul biliaire : en pointillé sont marqués les contours du calcul; il y a eu ulcération intestinale et perforations. (FRANK MARTIN.)

écoulés entre le début soudain de la douleur et l'admission à l'hôpital, où s'affirme l'occlusion intestinale et où l'opération est entreprise. La mortalité élevée en est la conséquence naturelle. »

Tengwall a tout à fait raison d'insister sur les oscillations de cette occlusion, un jour grave, le lendemain apaisée, le surlendemain aggravée encore, etc. C'est un des caractères essentiels trop souvent oublié de cette maladie : c'est aussi le caractère le plus trompeur, car, dans une maladie comme l'occlusion intestinale, le clinicien est habitué à voir les lésions progresser régulièrement et vite de jour en jour.

Tengwall rappelle, en passant, les travaux de Naunyn, de Karewski, de Bradbury, qui ont bien noté « l'iléus changeant et incomplet » qu'est l'iléus biliaire. Il retrouve bien ces caractères dans les observations de Hedlund et de Wising, mais, quand il écrit que « rien n'a été dit sur ce caractère de variabilité », il méconnaît tout ce qui a été écrit, en France en particulier, et ailleurs.

Les *crises intermittentes de l'iléus biliaire* ont été déjà indiquées, soulignées par Merklen, par Mossé, dans sa thèse en 1885, par Kirmisson et Rochard : « Il est des faits dans lesquels la marche n'est pas continue, mais où l'on voit, après une guérison apparente, les accidents se reproduire... Une des particularités de l'occlusion par calcul biliaire est de se manifester par des crises intermittentes. Ce signe, sur lequel Brinton, puis Murchinson, ont attiré l'attention, tiendrait au cheminement du calcul dans l'intestin. Les vomissements commencent très vite quand l'occlusion est complète et ne tardent pas à devenir fécaloïdes; mais, signe particulier, après l'avoir été, ils peuvent cesser de l'être, comme dans l'observation de Van der Byl. »

Quénu y est revenu : « Il survient bien une crise d'occlusion, mais, peu à peu, les accidents s'atténuent ou se calment pour reparaître ensuite; on peut, de la sorte, assister à une série d'occlusions subintrantes. Karewski a, le premier, décrit ces formes. On a caractérisé sous le terme de syndrome de Karewski ces accidents subintrants avec intervalles calmes, ces phases d'obstruction et de désobstruction partielle. Un des malades de Karewski a des coliques hépatiques, puis des vomissements fécaloïdes; un lavement donne une selle et le soulagement; cinq semaines après, crise analogue et expulsion d'un gros calcul. »

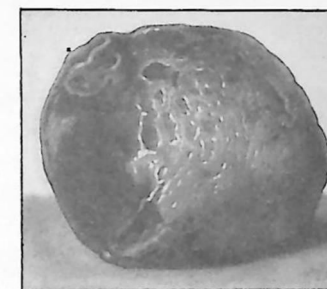


Fig. 167. — Calculs biliaires ayant déterminé l'occlusion intestinale; en bas, le calcul responsable de l'ulcération et de la perforation de l'intestin. (FRANK MARTIN.) (Voir fig. 166.)

Ce qu'il nous faut bien retenir, c'est non pas la maladie avec crises, car toute occlusion les comporte; même lorsque la lésion de strangulation ne cesse de progresser, elle comporte aussi les intervalles paisibles. Mais ici, dans l'iléus biliaire, il n'y a pas seulement arrêt des crises douloureuses; il peut y avoir selle, gaz, chute du ballonnement, arrêt des vomissements fécaloïdes, c'est-à-dire toute les apparences de la guérison.

J'ai été trompé, dans un cas que je dirai, par des sédations qui semblaient si décisives que je me permets d'insister sur ce **caractère capricieux** de la maladie. On s'attend à un iléus du grêle vite grave, à signes d'heure en heure plus nets. Il n'en est pas ainsi. Ce sont quelquefois les symptômes d'un rétrécissement tour à tour complet et incomplet. Si notre diagnostic d'iléus biliaire était plus assuré, nous saurions bien qu'une sédation qui ne s'accompagne pas de l'expulsion du calcul ne saurait être une véritable guérison. Folliasson a dit : Cette occlusion est une *occlusion à étapes* : étape de douleurs, de migration avortée, enfin d'intoxication grave. J'ajoute : que l'azotémie ne vous trompe pas !

LES FORMES CLINIQUES

Les anomalies d'évolution masquent-elles souvent le *type commun* ? Nous ne le croyons pas.

Il y a des cas *suraigus* : la malade de Naunyn meurt en trente heures; celle de Schläpfer meurt en trois jours.

Il y a des cas *aigus*, francs, à progression régulière, tuant en huit à dix jours ou guéris à temps. Körte, dont l'expérience personnelle paraît être si grande (15 cas), disait que l'occlusion était réalisée définitivement, même si l'évolution semblait capricieuse.

Un bon exemple de *forme aiguë*, cette observation résumée de Delagenière :

« Marie..., âgée de soixante et un ans, entre à l'hôpital le 22 décembre 1912, pour une occlusion intestinale ;

« Cette femme, assez bien portante jusqu'à trente-deux ans, commence alors à présenter des accidents de migraines et parfois des troubles dyspeptiques, douleurs d'estomac et vertiges.

« En 1911, prise tout d'un coup d'une violente douleur au creux épigastrique, un peu à droite du siège de la vésicule. Cette douleur est extrêmement vive pendant quelques secondes, puis elle disparaît. Quand elle se produit, la douleur se porte vers l'épaule. Cette douleur ne s'accompagne pas d'ictère ni de décoloration des selles, mais les urines prennent parfois l'aspect acajou. La malade est obligée de rester au lit et ne peut se lever qu'au bout de quinze jours. Elle reprend alors son travail,

mais jamais elle n'a retrouvé sa santé première. Cet état persiste jusqu'au 13 décembre 1912.

« Dans la nuit du 13 au 14 décembre 1912, elle est reprise subitement d'une douleur atroce au point vésiculaire. Cette douleur lui arrache des cris, correspond dans le dos et dans l'épaule droite. Elle présente des exacerbations qui durent quelques minutes, après lesquelles tout semble rentrer dans l'ordre. Lavement. Dans la journée du 14, on obtient une selle, mais aussitôt après le ventre se ballonne et les douleurs se généralisent à tout l'abdomen. A partir de ce moment, on n'obtient ni selle, ni gaz. Le 15, les vomissements commencent. D'abord alimentaires, ils deviennent fétides et fécaloïdes. Elle reste dans cet état grave jusqu'au 22.

« Examen le 23 décembre. La malade est réduite à la dernière extrémité. Elle vomit continuellement, le ventre est surdistendu et ne présente nulle part de point douloureux. Pouls petit à 130, peau cyanosée, poisseuse, extrémités froides. En pratiquant le toucher rectal, je sens, dans le bassin, un corps dur que je soulève et qui retombe sur le bout du doigt laissé en place. Je ne trouve pas de tumeur. Je décide de faire une exploration et de voir dans le bassin quel peut être le corps étranger ainsi senti.

« Opération immédiatement après l'examen.

« Enorme calcul biliaire engagé et inclus dans la terminaison de l'iléon, à 20 centimètres environ de sa terminaison. La guérison est complète le quinzième jour. »

Faut-il distinguer, avec Gosselin et Dagron, Gaillard, une *forme aiguë* et une *forme chronique* ? En réalité, le début est soudain : le premier jour est bien celui d'une occlusion aiguë : Körte, qui avait observé 15 cas; Barnard, qui en a observé 8; Robert Lesk, qui en a observé 5, insistent tous sur la soudaineté de la crise et sur la marche rapide des accidents.

Mais combien de temps dureront les intermittences d'aggravation et d'accalmie ? Il vaut mieux intervenir à temps que se livrer à ces calculs, et qu'aggraver les intermittences de la maladie de nos atermoiements et de notre versatilité.

L'observation de Marion le prouve :

« Femme de soixante-dix ans, fut prise un jour, brusquement, de phénomènes d'occlusion pour lesquels je la fis transporter dans une maison de santé. Comme l'état général était bon, je conseillai les lavements électriques. Bien que les premiers n'aient rien fait, l'état de la malade ne s'aggravait pas et, au cinquième lavement (il en était donné trois par jour) la malade eut une débâcle qui la débarrassa complètement. Dans les jours qui suivirent, l'occlusion reparut, moins sévère, mais, comme il était net qu'une cause quelconque persistait, gênait le cours des matières,

j'intervins... Très rapidement, je découvris une masse dure dans le côlon transverse. Inutile de vous dire qu'avant l'opération je pensais à un cancer; aussi fus-je agréablement surpris en constatant qu'il s'agissait d'un calcul biliaire; j'incisai et pus extraire le volumineux calcul. »

Si l'on perd du temps, *trompé par l'illusion des accalmies*, si l'on fait et défait le diagnostic, et c'est fréquent, puisque, sur 37 interventions réunies dans les statistiques de Naunyn et de Guillaume, 26 furent pratiquées après le cinquième jour de maladie, l'aggravation définitive fera d'un malade un moribond.

La malade de Bérard et Arnaud refuse l'intervention; ses troubles semblaient ceux d'une obturation partielle; puis l'état est brusquement aggravé et désespéré.

Les *formes étagées*, celles où le calcul signale toutes ses étapes et celles où un calcul suit l'autre, sont sans grand intérêt.

Les *formes traînantes* (syndrome de Karewski) avec alternatives d'occlusion et de désobstruction partielle sont fréquentes. La malade de Mordret ne mourut qu'après six semaines; celle de Wilkins, après onze semaines. Les accalmies y sont traîtresses, parce qu'elles donnent aux *complications* le temps de se préparer : perforations intestinales, invagination (Schlöpfer), volvulus de l'anse, etc.

Si, au caractère traînant de la maladie et à l'apparence chronique de l'occlusion, s'ajoute la perception d'une tumeur, on a les *formes pseudo-néoplasiques*.

L'observation de E. Quénu en fournit la démonstration :

« Le 22 février dernier, je fus appelé d'urgence à Neuilly auprès d'une dame, âgée de cinquante-huit ans, qui souffrait cruellement de douleurs abdominales et qui vomissait.

« Je trouvai une malade couchée, très amaigrie, se plaignant amèrement de douleurs dans l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, vomissant à pleines cuvettes de la bile et les boissons absorbées. Elle était dans cet état depuis quatre jours. L'avant-veille, elle était encore allée à la garde-robe; la veille, elle avait rendu des gaz; le pouls était petit, fréquent, la température normale. Le médecin appelé avait songé à une tumeur de l'estomac, en raison des vomissements incessants, et aussi d'un gonflement extrême, limité à l'épigastre, qu'il avait constaté à plusieurs reprises.

« Je trouvai le ventre souple, non tympanisé, peu douloureux, facilement explorable. De tumeur ou de tuméfaction épigastrique, il n'existait pas trace à l'heure présente, mais, dans l'hypocondre gauche, très profondément, on sentait une tumeur dure, paraissant avoir le volume d'un œuf de pigeon, très douloureuse au palper. Je portai le diagnostic d'obstacle occupant l'intestin grêle siégeant selon toute probabilité au niveau de

l'angle duodéno-jéjunal. Impressionné par la déchéance de la malade depuis juin, son amaigrissement, la persistance de ses troubles dyspeptiques, je crus qu'il s'agissait d'un obstacle de nature néoplasique et l'idée d'un calcul biliaire ne me vint pas à l'esprit. Je pensai alors que l'intervention indiquée serait une gastro-entérostomie.

« La malade ne nous fut amenée que le lendemain 23 février, à la fin de la matinée, après mon départ de l'hôpital. M. Houzel, mon interne, la vit immédiatement : le facies était mauvais, les vomissements bilieux incessants, les douleurs très vives dans l'abdomen. Le pouls oscillait entre 120 et 140. Le thermomètre marquait 36; il n'y avait pas eu d'urine émise depuis la veille; le ventre était demeuré souple. Ces renseignements me furent téléphonés; je conseillai d'envoyer chercher M. Duval, qui trouva la patiente avec les extrémités froides, le pouls incomptable, bref, dans un tel état qu'il hésita à employer l'anesthésie générale et recourut à la cocaïnisation locale.

« Son intention était de faire une gastro-entérostomie postérieure. Au moment de chercher le jéjunum, une masse dure est sentie : anse grêle turgescente, violacée, avec énorme calcul biliaire de 55 grammes.

« La malade meurt le 6 mars. Autopsie : le duodénum et la vésicule communiquent par un orifice large comme un sou. »

On trouve des observations analogues en assez grand nombre. Elsner crut à un cancer du pylore, Owen crut à un cancer du cæcum, Bourde demanda à la radiographie d'écarter le soupçon de cancer colique, Marion avait pensé à un cancer du côlon. Santy (1) et Heitz en fournissent deux beaux exemples : chez l'une des malades, on trouva « un calcul très volumineux arrêté dans le dernier tiers de l'iléon, très épaissi et cartonné, « d'aspect néoplasique ». Un des cas les plus frappants est celui de James Thompson. Intervenant pour une obstruction duodénale aiguë, on sent, à l'opération, une masse dure qu'on prend pour un cancer inopérable et étendu; on va faire une simple gastro-entérostomie, quand, tout à coup, un gros calcul biliaire (c'était la « masse dure ») fut refoulé dans l'estomac.

(1) A l'occasion de la communication de Santy, à la Société de Chirurgie de Lyon, Teissier rappela un cas de Pollosson, où l'opération, pratiquée sur une table de cuisine, permit de trouver, chez un malade qu'avant l'examen de Bouveret on avait cru atteint d'un cancer de l'estomac, un énorme calcul biliaire en train de s'accrocher dans la première portion du duodénum.

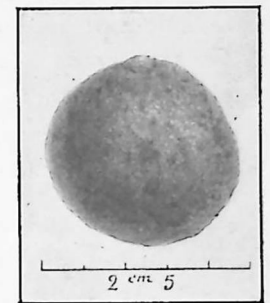


Fig. 168. — Calcul intra-intestinal fait de charbon médicamenteux ingéré avec excès et ayant déterminé un iléus aigu. (Cas de PRAT, de Nice.)

Nous pourrions donc retenir les formes *suraiguë, aiguë, traînante, pseudo-néoplasique*. Mais le type commun comporte les *intermittences*, sur lesquelles nous avons longuement insisté.

Ajoutons que nulle maladie ne comporte des états en apparence plus désespérés et des états en apparence plus réconfortants. Toutes les erreurs de pronostic sont possibles : on croit le malade mourant, inopérable, il guérit spontanément; on le croit amélioré, il va mourir; on opère un malade en apparence résistant, il succombe; on opère un moribond, le lendemain il est ressuscité. Guellerin, qui suit une malade attentivement depuis un an et qui a palpé un jour une tumeur dure ovoïde, est tout à coup appelé par une occlusion si grave (pouls à 140, incontinence d'urine), que le chirurgien qu'il fait venir dit la malade non opérable, mourante. « Le lendemain, l'entourage, souriant, annonce que la malade va bien. Après une nuit de souffrances atroces, elle a évacué, par l'anus, un énorme calcul biliaire de la grosseur d'un petit œuf de poule et derrière lui une quantité de matières. » L'urée sanguine atteint souvent 2 gr., 2 gr. 50.

Un exemple, ce cas de Douglas Wilson :

« Une femme de soixante-six ans est prise brusquement, le 3 mars 1926, de douleurs abdominales très vives, généralisées, et de vomissements bilieux. Ces phénomènes s'atténuent les jours qui suivent, mais les selles sont peu abondantes et irrégulières. Le 8 mars, reprise des phénomènes douloureux et des vomissements. Dans la soirée, disparition des phénomènes douloureux. Arrêt complet des matières et des gaz. Vomissements fécaloïdes, abdomen très distendu. Le diagnostic d'occlusion intestinale est porté, mais, vu le mauvais état de la malade, on n'opère pas. Le lendemain, 11 mars, la malade rendit par le rectum un énorme calcul. Guérison. »

La malade avait un passé lithiasique très net; elle avait eu plusieurs crises de coliques hépatiques avec décoloration des matières et urines foncées.

Morice opère trois malades; celle qui guérit avait l'aspect d'une moribonde : pouls à 150, température de 39°, langue sèche, anurie, extrémités froides.

La forme *récidivante* est, sans doute, assez exceptionnelle; le cas de Wohlauer, s'ajoutant à ceux que j'ai déjà évoqués (Brentano, Giannelli, Downes, Goldammer, Hille), nous prouvera son existence. Wohlauer opère une femme de soixante-neuf ans d'un iléus biliaire, et la guérit. Un an plus tard, la malade a une nouvelle occlusion. On intervient; au niveau de la cicatrice de la première intervention, une anse grêle est fixée par une large adhérence et, à ce niveau, un calcul biliaire, de la grosseur d'une noix, obstrue l'intestin.

Pour rappeler la variété topographique des incidents occlusifs au cours de l'iléus biliaire, je ferai appel à la statistique de Lutterotti qui a rassemblé les observations des malades opérés à la clinique de Budinger depuis vingt ans : *trois iléus de la fin du grêle, deux iléus avec volvulus, un iléus avec perforation* et calcul libre dans le ventre, *un iléus par engouement dans une éventration* d'appendicectomie, *deux sténoses pyloriques* par calcul, *deux occlusions du gros intestin* par calcul.

LE DIAGNOSTIC

Kirmisson et Rochard, après avoir constaté l'insuffisance trop fréquente du diagnostic, faisaient un vœu : « Les efforts des cliniciens doivent tendre surtout à perfectionner, sur ce point, nos connaissances. »

Nous allons rechercher si le vœu de ces auteurs a été réalisé.

Mais d'abord, arrivés à ce point de la question, récapitulons les notions utiles au diagnostic; les éléments du diagnostic positif ;

1° *Les signes d'une occlusion aiguë par obturation*: ballonnement, péristaltisme et douleurs, d'abord diffuses, puis fixées ;

2° *Les signes d'une occlusion du grêle* : vomissements précoces, souvent fécaloïdes; oligurie.

3° *Des éléments étiologiques cardinaux* : vieille femme ayant un lointain passé lithiasique franc ou larvé et ayant eu une crise abdominale importante, récente ;

4° *Des signes physiques* : la perception (par le palper ou un toucher) de la tumeur, la plus dure qui soit ;

5° *Des caractères d'évolution* : début soudain, angoissant, puis les accalmies et les « à-coups », en alternance traînante ou accélérée.

Vérifions, maintenant, si le diagnostic a été fait assez souvent par les cliniciens et si nous nous éloignons de cette obscurité, à laquelle Mayo-Robson, faisant siennes les remarques suivantes d'Hutchinson, consentait :

« Peut-on faire le diagnostic de cas d'obstruction où le grêle est bouché par un calcul biliaire ? Il n'est pas possible d'aller plus loin qu'une simple conjecture. Si le cas est récent, c'est une bride, un volvulus, un étranglement interne que l'on suspectera.

« C'est pour moi le diagnostic de la plupart des cas où, l'abdomen ouvert, on a trouvé un calcul. Un diagnostic différentiel est impossible, les signes étant les mêmes. Il existe peu de choses pour nous aider, sauf l'histoire d'un stade antérieur avec signes localisables à la région vésiculaire, et ceci, dans bien des cas, — je pense dans la majorité, — manque

totalem. Dans les cas prolongés ou d'obstacle chronique, rien ne distingue des cas dus à d'autres causes.

« Dans la règle, pour moi aussi, il est impossible de diagnostiquer l'obstruction par calcul biliaire. »

Or, Mayo-Robson, grâce à l'histoire des antécédents, fait, un jour, le diagnostic et y reste assez fermement attaché pour renoncer à l'intervention et attendre la migration complète.

« Dans un cas, chez une femme de soixante-cinq ans, j'étais si sûr d'obstruction par calcul que j'employai la méthode expectative et l'opium. Au bout de quinze jours, rémission soudaine et complète et la malade évacua un gros calcul. Mais, ici, une histoire prolongée de douleurs dans la région vésiculaire à laquelle succédèrent des signes de péritonite dans l'hypocondre droit, puis une occlusion intestinale, laissaient peu de doute sur la nature de l'affection. »

Les bons diagnostics ne sont plus rares : Souligoux, instruit par l'interrogatoire des antécédents hépatiques de sa malade, fait le diagnostic d'iléus biliaire, opère et guérit. De même, Baudet, qui intervint, dès le premier jour des accidents intestinaux, chez une malade de quarante-neuf ans dont les antécédents lithiasiques dataient de dix-sept ans. Douleurs vives, vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme central. « En retardant d'opérer, je risque de laisser passer l'heure d'une opération opportune. » Le calcul enlevé est gros comme une phalange de pouce d'un adulte. Les suites de l'intervention ont été excellentes pour deux raisons : état général bon, état des tuniques intestinales permettant des sutures solides. « Le calcul, en effet, n'obstruait pas hermétiquement l'intestin dont les parois glissaient sur lui aisément. »

Bonriot fit le diagnostic, devant son troisième cas, pour avoir bien interprété l'épisode aigu, douloureux, de l'hypocondre droit, qui avait précédé de peu l'occlusion, comme l'expression clinique du passage du calcul dans l'intestin. H. Paillard et Pénard ont fait le diagnostic et ont guéri leur malade : c'est qu'ils avaient connu, chez cette malade, huit mois avant l'occlusion, une cholécystite avec radiographie positive (1).

A côté de ces diagnostics, dus surtout à la notion de lithiase antérieure, voici un diagnostic fait au sixième jour à cause des vomissements fécaloïdes : « La malade racontait son histoire avec calme. Il n'existait ni météorisme, ni contracture de l'abdomen. Par moments, la malade accusait des douleurs plus vives et l'on percevait quelques bruits intestinaux, sans contractions visibles. Des vomissements fécaloïdes... Les cas favorables sont ceux où l'obstruction par le calcul n'est pas tout à fait com-

(1) « Si j'avais pu fouiller l'interrogatoire de ma malade, plus que je ne l'ai fait, j'aurais trouvé la cause de l'occlusion », dit Artaud, qui avait, d'ailleurs, guéri cette malade de quatre-vingt-un ans.

plète. Le calcul peut laisser filtrer le contenu liquide entre sa face externe et la paroi de l'intestin sous la poussée du spasme en amont. Il semble bien qu'il en était ainsi, chez ma malade, au sixième jour après le début des accidents. » (P. Mathieu.)

Voici maintenant des exemples de diagnostics, faits grâce à la découverte du calcul :

Un cas de Potherat. — « Femme de soixante-dix ans, amenée à Bon-Secours, parce qu'elle n'émettait plus, depuis quelques jours, ni matières fécales, ni gaz. Le ventre n'était ni ballonné, ni douloureux; pouls satisfaisant, pas de vomissements. Observée pendant deux jours, elle paraissait devoir se rétablir sans intervention.

« Le troisième jour au matin, vomissement fécaloïde. Je m'efforçai, fidèle à l'enseignement de mon maître Trélat, de faire un diagnostic au moins approximatif. L'absence de ballonnement, la vacuité manifeste du gros intestin, l'apparition première des douleurs autour et au-dessus de l'ombilic permettaient de localiser aisément l'obstacle sur le grêle. Mais, en pratiquant un palper méthodique, je sentis très nettement sur la ligne médiane, un peu au-dessus du pubis, une petite masse dure, analogue à celle que donnerait un néoplasme intestinal localisé. J'éliminai toutefois l'idée d'une tumeur organique pour deux raisons : d'abord, ces tumeurs sont assez rares sur le grêle; en deuxième lieu, la malade n'avait présenté aucune manifestation pathologique jusqu'à l'apparition des signes d'obstruction. Je fus ainsi amené à porter le diagnostic au moins probable de calcul biliaire. »

Le diagnostic grâce aux antécédents bien recueillis et à un examen complet, en voici un nouvel exemple, celui de Lamare et Larget : « L'abdomen est très ballonné; il pointe au milieu, ce qui donne à penser qu'il s'agit d'une occlusion sur le grêle. Il suit légèrement le mouvement de la respiration, mais aucune onde péristaltique ne l'anime. Il est tendu, encore un peu dépressible. On n'a pas l'impression que les anses intestinales soient tout à fait à plein; aucun clapotage, aucune matité déclive, ni fixe, ni mobile. Au toucher vaginal, on sent un utérus, petit, mobile et, dans le cul-de-sac droit, une masse ronde que l'on peut mobiliser, amener contre la paroi latérale du bassin et dont on peut alors apprécier la surface régulière, la consistance pierreuse et le volume, celui d'une grosse noix. Ajoutons, dans les antécédents, les coliques hépatiques. Le diagnostic porté est celui d'occlusion par calcul. »

Rappelons l'observation comparable de Cochez citée plus haut, autre exemple de bonne clinique et, enfin, enregistrons que Flint dit avoir fait le diagnostic, dans les quatre derniers cas qu'il a vus.

Nous apportons bien, ainsi, grâce à ces observations, quelques réponses favorables au vœu de Kirmisson et Rochard que nous rappelions plus

haut. Les progrès, mais nous pouvons y assister dans l'esprit même d'un seul clinicien.

Prat voit une première occlusion par calcul : il n'avait pas fait le diagnostic, mais n'en avait été que plus fortement frappé. « Instruit par ce cas et frappé chez mes deux autres malades de l'identité des signes observés, j'ai pu faire le diagnostic causal de l'obstruction intestinale. D'abord, le passé hépatique; ensuite, les signes d'occlusion haute, c'est-à-dire ventre plat, vomissements incessants, oligurie précoce, la déshydratation profonde des sujets et, chez l'une de mes malades, la constatation d'une certaine résistance sous-hépatique, chez l'autre la découverte par la palpation du corps étranger (tant le ventre était peu ballonné) permirent le diagnostic de probabilité que l'opération confirma. »

Dans d'autres cas, le diagnostic fut rendu difficile ou par une hernie engouée, ou par une tumeur enclavée. Voici deux de ces cas, utiles à rappeler, pour l'intelligence clinique des occlusions en général, et celle de l'iléus biliaire et des occlusions combinées.

Le premier cas est d'Auvray; « appelé le jeudi matin auprès d'une malade de soixante-dix ans qui est incontestablement en état d'occlusion, sans antécédents aigus; devant une hernie de l'ombilic, irréductible, douloureuse, je crus que les accidents devaient être attribués à cette hernie. Je décidai d'intervenir immédiatement. Je m'attaquai naturellement à la hernie de l'ombilic, mais sans rien trouver de ce côté qui me permit, après libération de tout l'intestin hernié, d'attribuer les accidents d'occlusion à la hernie ombilicale. Je décidai, alors, d'explorer tout l'intestin, et c'est ainsi que je découvris, dans une anse de l'intestin grêle, un corps étranger très dur, ayant la forme d'un petit œuf, qui en obstruait la lumière et qui était certainement la cause des accidents douloureux » (1).

Le deuxième cas est de Leuret :

Malade âgée de cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital le 24 décembre 1925, présentant des signes d'obstruction intestinale.

Depuis deux mois, se plaint de douleurs irradiées vers le rectum et d'une constipation devenant de plus en plus opiniâtre.

A l'examen, l'auteur découvre un gros fibrome de l'utérus, et il fait le diagnostic de fibrome comprimant le rectum.

Opération le 25; le fibrome est enlevé, mais, en nettoyant le petit bassin, l'opérateur rencontre, à la terminaison de l'S iliaque, une tumeur intestinale très dure, bien limitée, à contours irréguliers, et qui devait être la cause de la constipation.

L'opérateur referme le ventre, voulant faire la résection dans une autre séance; il pratique alors un toucher rectal pendant le sommeil de la

(1) Schläpfer a publié, en 1923, une observation analogue; il y avait coexistence de hernie ombilicale engouée et d'occlusion par calcul (iléus combiné).

malade : son doigt tombe sur un corps d'une dureté ligneuse, obturant toute la lumière de l'intestin, et il pense qu'il est en présence d'un morceau de bois, qu'il tente d'extraire immédiatement par les voies naturelles. Passage à travers l'anus, laborieux. Il s'agissait d'un volumineux calcul biliaire en forme de calotte à convexité supérieure hérissé de prolongements multiples et présentant *deux orifices* grâce auxquels la malade évita une occlusion complète.

J'ai cité tous ces exemples parce que cette question n'est pas encore une des mieux connues, et parce qu'elle paraît devoir être, par la simplicité des lésions, la simplicité de l'intervention, le type de l'occlusion facile à secourir; j'ai surtout voulu laisser parler, frapper, les cas concrets, et montrer les cliniciens aux prises avec les difficultés de l'examen.

Qu'avons-nous rencontré comme secours utiles ? *les antécédents lithiasiques, les vomissements fécaloïdes précoces, l'évolution oscillante, le palper du calcul.*

La liste que donnait Holler, en 1913, des éléments les plus importants du diagnostic est une bonne liste à conserver. La voici :

- 1° *Le sexe* : grosse majorité de femmes;
- 2° *L'âge* : presque toujours après quarante, après cinquante ans;
- 3° *Les antécédents* : coliques hépatiques, *la dernière a cessé brusquement et est récente*;
- 4° *Occlusion intestinale* souvent à début progressif, avec péristaltisme augmenté;
- 5° *Les vomissements, par accès* : bilieux, puis stercoraux;
- 6° *On sent une tumeur*, dont le siège varie d'un moment à l'autre;
- 7° *Alternatives* d'occlusion totale et de subocclusion.

Mais, encore une fois, répétons-nous les *causes d'erreur*.

a) Chez cette vieille femme, déjà plusieurs fois malade et peut-être peu surprise elle-même, il faut se garder de dire : « vieille constipée » ou « nouvelle colique hépatique » ou « urémie ».

b) D'autre part, le premier jour a été quelquefois le plus sévère; la malade, quand vient le premier apaisement, se croit mieux et impose son optimisme; mais n'oublions pas les fausses accalmies.

c) S'il y a visiblement un grave syndrome abdominal et si la notion de lithiase est claire, redisons-nous, repassons les plus graves complications de la lithiase : la *perforation de la vésicule*, la *pancréatite hémorragique*, l'*iléus*.

d) Si les signes digestifs antérieurs sont importants, si l'occlusion est traînante, si l'on « sent une tumeur », se rappeler les formes pseudo-néoplasiques, ne pas renoncer à l'espoir d'un calcul; en tout cas, se souvenir de la rareté des cancers du grêle.

e) S'il n'y a pas d'antécédents lithiasiques, c'est plus difficile : il faut chercher d'abord les signes d'occlusion du grêle : peu de ballonnement, oligurie, vomissements vite fécaloïdes; chercher, par opposition à ceux de strangulation, les signes d'obturation : le péristaltisme, le ballon moins net, etc.; chercher le calcul : s'il y a une tumeur dure, le diagnostic est net; s'il n'y a pas de tumeur dure, le diagnostic d'iléus biliaire reste encore probable, car une obturation du grêle à soixante ou soixante-dix ans lui est presque toujours imputable.

f) Les renseignements sont encore plus pauvres : ni antécédents hépatiques, ni tumeur, ni péristaltisme, ni vomissements fécaloïdes; simplement les alternances de crise grave et d'accalmie trompeuse. Le diagnostic peut encore être fait sur l'allure capricieuse de cette occlusion.

g) Mais restent les cas les plus obscurs : obésité cache-symptômes, forme traînante, palper impossible; nous aurons encore deux secours : la radiographie et la laparotomie exploratrice. Je ne veux insister que sur le premier.

LA RADIOGRAPHIE

Je me suis trouvé en face d'un cas d'iléus particulièrement difficile. L'examen de la malade n'apportait rien. Les accalmies, les vidanges vraies me trompèrent plus qu'elles ne me tromperaient maintenant. Je restai attaché au diagnostic de pancréatite subaiguë. Cependant, inquiet, je demandai une radiographie; elle donna une image parfaite de la maladie, de la lésion, faisant, à la fois et tout clairement, voir : 1° l'occlusion; 2° son siège; 3° sa cause.

Voici d'abord cette observation, telle que l'a rapportée Brémont, dans sa thèse :

« Je suis appelé, le dimanche 4 novembre 1928, auprès de Mad. B..., âgée de quarante-neuf ans.

« Cette malade est soignée par un excellent médecin qui s'étonne de vomissements probablement fécaloïdes et incessants depuis dix jours.

« Le premier jour de la maladie n'avait été marqué que par une douleur abdominale assez soudaine, mais peu violente; cette douleur, transversale, sus-ombilicale, en barre, n'avait pas paru nécessiter le repos au lit; la malade allait, venait, ne songeait pas à s'aliter. Les vomissements appa-

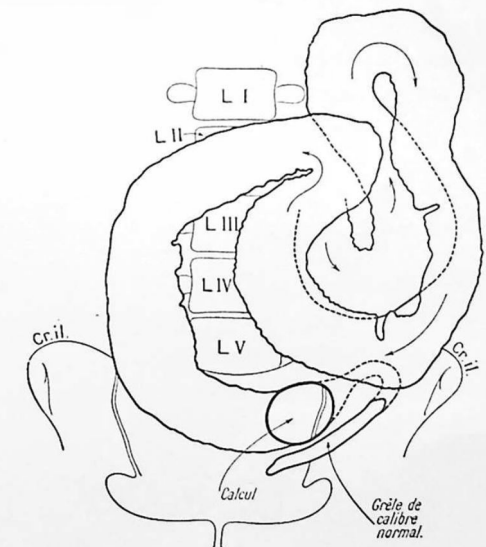
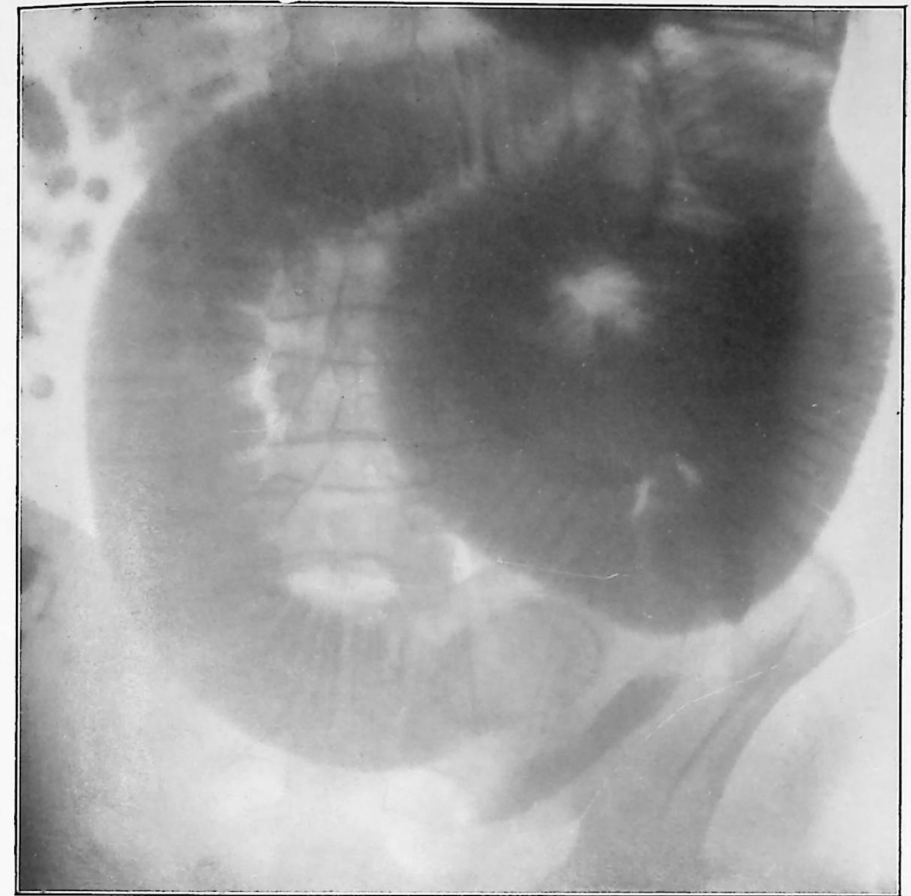


Fig. 169. — Image radiographique, après repas baryté, d'un iléus biliaire. L'image de la stase, celle du calcul, celle du grêle affaissé qui suit sont également nettes.

rurent, d'emblée copieux et malodorants, mais le médecin n'a jamais rien vu au cours de cette crise qui pût faire penser à un syndrome abdominal alarmant.

« Quand je vois la malade, elle est dans un état très grave; le pouls à 130, les yeux cernés, le nez pincé, la langue sèche, l'oligurie extrême.

« L'examen est difficile à cause de l'obésité de la malade.

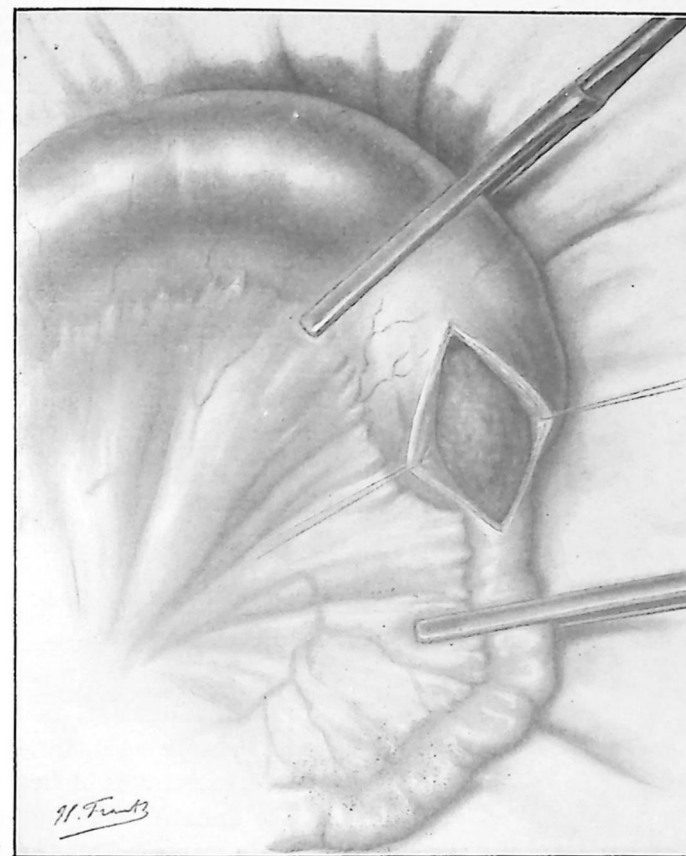


Fig. 170. — Occlusion intestinale aiguë, par enclavement, dans l'iléon, d'un gros calcul biliaire.

« Mais le ventre est souple, indolore, non tympanique, non météorisé; je ne provoque de douleur qu'à droite de l'ombilic, par un palper très appuyé.

« Je me fais renseigner sur les antécédents de la malade; elle avait été soignée l'an passé pour une série de coliques hépatiques, envoyée à Vichy en août et était restée sans ennui de ce côté depuis la saison thermale.

« Le diagnostic de la crise actuelle est difficile, même en retenant comme importance primordiale cette notion d'antécédents de lithiase

biliaire; je ne trouve aucun signe de perforation de la vésicule, aucun signe physique d'occlusion intestinale : nul tympanisme, nul péristaltisme. L'arrêt des matières et des gaz est d'abord dit complet par la malade, et depuis les dix jours de maladie; puis, les restrictions de l'entourage aidant, on ne retient pas ce signe comme certain.

« Je pense plutôt à une pancréatite hémorragique à forme subaiguë; comme l'état général est si précaire, l'obésité si marquée, la date de mon appel si tardive, je demande une demi-journée de surveillance et la ressource d'un nouvel examen, après lavage d'estomac, atropine, glace sur le ventre, goutte à goutte intra-rectal.

« Le lendemain, il n'y a plus de vomissement, le pouls est à 90. Le surlendemain, quelques gaz. Le facies est meilleur, le pouls reste à 90. Les signes physiques sont toujours négatifs. Je demande un examen radiographique : c'est le douzième jour après le début des accidents.

« Le radiographe (D^r Porcher) me téléphone : occlusion du grêle.

« Je décide d'intervenir, mais, à partir de ce moment, la malade a deux, trois, quatre selles et des gaz.

« Je retarde l'opération, puisque semble s'annoncer une guérison spontanée, si souhaitable chez cette obèse à énorme paroi.

« Mais, le lendemain, la malade est mourante. Brusquement, 39°4, pouls imperceptible, extrémités bleues et froides, conscience éteinte. Je pratique la laparotomie, à peu près sans anesthésie. J'extrahis du grêle, où il est fixé, un calcul biliaire presque aussi gros qu'un œuf : la malade succombe à la fin de l'intervention, qui a duré dix à douze minutes. »

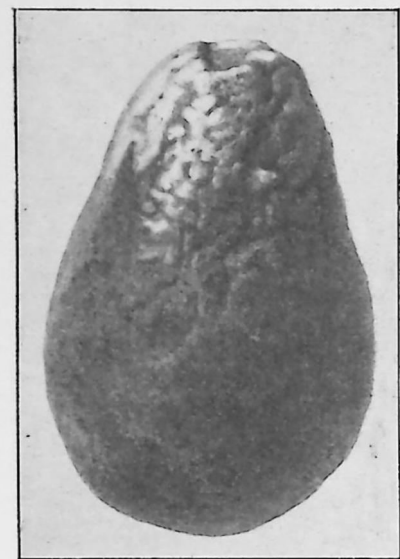


Fig. 171. — Le calcul biliaire responsable de l'iléus représenté figure 170, et radiographié figure 172.

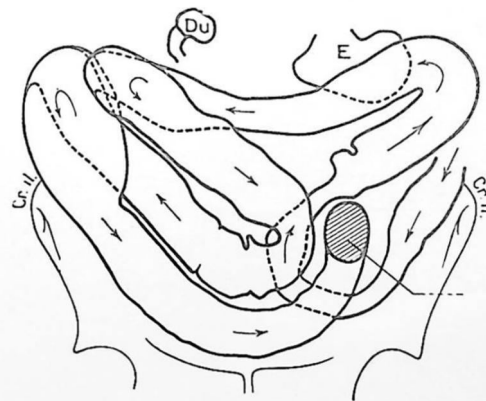
Cette occlusion haute du grêle avait donné les signes fonctionnels : douleurs, vomissements, arrêt des matières, mais aucun signe physique : ni distension de l'abdomen, ni tympanisme, ni péristaltisme. Elle avait évolué avec des alternatives de crises graves et de sédation, elle avait paru se résoudre spontanément vers la guérison.

La radiographie m'éclaira dès que j'eus l'image en main : on y voit l'arrêt net de la baryte et, précédant cet énorme serpent opaque, une tête plus claire, à contours ovalaires parfaitement dessinés : c'est le calcul.

Pourquoi cette absence si trompeuse de signes physiques ? J'en eus



Fig. 172. — Image radiographique, après repas baryté, d'une occlusion intestinale; l'obstacle est sur le grêle, c'est un calcul biliaire (LUDIN.)



l'explication; elle est toute simple. Cette malade était adipeuse, mais sa paroi épaisse n'était pas seule responsable de l'obscurité de l'exploration abdominale : ce que je vis au cours de la laparotomie m'instruisit. Une fois le péritoine ouvert, je m'attendais à devoir lutter contre la sortie immédiate des anses distendues; je ne vis aucune anse intestinale et pus croire, un instant, qu'il n'y avait pas occlusion : c'est qu'il y avait un énorme écran de graisse; un tablier épiploïque — d'une épaisseur et d'un poids peu communs — retombait lourdement au-devant de tout l'intestin grêle. Ce n'est qu'après l'avoir relevé, que les anses distendues apparurent. Il les maintenait cachées à toute exploration clinique manuelle.

Je n'oublierai plus cela. Le ventre gras d'un occlus peut être mat : les anses jéjunales peuvent ne pas se révéler : attendre leur péristaltisme, le tympanisme, le météorisme, c'est une imprudence, ce sont des signes chez les maigres; leur absence absolue, chez les plus gros, doit être connue et retenue.

J'ajoute à cette observation le compte rendu de l'excellent examen, tel qu'il me fut remis par Porcher.

« *Un premier examen* est destiné à rechercher des modifications possibles dans la perméabilité colique. Pas d'aérocolie avant l'administration du lavement. Le liquide opaque progresse avec la plus grande facilité et dessine la totalité du cadre colique; il y a même forcément de la valvule de Bauhin, au delà de laquelle les anses iléales terminales ont un calibre normal.

« *Deuxième examen.* — Dans la même journée, trois heures après l'administration du lavement, la malade absorbe 400 grammes de gélobarine, dont elle ne conserve environ que 200 grammes. Elle est examinée à 20 heures et l'on constate alors la présence de baryte résiduelle dans le cæco-ascendant (le reste du lavement ayant été évacué dans le courant de la journée), un reliquat gastrique peu important, mais, dans le flanc gauche, un énorme peloton d'anses grêles manifestement dilatées et qui paraissent appartenir au segment immédiatement post-duodénal.

« A 20 heures, on cherche à introduire une petite quantité de baryte dans l'estomac afin de l'examiner. Mais l'intolérance est absolue et il faut y renoncer.

« *Troisième examen.* — La malade est radiographiée le lendemain, et on constate la persistance de l'image de distension iléale, surtout marquée dans le flanc gauche. La longueur du segment dilaté indique bien qu'il s'agit, non pas du duodénum, mais du jéjunum et de la première partie de l'iléon. Il est donc certain qu'il existe un obstacle, sans qu'il soit possible de préciser sa nature intrinsèque ou extrinsèque; il est cependant vraisemblable que cet obstacle siège dans le flanc gauche, ou dans la fosse iliaque gauche, étant donnée la topographie du segment iléal dont nous avons signalé la rétro-dilatation. »

Ces renseignements étaient ceux de la radioscopie. Ceux de la radiographie étaient infiniment plus aisés à lire et à interpréter. Comme je l'ai déjà dit, et comme on le voit sur la figure 171, on y peut diagnostiquer à la fois, et avec une égale certitude, l'occlusion, son siège, sa cause. Ce document nous apprend quelle aide la radiographie peut apporter, mais à la condition d'être pratiquée plus tôt, dès les premiers symptômes, bien entendu.

J'ai cru, pendant quelque temps, cette belle radiographie unique; mais il ne faut jamais désespérer de se chercher et trouver des prédécesseurs. Si j'avais parlé plus tôt de cet examen, j'aurais méconnu une observation semblable, aussi démonstrative, déjà enregistrée par les livres d'enseignement en Allemagne, et dont je reparlerai plus loin.

Renvoyant à l'étude radiographique de l'occlusion en général, que j'ai faite ailleurs, je ne m'occuperai, ici, que de l'iléus biliaire. Les documents restent rarissimes.

Lorsque, après une communication de Bidoire et Fèvre à la Société anatomique, Guillaume disait : « J'insiste sur l'importance, dans de tels cas, d'un examen radiologique qui permet le diagnostic dans les deux heures qui suivent », il entendait l'occlusion en général, car, dans son livre si documenté, il n'est pas fait mention d'image d'iléus biliaire.

Il existe bien, en France, quelques examens cliniques, mais frustes ou erronés : celui de Bonnacaze et Lechaux : l'examen aux rayons fit penser à un néoplasme sigmoïdien; il s'agissait d'un calcul dans le grêle et dans l'hypocondre droit; celui de Dartigues : la radiographie permit seulement de conclure à des adhérences iléo-cæcales; celui de Bourde : le diagnostic de cancer avait été éliminé par l'examen aux rayons.

Par contre, nous avons des examens de calcul, après son extirpation (Mauclaire, Cadenat et Talheimer, Brodin, Daraignez et Lebeau, Lamare et Larget, Cochez) et les remarques utiles ou les vœux, ou les prophéties qui les accompagnent; cette bonne remarque de Mauclaire : « La plupart des radiographes pensent que le calcul, pour être bien visible, doit contenir 20 à 25 p. 100 de produits calcaires. Si le calcul restait longtemps dans le grêle, il se recouvrirait d'une assez grande quantité de sels calcaires et il pourrait être visible sur une plaque faite alors sur le sujet lui-même »; ce vœu de Cadenat : « La radiographie, en pareil cas, pourrait donner des renseignements utiles »; et enfin, de Daraignez et Lebeau, qui expérimentèrent sur le cadavre, cette observation : « Un seul calcul était bien visible, c'était un calcul provenant d'un iléus biliaire opéré par Charbonnel; comme si la migration des calculs biliaires le long de l'intestin était une condition favorable à leur encroûtement calcaire. »

Mais arrivons aux faits cliniques eux-mêmes.

Del Valle, de Buenos-Ayres, publie trois radiographies, mais je n'en ai pu rien lire.

Hellström montre l'ombre bien limitée d'un entérolithe sans sels calcaïques, sans cholestérine.

Puis viennent les cas de Ludin, de Martens, le mien.

Voici les renseignements qui m'ont été très obligeamment communiqués sur le cas de Martens.

« Je peux vous donner les renseignements suivants sur le cas d'iléus biliaire publié par le professeur Martens dans le *Medizinische Klinik*, 1928, n° 37.

« Cette femme, âgée de cinquante-quatre ans, m'a été envoyée pour examen radiologique à cause de symptômes difficilement explicables d'occlusion intestinale. A l'examen radioscopique, on voyait l'estomac refoulé en haut, mais sans modification de sa paroi. *Les anses grêles étaient distendues, mais sans image de niveau liquide et sans image de vésicule gazeuse semi-lunaire.* Les anses grêles distendues présentaient une striation transversale nette et étaient facilement identifiables. Un lavement baryté montre le remplissage normal du côlon, le côlon entourant les anses grêles remplies de gaz. *L'ombre même du calcul ne fut pas identifiée et on posa le diagnostic de sténose du grêle.* L'intervention mena sur un gros calcul biliaire. »

Le cas de Ludin est remarquable. Schinz l'a placé dans son bel ouvrage de *Radiodiagnostic*.

« Femme de soixante-dix ans, présentant des signes d'occlusion. A l'examen radiologique, six heures et demie après l'ingestion d'un repas opaque : résidu gastrique important; distension marquée des anses grêles; à l'extrémité distale des ombres du grêle, on voit une ombre mince ourler en quelque sorte un centre plus clair de forme ovale (calcul biliaire).

« A l'intervention (professeur Hotz), on trouve, dans le segment terminal du grêle, un calcul aplati de 4^{cm},5 sur 3^{cm},3, autour duquel l'intestin est spasmodiquement contracté. En amont, dilatation considérable des anses grêles.

« L'autopsie montra de plus une perforation du fond de la vésicule biliaire dans le duodénum, par où le calcul s'était frayé une voie. »

Rauch, en mars 1929, a publié une observation, dans laquelle je lis : « A l'examen radiographique de l'occlusion d'une vieille femme de soixante-seize ans, on vit, dans le bassin, une ombre calcifiée de la taille d'un œuf de poule. On intervint aussitôt : le corps étranger était un calcul biliaire de 17 grammes. »

Enfin, je rappelle les beaux clichés que je dois à Aimé et où l'on voit le calcul enclavé dans le duodénum (Brocq, Brodin, Aimé), et l'observation intéressante de Cogniaux et Houssa. Sur leur cliché on reconnut, à une deuxième lecture, « l'ombre du calcul sur laquelle vient se terminer la dilatation du grêle ».

L'observation de Ludin et la mienne apportent l'image décisive de l'iléus biliaire et une certitude de diagnostic par les rayons. Mais il restera à établir si le repas opaque est sans inconvénient et si la laparotomie exploratrice ne reste pas préférable. A ces deux observations s'ajoute celle, remarquable, de Huet. L'examen de Porcher a montré chez une malade très grasse, à occlusion de diagnostic difficile, l'image typique du serpent à tête claire que notre observation nous avait fait connaître. Porcher put dire à Huet le siège de l'occlusion, sa nature (obturation), sa cause (calcul).

Jamais l'utilité de la radiographie ne fut plus clairement démontrée. Porcher se trouve ainsi, avec mon observation et celle de Huet, avoir donné de l'iléus biliaire les deux meilleures représentations radiologiques.

Un cas récent m'a cependant permis d'utiliser cette connaissance, au profit d'une malade. Appelée par le Dr Lejeune auprès d'une grosse femme de soixante-douze ans, à antécédents lithiasiques nets, et prise, depuis cinq jours, de douleurs abdominales avec ictère fugace de quarante-huit heures, ballonnement, péristaltisme, arrêt des matières, il y avait bien de quoi évoquer l'iléus; mais, à cause d'un empâtement sous-hépatique, j'étais incertain : péricholécystite avec obstruction par cou-

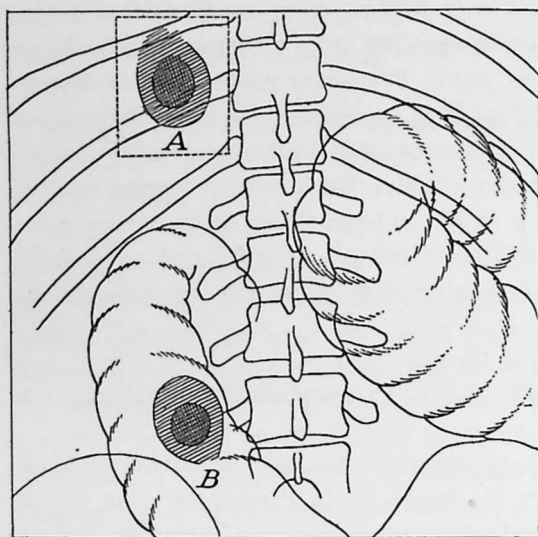


Fig. 173. — On peut voir sur ce dessin, à hauteur de la vésicule et plus bas, une ombre ovale à centre plus foncé. La première image existait seule à un premier examen; on avait cru à un gros calcul intra-vésiculaire. A l'intervention, pas de calcul, mais communication cholécysto-duodénale. Quelques jours après, à cause de signes d'occlusion intestinale, nouvelle radiographie. Elle montre l'ombre qui est en bas. On intervient : il y avait iléus biliaire. Entre la première et la seconde radiographie, le calcul (voir figure 174) avait fait son entrée et son chemin dans l'intestin grêle. (Mc WHORTER.)

ture, ou iléus biliaire ? L'examen radiographique, dans les deux heures, nous apprend que tout passait par l'intestin. Il n'avait peut-être pas été sans profit, pour elle, d'éviter, à une femme de soixante-douze ans, une laparotomie exploratrice dans son ventre gras, et il n'avait pas été sans profit pour nous de vérifier une fois de plus que, lorsque les phénomènes d'obstruction sont d'origine inflammatoire (péri-iléite, péri-colite subaiguë), le traitement doit d'abord viser les phénomènes infectieux : lorsque décroissent ceux-ci, la paralysie intestinale ou l'obstacle presque toujours cèdent

vite. C'est bien ce qu'ont vu aussi, pour des plastrons sous-hépatiques, avec occlusion du gros intestin, Clavel et Riahy.

L'observation si intéressante de Mac Worther, de Chicago, va nous montrer les services rendus par la radiographie dans un cas grave.

« Femme de soixante-trois ans. Crise de douleur aiguë à l'épigastre ayant débuté une semaine avant l'admission et plus intense depuis la veille.

« Dans les antécédents, deux crises douloureuses semblables. A déjà rejeté cinq ou six petits calculs biliaires.

« A l'entrée, femme obèse, qui ne paraît pas très malade. Sensibilité et spasme musculaire au-devant de la vésicule biliaire, mais pas de masse perçue. Abdomen non distendu par les gaz. Pouls de 96 à 108. Température, 100° F., monte un peu dans les trois jours qui suivent. Leucocytose, 11.800. Examen des selles absolument négatif. Une radiographie de la vésicule montre une ombre dense, petite, sphérique, avec une ombre ovale tout autour. Le diagnostic du radiologiste est que l'ombre ovale est due à une vésicule épaissie, augmentée de volume, qui contient un calcul que représente l'ombre plus dense (Voir fig. 173).

« A cause de l'aggravation des symptômes (vomissements) et des observations radiologiques, on décide d'opérer sans retard.

« On ne trouve qu'une masse inflammatoire dans la région vésiculaire formée par les adhérences de l'épiploon au foie et au duodénum. On a l'impression d'une induration maligne. On sépare avec soin, mais la vésicule adhère au duodénum et communique avec lui par une large ouverture qui laisse s'écouler de la bile. On enlève la vésicule, dans laquelle on ne peut trouver de calcul. Pas de distension de l'intestin.

« Les premiers jours, convalescence normale, sauf de petits vomissements fréquents et répétés. On lave l'estomac; ils persistent. Le sixième jour après l'intervention, ils sont marrons et d'odeur fécaloïde. On lave l'estomac toutes les quatre heures, jour et nuit, pendant deux jours. Le huitième jour, malade beaucoup plus faible, la distension abdominale apparaît pour la première fois. Peu de douleurs abdominales, peu de plaintes.

« Au huitième jour, une nouvelle radiographie. On retrouve la même ombre sphérique, mais, cette fois-ci, beaucoup plus bas du côté droit dans l'angle entre la colonne lombaire et la crête iliaque. Distension de nom-

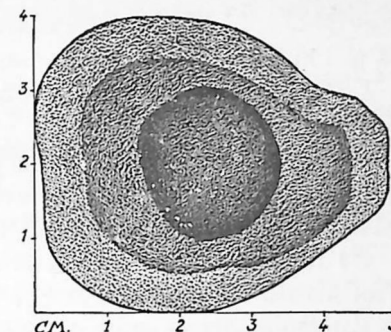


Fig. 174. — Image radiographique du calcul (Voir fig. 173, l'histoire de sa migration). (Mc WHORTER.)