

deviennent plus courtes et plus rares. Le ventre se ballonne, et après une série de crises de constipation suivies de débâcle, survient l'obstruction complète et définitive de l'intestin, c'est-à-dire l'occlusion intestinale.

La *douleur* est peu intense, intermittente.

La *constipation* n'est absolue qu'à la première crise d'occlusion. Suivant la cause du rétrécissement, les selles seront diarrhéiques, sanglantes (cancer); suivant la forme de ce même rétrécissement, rubanées, aplaties, effilées, etc. Le *météorisme* n'est pas très accusé.

Les *vomissements* rares et tardifs ne sont fécaloïdes qu'à la période d'occlusion.

Les *symptômes généraux* peuvent ne faire leur apparition qu'à la période ultime de la maladie.

Le tableau de la forme chronique de l'occlusion intestinale variera nécessairement suivant la cause qui l'a produite (V. CANCER, RÉTRÉCISSEMENTS, CORPS ÉTRANGERS DE L'INTESTIN). On peut classer les symptômes de cette forme en deux groupes : symptômes de diminution progressive du calibre de l'intestin, auxquels font suite des symptômes d'arrêt complet des matières.

La terminaison de l'occlusion chronique est variable suivant la cause.

Diagnostic de l'Occlusion Intestinale. — Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un ensemble de signes lui faisant penser à une occlusion intestinale, il doit, avant tout, explorer attentivement, les unes après les autres, les régions herniaires, pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une *hernie étranglée*.

Le toucher rectal lui permettra de reconnaître qu'il n'y a pas d'obstacle à ce niveau.

Le diagnostic de l'occlusion intestinale comprend la réponse aux trois questions suivantes : 1° Les signes d'occlusion dépendent-ils d'un obstacle mécanique? — 2° Où siège cet obstacle? — 3° Quel est cet obstacle?

1° Le diagnostic positif d'occlusion intestinale se fera par les signes suivants : douleurs abdominales atroces, vomissements fécaloïdes, arrêt absolu des matières et des gaz, météorisme abdominal, avec des signes généraux très graves de dépression.

Quelques maladies, dont le *choléra*, les *coliques hépatiques*, *néphrétiques*, *appendiculaires*, certains *empoisonnements*, ont plusieurs signes communs (vomissements, douleurs, phénomènes de dépression) avec l'occlusion aiguë, mais ces maladies s'accompagneraient-elles de constipation, jamais celle-ci ne serait *absolue* comme dans l'occlusion intestinale.

Le diagnostic d'occlusion d'avec certaines *péritonites aiguës et chroniques* est parfois très difficile.

Une erreur, bien souvent commise, consiste à prendre une *péritonite aiguë*, par *perforation*, pour une occlusion intestinale aiguë : mêmes symptômes (douleur abdominale excessive, vomissements, météorisme, constipation, phénomènes de dépression très accusés).

En faveur de la péritonite on peut invoquer : la rareté des vomissements fécaloïdes, une constipation moins complète, une généralisation beaucoup plus rapide de la douleur, parfois la possibilité de constater un épanchement; un frisson initial, suivi habituellement, d'une élévation de la température.

Mais ces différences ne sont souvent que des nuances difficiles à saisir et entre l'occlusion intestinale vraie par obstacle mécanique et celle de la péritonite (par péritonisme), le diagnostic est extrêmement délicat.

L'*entérite* et l'*entérocôlite*, l'*inflammation du cæcum* et de l'*appendice*, s'accompagnant de signes d'occlusion, sont également d'un diagnostic très difficile (V. APPENDICITE).

Dans l'*entérocôlite*, les vomissements sont très rarement fécaloïdes; le maximum de la douleur se trouve au niveau de l'anse enflammée; le malade l'accuse en ce point et le chirurgien la provoque par la pression. Par l'interrogatoire du malade, le chirurgien apprend que ce dernier a déjà, antérieurement, éprouvé des crises semblables et que ces crises n'ont duré que quelques heures pour se terminer spontanément, qu'il souffre depuis longtemps de troubles intestinaux (colite chronique).

La ressemblance clinique de l'*occlusion chronique* avec certaines péritonites chroniques (tuberculeuse ou cancéreuse) expose à des erreurs fréquentes de diagnostic (V. PÉRITONITES TUBERCULEUSES).

2° Le diagnostic d'occlusion intestinale étant posé, il faut rechercher où siège l'obstacle.

En règle générale, dans l'occlusion aiguë, l'obstacle siège au niveau de l'intestin grêle; dans l'occlusion chronique, au niveau du gros intestin.

La région de l'abdomen où siège l'affection est parfois indiquée dans l'occlusion aiguë par la *fixité de la douleur en un point* (Besnier), surtout si ce point correspond à celui par où la douleur a débuté, et si la palpation fait découvrir à ce niveau, avant l'apparition du météorisme, une induration ou une tuméfaction.

Dans quelques observations d'occlusion chronique, les malades percevaient en un point de leur abdomen une *sensation d'arrêt*, en rapport avec le siège maximum des contractions intestinales.

La constatation d'une tuméfaction limitée indiquerait le siège de l'obstacle; mais cette tuméfaction, quand on la rencontre, est masquée de bonne heure par le ballonnement.

Le siège de l'obstacle pourrait encore être déduit de la forme du ventre : il y aurait un certain rapport entre le sens du développement abdominal et la situation de l'obstacle.

Lorsque les flancs restent aplatés, la région ombilicale fait saillie en avant sous une forme globuleuse, on peut penser à une occlusion de la fin de l'intestin grêle. Au contraire, quand le ballonnement, très marqué au niveau des flancs, provoque l'élargissement de l'abdomen, on doit songer à une occlusion du gros intestin. Le flanc gauche étant déprimé et le flanc droit très ballonné, peut-être l'obstacle siège-t-il au niveau du côlon transverse.

L'occlusion produit un rétrécissement de l'intestin au-dessous de l'obstacle, et s'accompagne d'une dilatation au-dessus. Aussi, suivant qu'on constate ou non la dilatation du cæcum, on pensera à un obstacle du gros intestin ou de l'intestin grêle.

Le caractère des vomissements pourrait aider à ce diagnostic : vomissements précoces fécaloïdes : obstacle occupant la fin de l'intestin grêle; — vomissements tardifs, rares : obstacle occupant le gros intestin.

Le gros intestin, ayant une capacité de 2 litres environ, la possibilité de faire une injection rectale de 2 litres indique que l'on se trouve en présence d'une occlusion siégeant au niveau du cæcum ou plus haut. Si, pendant l'injection, l'auscultation du gros intestin permet d'entendre le liquide arrivant dans le cæcum, c'est une occlusion de l'intestin grêle. Enfin la constatation par la palpation, d'une anse intestinale volumineuse et fixée, serait d'un précieux secours pour le diagnostic du siège de l'occlusion.

3° Le nombre des procédés préconisés pour diagnostiquer le siège d'une occlusion reconnue indique assez les difficultés de la chose. On rencontre les mêmes difficultés, lorsqu'il s'agit de déterminer la cause de l'occlusion.

A. *Occlusion aiguë*. — (*Invagination étranglée, volvulus, étranglement par un anneau accidentel, une bride, un diverticule, un collet de hernie interne, entérite, péritonite*).

S'agit-il d'un *enfant*, c'est à l'*invagination aiguë* qu'on doit penser tout d'abord. Avant quatre ans, on ne rencontre guère d'autres occlusions.

Les invaginations occupent ordinairement le gros intestin, 70 fois sur 100 (Leichtenstern).

La palpation de l'abdomen permet de découvrir, dans le flanc droit, le plus souvent, une tuméfaction en forme de boudin, mobile parfois : c'est l'intestin invaginé. La vacuité du flanc gauche est remarquable (Dance). Les vomissements sont exceptionnellement fécaloïdes ; la constipation n'est pas absolue ; il y a très souvent des selles diarrhéiques, muco-sanguinolentes, contenant parfois des portions de l'intestin sphacélé. Il existe, dans de nombreux cas, des épreintes anales, du ténésme.

Mais l'invagination est souvent confondue avec une perforation de l'appendice (V. APPENDICITE) ou inversement.

S'agit-il d'un *adulte*, si l'occlusion débute brusquement et évolue très rapidement, on soupçonnera un *volvulus* ou un *étranglement interne*.

Le *volvulus* siège souvent à l'S iliaque. L'absence de tout antécédent personnel morbide (intestinal) est en faveur du *volvulus*. Le ballonnement, souvent énorme, a débuté par le côté gauche. La palpation permettrait parfois de délimiter l'anse distendue, fixée profondément.

Des troubles digestifs anciens, une péritonite antérieure sont en faveur d'un *étranglement interne* par brides péritonéales. Dans les étranglements (brides, anneaux accidentels, hernies internes, diverticules) les symptômes sont d'une gravité exceptionnelle : coliques atroces, vomissements rapidement fécaloïdes, état de dépression très marqué, anurie presque absolue.

Les calculs biliaires ayant migré dans l'intestin pourraient donner naissance à une occlusion aiguë. Il s'agit, le plus souvent, de femmes âgées, ayant eu des attaques de coliques hépatiques. Il en est de même des autres causes de l'occlusion chronique (cancer, tuberculose, etc.).

B) *Occlusion chronique*. — Après avoir éliminé les *tumeurs abdominales* et *pelviennes*, susceptibles de comprimer l'intestin, les *péritonites tuberculeuses* et certaines *affections du rectum*, produisant l'occlusion intestinale chronique (V. RECTUM), on tentera d'établir un diagnostic entre les causes suivantes d'occlusion : l'occlusion par masses fécales, par corps étrangers, par

adhérences cicatricielles d'anses intestinales, l'invagination chronique, les divers rétrécissements de l'intestin.

L'occlusion par *masses fécales* durcies, se rencontre, surtout, chez les aliénés et les femmes adultes hystériques. Depuis longtemps déjà, la malade souffrait de constipation rebelle. C'est peu à peu, très lentement, que le ventre augmente de volume ; les douleurs vraies n'apparaissent qu'à une période très avancée. Les vomissements, très rarement fécaloïdes, sont tardifs. La constipation n'est pas absolue, car la malade parvient, après de grands efforts, à évacuer quelques matières dures, ovillées.

L'occlusion n'étant pas complète, il peut même arriver que la malade évacue des matières semi-liquides, ayant réussi à franchir le bol fécal entre celui-ci et la paroi de l'intestin. On reconnaît, par la palpation du gros intestin, une tuméfaction en forme de boudin, de volume variable, pâteuse, gardant l'empreinte du doigt, ou une série de masses dures, arrondies, mobiles.

On doit toujours interroger la malade sur la nature des aliments qu'elle aurait pris.

Mais cette obstruction intestinale (occlusion chronique) est susceptible, à une période quelconque de la maladie, de se transformer en occlusion aiguë.

Si, en interrogeant le malade, on constate qu'il a eu ou qu'il a une appendicite, une inflammation péritonéale (péritonite tuberculeuse, pelvi-péritonite) ; qu'il a subi quelque opération abdominale, susceptible de laisser comme reliquat une bride cicatricielle (cure radicale de hernie étranglée, hystérectomie, ovariectomie, etc.), on pourra admettre l'occlusion chronique par *adhérences larges, cordons ou flexions*.

L'*invagination chronique* est d'un diagnostic très délicat. Rafinesque donne comme éléments de diagnostic : une douleur intermittente ou paroxystique ; des selles muco-sanguinolentes, accompagnées de ténésme ; la présence d'une tumeur cylindrique, mollesse, accessible par le toucher rectal combiné à la palpation, et faisant quelquefois issue par l'anus.

Le *cancer* et les divers *rétrécissements* de l'intestin (v. c. m.) sont souvent fort difficiles à différencier.

Pronostic. — a) *Occlusion aiguë*. — Si le cours des matières ne se rétablit pas, la mort est certaine dans l'occlusion par obstacle mécanique.

Dans l'*invagination aiguë*, on observerait, d'après Leichtenstern, la guérison, par désinvagination du boudin invaginé, ou par élimination de ce boudin gangrené, dans un peu plus du quart des cas.

Dans les occlusions aiguës par brides, *volvulus*, anneaux, etc., le pronostic est presque toujours fatal, à moins d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale précoce.

Dans certains cas, l'occlusion suit une marche suraiguë, et tue en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Plus souvent, le malade ne succombe qu'au bout de quelques jours, par péritonite ou perforation de l'intestin, ou même simplement par un affaiblissement progressif de son organisme.

b) *Occlusion chronique*. — Le pronostic de l'occlusion chronique prise en elle-même est moins sombre que celui de l'occlusion aiguë.

Dans les rétrécissements (tuberculose, cancer), ce n'est pas tant l'occlusion

qui fait porter un pronostic presque sûrement fatal que la tuberculose ou le cancer ayant amené cette occlusion. L'intervention chirurgicale, si elle ne permet pas la guérison du malade, prolonge souvent beaucoup son existence.

L'invagination chronique est grave, et seule l'intervention chirurgicale, pour une invagination chronique datant d'un certain temps, peut sauver le malade.

L'occlusion par masses fécales est la moins dangereuse des occlusions.

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION AIGUË. — Les grandes difficultés du diagnostic de l'occlusion aiguë, prise en elle-même, et surtout de la cause de l'occlusion, font comprendre les hésitations du praticien, lorsqu'il doit décider du traitement.

En effet, le pronostic dépend, en grande partie, de la nature de l'obstacle, et dans les nombreux cas où ce dernier diagnostic reste en suspens, il est permis d'hésiter avant de se décider pour une intervention chirurgicale, toujours dangereuse, et parfois inutile, car le traitement médical seul guérirait, suivant la statistique, un quart ou même un tiers des malades.

Il semble donc qu'on ne puisse préconiser l'intervention chirurgicale d'emblée, mais il faut bien savoir, cependant, que celle-ci a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est plus précoce.

Il est impossible de formuler des règles précises pour l'intervention ou la non-intervention, sauf s'il s'agit d'une occlusion suraiguë où l'intervention d'urgence s'impose. Dans les autres cas, c'est au praticien de se décider pour une intervention chirurgicale immédiate, ou pour une intervention chirurgicale précédée d'un traitement médical.

A) **Traitement médical.** — Avant tout, ne jamais ordonner un purgatif, médication qui n'a d'autre effet que d'augmenter les souffrances du malade et de hâter sa fin.

La thérapeutique doit avoir pour objet de calmer la douleur, de modérer l'exagération des mouvements péristaltiques, de diminuer la tension abdominale et de soutenir les forces du malade (Ashurst).

Il existe un médicament répondant complètement à ces desiderata : c'est l'opium.

On l'administrera par pilules d'extrait thébaïque d'un centigramme, prises d'heure en heure, jusqu'à la dose de 15 à 20 centigrammes, au maximum, en vingt-quatre heures pour un adulte.

Mais le danger de ce traitement, c'est qu'il peut masquer la gravité de l'état du malade par l'atténuation qu'il apporte à tous les symptômes de l'occlusion. Aussi doit-on l'abandonner si le pouls devient fréquent, petit, et que l'état général s'altère progressivement.

Comme adjuvants du traitement opiacé, nous signalerons les grandes injections rectales d'eau et les insufflations d'air ou de gaz, tel que l'hydrogène. Mais il faut se méfier des injections forcées, à haute pression et du massage, manœuvres capables, et on en connaît déjà des observations, de faire éclater un intestin à parois amincies par la distension.

Enfin l'électricité, appliquée avant toute complication inflammatoire, aurait donné et peut donner d'excellents résultats. On l'emploie sous forme de lave-

ments électriques, soit qu'on ait recours, avec Bucquoy (1878) aux courants induits, ou, avec Boudet de Paris, aux courants continus.

« L'excitateur rectal se compose d'une grosse sonde en gomme, qu'on introduit dans le rectum, aussi profondément que possible; cette sonde est armée d'un mandrin métallique tubulaire, dont l'extrémité n'atteint pas le niveau de l'œil de la sonde; ce mandrin est rattaché, par un fil conducteur, à l'un des fils de la batterie, et, au moyen d'un tube de caoutchouc, on le raccorde avec la canule d'un irrigateur ordinaire plein d'eau salée. Cette eau traverse le mandrin, s'y électrise et remplit l'intestin, en portant l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse; elle joue, par le fait, le rôle d'un excitateur liquide très étendu » (Boudet de Paris).

De plus, on se sert d'une large plaque recouverte de peau de chamois mouillée, qu'on applique comme second excitateur, au niveau des régions dorsale ou abdominale.

Ce traitement par l'électricité donne des résultats d'autant meilleurs qu'on l'emploie plutôt après le début des accidents.

S'il n'y a que pseudo-étranglement (péritonisme), une seule séance suffit pour triompher de l'obstacle; s'il y a occlusion véritable, et qu'on n'obtienne aucun résultat, après plusieurs séances, il faudra recourir à l'intervention chirurgicale.

L'affaiblissement des battements cardiaques avec menace de syncope, serait une contre-indication à l'emploi des lavements électriques.

En résumé, si l'on excepte les cas d'occlusion suraiguë où l'intervention chirurgicale s'impose d'urgence, il semble qu'on puisse tenter tout d'abord le traitement opiacé, tout en surveillant très attentivement l'état général du malade; les injections rectales pourraient être utiles, si l'obstacle siègeait sur le gros intestin. On administrerait enfin un lavement électrique, et si, après deux ou trois séances, le cours des matières n'était pas rétabli, il faudrait recourir à une intervention chirurgicale.

B) **Traitement chirurgical.** — Le chirurgien a le choix entre deux opérations : la *laparotomie*; exploratrice d'abord, et curative ensuite, pour aller lever l'obstacle; — l'*entérotomie*, opération palliative, qui consiste à ouvrir, au-dessus de l'obstacle, une voie d'échappement pour les matières intestinales, mais qui ne touche pas à l'obstacle.

La majorité des chirurgiens préconise la laparotomie. Si, celle-ci étant faite, on ne peut lever l'obstacle, on établit alors un anus en bon lieu et non au hasard, comme lorsqu'on pratique une entérotomie d'emblée. Il est certain que la laparotomie est l'opération de choix dans l'occlusion intestinale aiguë. Mais, en pratique, dans bien des cas, on est obligé d'abandonner l'opération de choix pour recourir à l'opération de nécessité (entérotomie).

a) **Laparotomie dans l'occlusion intestinale aiguë.** — Nous ne parlerons pas des préliminaires, et du premier temps de l'opération.

L'incision de la paroi abdominale étant faite, l'opération comprend la recherche de l'obstacle, et le rétablissement de la perméabilité du canal intestinal.

1^{er} Temps. — Incision de la paroi abdominale.

2^e Temps. — Recherche de l'obstacle. — Après l'ouverture du péritoine.

on déroule successivement et méthodiquement les anses intestinales, en les attirant dans la plaie, de la façon suivante :

On reconnaît le cœcum avec la main : est-il vide, l'obstacle siège au-dessus, c'est-à-dire sur l'intestin grêle; est-il distendu, l'obstacle siège au-dessous, c'est-à-dire sur le gros intestin.

Dans le premier cas, la main ayant reconnu le point d'abouchement de l'intestin grêle dans le cœcum, attire dans la plaie les anses intestinales qu'elle dévide *rapidement et méthodiquement*, à partir du point précédemment indiqué, jusqu'à ce qu'on rencontre l'obstacle. Les anses intestinales ne doivent pas sortir de la cavité abdominale.

Dans le second cas, la main suit le côlon ascendant, puis le côlon transverse et le reste du gros intestin jusqu'à l'obstacle. Si l'obstacle siège au niveau du côlon transverse, il est difficilement accessible, si on n'a pas pratiqué une grande incision abdominale, car le paquet des anses grêles dilatées le refoule en haut sous les fausses côtes.

Quelle doit être la longueur de cette incision? — Il n'y a pas de règle fixe à ce sujet.

Il est certain qu'une incision très longue, sans aller cependant jusqu'à l'incision préconisée par Kummel (de l'appendice xyphoïde au pubis) facilite la tâche du chirurgien, en rendant moins pénible la découverte de l'obstacle; mais, une telle incision offre le danger d'exposer au contact de l'air le paquet des anses intestinales qui peut faire irruption en masse par la large plaie béante.

Aussi, en France, préconise-t-on une incision de longueur moyenne; on l'agrandit au besoin, par une seconde incision, suivant les circonstances, mais en prenant la précaution de fermer par quelques larges points de suture, la première incision : on évite ainsi l'issue de l'intestin au dehors.

Si les anses sont rendues irréductibles par leur trop grande distension, la recherche de l'obstacle devient impossible. Dans ce cas, on fend une anse intestinale qu'on fixe au dehors de l'abdomen. On la laisse ouverte environ un quart d'heure, temps nécessaire pour qu'elle ait évacué une quantité suffisante de gaz et de matières fécales. On ferme l'incision par des points de suture, et après avoir mis une double ligature provisoire au-dessus et au-dessous, on fixe cette anse au dehors. On recherche alors l'obstacle. Le trouve-t-on, on le lève et on rentre dans l'abdomen l'anse suturée.

Si on ne parvient pas à découvrir l'obstacle, ou que l'ayant découvert, on ne puisse le lever, on referme l'incision autour de l'anse sectionnée : on établit ainsi, en enlevant les sutures, un anus contre nature.

3^e Temps. — Rétablissement de la perméabilité du canal intestinal. — Ce temps variera nécessairement suivant la nature de l'obstacle.

Pour une *invagination*, on tentera la réduction du déplacement, en refoulant de bas en haut, par des pressions douces, le boudin invaginé : il peut quelquefois être nécessaire d'ouvrir l'intestin au-dessous de l'invagination, afin d'introduire un doigt pour repousser directement le boudin invaginé (Ashurst).

S'agit-il d'un *volvulus*, on cherchera à le détordre; d'un *étranglement* par *bride*, on sectionnera celle-ci entre deux ligatures, etc....

Trouve-t-on un obstacle par *corps étranger* ou *calculs biliaires*? On ouvrira l'intestin qu'on suturera ensuite.

L'occlusion intestinale par *rétrécissements* (*cancéreux* ou autre) nécessitera la résection suivie de l'entérorraphie circulaire ou l'établissement d'un anus contre nature.

La tumeur n'est-elle pas extirpable, on traitera l'occlusion par un *anus contre nature* (v. c. m.) ou une *entéro-anastomose*.

Quand il y a gangrène, perforation ou même simplement menace de perforation de l'intestin, on pratiquera une *entérectomie*; on agira de même dans les cas d'invagination irréductible. L'entérectomie sera suivie d'une *entérorraphie* ou de l'établissement d'un anus contre nature.

Les parois de l'intestin dans l'occlusion sont amincies par leur distension et rendues friables par leur mauvaise nutrition qui peut aller jusqu'à la gangrène : aussi la plus grande douceur est-elle de rigueur, pour le chirurgien, s'il veut éviter une rupture de l'intestin.

Statistique opératoire de la laparotomie pour occlusion intestinale aiguë. — La laparotomie est une opération grave et comporte un pronostic d'autant plus funeste qu'elle est pratiquée plus tardivement après le début des accidents d'occlusion et qu'elle est faite moins rapidement.

D'après la statistique de Curtis, la mortalité serait de 62 pour 100, si l'on ne compte que les malades opérés dans les premières vingt-quatre heures; de 70 pour 100 sur les opérés du deuxième jour; de 75 pour 100 sur ceux du troisième.

L'état général de l'opéré est encore un facteur très important pour le pronostic.

Plus l'opération est courte, plus elle a de chances de guérison. Curtis relate 186 cas où l'obstacle fut levé dès le ventre ouvert et où on a obtenu 81 guérisons (soit 56,4 pour 100).

Aussi comprend-on que le pronostic opératoire variera avec chaque variété d'occlusion.

La laparotomie pour *invagination* chez l'adulte et l'enfant serait de 76 pour 100 (Curtis). Chez l'enfant seul, Wiggin, en relatant des opérations faites depuis 1889, accuse une mortalité de 22,2 pour 100.

Les résultats opératoires sont chaque jour meilleurs, grâce aux progrès de la chirurgie qui permet une plus grande rapidité opératoire, et surtout grâce à cette croyance absolue en la nécessité d'une intervention précoce.

C'est en pratiquant la laparotomie d'urgence, pourrait-on dire, comme s'il s'agissait d'une hernie étranglée, qu'on évite l'entérectomie, d'une gravité extrême, surtout chez les enfants.

Pour le *volvulus*, la mortalité serait de 71,4 pour 100 (Ashurst); — de 82,2 pour 100 (Curtis). Le *volvulus* une fois réduit a tendance à se reproduire.

Afin d'éviter la récurrence, on peut raccourcir le méso-côlon en le plissant et en fixant les plis par des sutures (Senn); — réséquer une portion de l'anse (Obalinski); — fixer le côlon transverse à la paroi abdominale au niveau d'un plan passant par la grande courbure de l'estomac (Villars).

Pour les *étranglements* (brides, diverticules), la statistique de Curtis donne 59 pour 100, et pour les incarcérations internes 60,7 pour 100.

Entérotomie. — Cette opération consiste à inciser une anse intestinale après l'avoir fixée à la plaie abdominale.

On a recours à cette opération lorsque, après l'incision abdominale, premier temps de la laparotomie pour occlusion intestinale, les anses intestinales sont tellement distendues qu'il faut évacuer une partie de leur contenu avant de procéder à la recherche de l'obstacle.

On se décidera encore pour l'entérotomie si le malade est dans un état de dépression très accusée (pouls fréquent, petit, aspect misérable) du fait d'un trop long temps écoulé depuis le début des accidents.

Une laparotomie tentée, dans ces conditions, ne ferait que hâter la terminaison fatale : seule l'entérotomie, grâce à la grande rapidité avec laquelle on la pratique, et grâce aussi au minimum de choc opératoire qu'elle comporte, pourrait peut-être sauver le malade.

C'est Nélaton qui a précisé les indications de l'entérotomie pratiquée pour la première fois à Paris en 1858 par Gustave Monod.

On incise, du côté droit ou du côté gauche suivant le cas, au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, sur une étendue de 7 centimètres à peu près.

Après avoir fendu le péritoine sur une longueur de 4 centimètres, on fixe l'anse intestinale qui se présente et on l'ouvre.

Habituellement l'anse qui se présente appartient à la fin de l'iléon (*entérotomie*); mais parfois c'est le cœcum qu'on a sous les yeux : dans ce cas, l'obstacle siègeant plus bas, on pratique une *cœcotomie*.

Cette opération, d'une pratique très simple, peut être exécutée en quelques minutes, sans anesthésie ou avec une anesthésie locale à la cocaïne.

Ce n'est pas une opération curative, mais palliative. Et cependant, l'évacuation des matières a été suivie, dans plusieurs observations, de la guérison de l'occlusion (élimination du boudin invaginé, redressement d'un volvulus, etc.).

Lorsque l'opéré ne succombe pas à une complication tenant à la persistance de l'étranglement, comme la perforation et la gangrène, et que l'anus contre nature fonctionne régulièrement, l'amélioration de l'état général est possible, et une opération curatrice, ultérieure, aura beaucoup plus de chance de succès que si elle avait été entreprise primitivement (Schede).

La mortalité opératoire serait de 68,9 pour 100 (Curtis).

Résumé du traitement de l'occlusion aiguë. — Pour une occlusion suraiguë (nœud diverticulaire, étranglement par bride), lorsque le traitement électrique échoue, on doit pratiquer sans hésiter la *laparotomie*.

Pour les cas aigus, où le diagnostic reste en suspens, on se comportera de même, si le lavement électrique ne réussit pas à rétablir le cours des matières et si les symptômes deviennent inquiétants.

C'est encore à la laparotomie que le chirurgien aura recours s'il a fait d'une façon presque certaine le diagnostic d'occlusion par invagination ou par bride.

L'entérotomie est indiquée quand l'état général est trop mauvais pour qu'on puisse tenter la laparotomie; lorsque le chirurgien est appelé trop longtemps après le début des accidents et que les forces du malade sont par trop affaiblies.

En somme, la laparotomie serait indiquée dans les cas aigus, avec bon état général; et l'entérotomie, toutes les fois que l'état général est trop mauvais pour qu'une laparotomie ait chance d'être suivie de guérison.

L'entéro-anastomose et l'entérectomie seraient réservés pour certains cas

d'occlusion chronique, « non seulement parce que l'état général du malade dans l'occlusion aiguë commande le minimum de durée de l'opération, mais encore parce que, avec un intestin surdistendu par les matières et les gaz, souvent friable, il est bien difficile de ne pas souiller le péritoine et bien aléatoire de compter sur les sutures » (Chaput).

La résection d'une portion de l'intestin (entérectomie) est cependant parfois indiquée pour certaines formes d'occlusion aiguë (rétrécissement ou cancer, intestin gangrené, invagination irréductible); mais encore ne la tentera-t-on que si elle est rendue nécessaire (perforation ou gangrène de l'intestin) et qu'on puisse la faire facilement; autrement on aura recours à l'anus contre nature. Ce n'est que plus tard qu'on pratiquera l'entérectomie.

Si celle-ci est cependant absolument nécessaire, voici les procédés de résection employés dans l'invagination :

L'état de la gaine commande le procédé; gaine nettement altérée ou même suspecte : entérectomie totale; gaine saine : résection du boudin par une incision longitudinale faite à la gaine.

Par le *procédé de Widenham Maunsell*, on fait une incision longitudinale sur le fourreau; on attire à travers celle-ci le boudin jusqu'à ce qu'on voie le collier. On transfixe la base du boudin par deux aiguilles droites munies de fil et on ampute les cylindres à un quart de pouce au-dessous de ces aiguilles.

Les fils étant passés au travers, on coupe chaque fil en son milieu, de façon à pouvoir nouer quatre points de suture. Le moignon est alors remis en place et l'incision longitudinale suturée.

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION CHRONIQUE.

Obstructions fécales. — Le traitement est plutôt médical que chirurgical. C'est le seul cas d'occlusion où l'on puisse et où l'on doit même employer les purgatifs : huile de ricin, par cuillerées à café, d'heure en heure. On ordonnera, en même temps, avec un bock, de grands lavements d'eau chaude, ou mieux d'huile chaude. Enfin le lavement électrique guérirait presque toutes les occlusions intestinales par masses fécales.

Le massage abdominal, l'application de glace sur le ventre réussiraient, dans certains cas.

Les *obstructions par larges compressions* (tumeurs abdominales et utérines) seront traitées par l'ablation de la tumeur ou, si la tumeur est inopérable, par l'établissement d'un anus artificiel.

Rétrécissement. — Pendant un temps, parfois fort long, le malade atteint de rétrécissement intestinal (tuberculeux ou cancéreux) peut éviter, par un traitement médical approprié, un accès d'occlusion aiguë. Ce traitement consistera à ordonner au malade, des laxatifs doux, des lavements d'huile. L'alimentation sera presque exclusivement liquide, et composé d'aliments de facile et complète digestion.

Quand l'occlusion arrive, c'est au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours.

Entérectomie. — On pratiquera une laparotomie suivie d'entérectomie pour un rétrécissement simple ou tuberculeux, lorsque l'intestin est libre de toute adhérence inflammatoire; pour un rétrécissement cancéreux, si le mal

n'est pas trop étendu; mais dans les deux cas il faut que l'état général du malade ne soit pas altéré au point de ne pouvoir supporter une opération longue et pénible. Si le patient est trop affaibli pour résister au choc opératoire, on se contentera d'une opération palliative (anus artificiel) qu'on fera suivre, au besoin, au bout d'un certain temps, d'une opération curatrice.

Manuel opératoire. — Un premier point d'une importance capitale pour la réussite opératoire, c'est de s'assurer, avant de faire la suture des deux extrémités de l'intestin réséqué, de la vitalité, c'est-à-dire de l'irrigation suffisante des parois intestinales.

Voici, d'après Kocher, les 6 temps de l'entérectomie :

1^{er} Temps. — On attire hors de l'abdomen la portion d'intestin où siège le rétrécissement, et on l'entoure de compresses trempées dans de l'eau salée stérilisée (7,5 de sel par litre).

2^e Temps. — On place deux pinces modérément serrées et on les oriente de façon qu'on ait à enlever plus d'intestin du côté de la convexité que du côté de la concavité (insertion mésentérique).

3^e Temps. — On coupe l'intestin entre les pinces et on désinfecte les surfaces de section avec une solution de sublimé à 1/1000°. Après avoir pincé la portion correspondante du mésentère, on la sectionne.

4^e Temps. — On vide, par compression, en commençant par le point où sont mises les pinces, les deux segments d'intestin maintenus et comprimés à une certaine hauteur par les deux doigts d'un aide. Les pinces sont alors enlevées et les deux extrémités sont nettoyées avec de la gaze stérilisée.

5^e Temps. — Deux points de fixation, mis, le premier à l'insertion mésentérique et le second au niveau de la convexité, affrontent les deux tubes intestinaux. On fait ensuite une suture continue (suture de fixation) qui prend toutes les couches de la paroi (le plus possible de séreuse et le moins possible de muqueuse).

6^e Temps. — La ligne de suture ayant été désinfectée et l'intestin lavé d'abord avec du lysol à 1 pour 100 et après avec une solution saline chauffée à 37°, on fait une deuxième suture (*suture d'union*). Les aiguilles doivent être très fines; la soie également, mais solide cependant. Dans la suture on ne prend presque uniquement que la séreuse et un peu de musculéuse, pour que les séreuses renversées adhèrent l'une à l'autre sur une grande étendue (suture de Lembert). La suture d'union circulaire contournant sans interruption le tube intestinal, l'extrémité terminale du fil peut être liée avec le commencement. Après nouvelle désinfection, il n'y a plus qu'à réduire l'anse intestinale.

Résultats opératoires. — L'entérectomie pour rétrécissement tuberculeux donne naturellement de meilleurs résultats post-opératoires et surtout éloignés que celle pour rétrécissement cancéreux.

La statistique de Wölfler (1896), donne 75 pour 100 de guérison pour les rétrécissements tuberculeux (24 cas); 65 pour 100 de guérison pour les rétrécissements cicatriciels (20 cas); 46 pour 100 pour des tumeurs récentes (114 cas) cancéreuses pour la plupart. Pour les tumeurs, l'entérectomie donnerait, d'après lui 54 pour 100 de mortalité; et l'anus artificiel 22 pour 100.

Enfin, le même chirurgien relate des cas de survie, ou même de guérison qu'on peut considérer comme complète, chez des cancéreux. Un opéré de

Gussen Bauer guéri depuis 16 ans, un de Mikulicz depuis 8 ans 1/2; de Czernes depuis 6 ans. 7 cas de carcinome intestinal sans récidive après 4 ans.

L'entérectomie pour tuberculose cæcale, donnerait des résultats encore plus satisfaisants.

Quoiqu'il en soit, l'entérectomie, prise en elle-même, est une opération grave. Et si pour les raisons indiquées précédemment, elle ne peut être pratiquée, le chirurgien pourra recourir soit à l'établissement d'anus artificiel, soit à une *entéro-anastomose*, c'est-à-dire à l'abouchement latéral de deux anses intestinales, sans résection préalable.

Entéro-anastomose. — « L'absence de résection donne à cette opération une bénignité si particulière, qu'il importe de considérer ce fait comme une des caractéristiques les plus importantes de ce procédé opératoire... C'est un anus contre nature qui débouche, non pas à la peau, mais dans une autre anse d'intestin. »

L'entéro-anastomose peut porter sur les divers segments du tube intestinal: et suivant les deux segments du tube intestinal entre lesquels on établit la communication, on pratique une *iléo-iléostomie* (deux anses grêles); une *iléo-colostomie* (intestin grêle et gros intestin); une *colo-colostomie* (deux anses du gros intestin); une *colo-rectostomie* (S iliaque et rectum).

La mortalité opératoire de l'entéro-anastomose pour cancer est de 25 pour 100, alors que celle de l'entérectomie pour cancer est de 54 pour 100 (Wölfler).

Seule l'entérectomie, large et totale, semblerait ne devoir être pratiquée que pour les cancers où l'absence d'envahissement constatable, peut faire espérer que l'opération ne sera pas suivie de récidive. Quant à l'entéro-anastomose, c'est l'opération de choix pour les rétrécissements non cancéreux de l'intestin; car la mortalité opératoire est peu élevée, et les opérés recouvrent, au bout d'un temps variable, l'intégrité de leurs fonctions digestives.

Pour les occlusions intestinales produites par une invagination chronique, après avoir ordonné de simples lavements à haute pression, des lavements électriques, et pratiqué le massage abdominal (manœuvres qui tout en étant dangereuses du fait de la distension intestinale, le sont cependant moins que dans l'invagination aiguë); on aura recours à une des deux opérations déjà décrites: *entérotomie* ou *laparotomie*.

La laparotomie, pour invagination chronique, est souvent assez difficile. Pour ne pas déchirer l'intestin, en essayant la désinvagination, après avoir reconnu la partie inférieure du boudin invaginé, il ne faut pas chercher à extraire directement l'anse invaginée, mais exprimer le cylindre ou tirer sur sa gaine.

L'entérectomie est indiquée dans le cas d'invagination irréductible, ou d'invagination avec sphacèle, ou perforations.

Pratiquée à froid, l'entérectomie est d'un pronostic beaucoup meilleur pour les invaginations chroniques que pour les invaginations aiguës.

On pourrait recourir à une entéro-anastomose établie par-dessus la portion invaginée, si des adhérences trop fortes ou trop étendues empêchaient la réduction de l'invagination.

P. DUVAL.

INTOXICATIONS. — V. en général POISONS (CORROSIFS, MINÉRAUX, MÉDICAMENTEUX),