

chronique, feront plutôt pencher la balance en faveur d'un étranglement interne par brides péritonéales.

Si l'interrogatoire révèle l'existence d'une hernie disparue, si des efforts de taxis ont été tentés, on pourra penser à une réduction en masse. Tout à fait par exception, on constatera l'existence d'une tumeur profonde, dont le siège permettra de diagnostiquer une *hernie intra-abdominale* : hernie rétropéritonéale, hernie du ligament large, hernie intra-pelvienne.

Ces diverses espèces d'occlusion offrent entre elles de grands points de ressemblance; mais un diagnostic précis entre les diverses occlusions aiguës n'est pas absolument nécessaire, la laparotomie étant toujours indiquée. Malheureusement, on voit certaines affections, qui donnent généralement lieu à des occlusions chroniques, évoluer quelquefois comme des occlusions aiguës : telle est, par exemple, la marche de quelques cancers intestinaux, de certaines occlusions intestinales produites par les calculs biliaires. Il faut donc toujours, malgré la rareté relative de ces derniers cas, faire des réserves importantes, et, en somme, comme le dit si justement Duplay, parmi toutes les occlusions aiguës, la vérité est que *l'invagination seule pourra être reconnue*.

B. *Occlusion chronique*. — Ainsi que nous l'avons fait remarquer, lorsque les affections du rectum produisent l'occlusion intestinale, celle-ci affecte généralement le type chronique; mais l'examen local suffit alors presque toujours à éclairer le diagnostic.

Les *tumeurs abdominales* comprimant l'intestin sont assez facilement reconnaissables à leurs signes physiques particuliers; une analyse attentive des résultats fournis par la palpation et la percussion abdominales permettra de distinguer dans certains cas la masse pâteuse produite par l'accumulation des matières de la tumeur dure ou fluctuante qui est la cause de l'obstruction; les commémoratifs révéleront parfois la connaissance antérieure d'une tumeur abdominale et diront son évolution clinique. Le toucher vaginal et rectal, combiné avec la palpation, donnera de précieux renseignements sur les tumeurs si nombreuses, qui ont leur point de départ dans le petit bassin; la cachexie, le développement d'une néoplasie secondaire ombilicale, pourront être les indices d'un cancer de l'épiploon. Mais il ne faut pas se dissimuler que toutes ces distinctions sont fort difficiles.

Il en sera de même plus souvent encore pour les occlusions liées

*aux corps étrangers intestinaux*. Sans doute on aura parfois d'utiles commémoratifs sur l'existence d'une lithiase biliaire, mais il sera bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'y rattacher, avant l'évacuation, les accidents d'un calcul d'origine hépatique.

Une constipation antérieure opiniâtre, des renseignements précis sur la nature des matières rendues, parfois la présentation de calculs intestinaux évacués antérieurement, permettront d'attribuer à des concrétions intestinales les symptômes observés le plus souvent, comme dans le cas précédent, chez les femmes âgées.

Les amas de matières stercorales peuvent être soupçonnés aussi dans certaines conditions de paresse habituelle de l'intestin : vieillards, paralytiques généraux, à la suite de l'ingestion d'une grande quantité d'aliments lourds et peu assimilables.

Le *cancer de l'intestin* ne survient guère avant quarante ans; il s'observe plus souvent chez l'homme; Rathery l'a signalé chez l'enfant; il occupe surtout le gros intestin : S iliaque, côlon descendant, coudes du côlon transverse; même, le rectum mis à part, il y serait quatre ou cinq fois plus fréquent qu'à l'intestin grêle; il est assez rare au cæcum. Il se traduit par de la douleur, des alternatives de débâcle et de constipation, parfois de l'entérorrhagie, enfin la tumeur ou la plaque cancéreuse, quand elle existe, siège le plus souvent dans la fosse iliaque gauche, en raison même de la fréquence du cancer de l'S iliaque.

Les commémoratifs : antécédents dysentériques, syphilitiques, sont les seuls indices, bien insuffisants en général, pour reconnaître un *rétrécissement de l'intestin*; chez les petits enfants, on pourra soupçonner un rétrécissement congénital.

Reste *l'invagination chronique*, fort bien étudiée par Rafinesque dans sa thèse inaugurale, mais aussi fort difficile à reconnaître, puisque le diagnostic n'avait été posé que 10 fois seulement sur 56 cas dont on avait fait l'autopsie. L'occlusion est surtout fréquente dans la première forme décrite par Rafinesque, *forme ordinaire prolongée*; elle peut encore être observée dans la *forme chronique*; elle est plus rare dans la *forme dysentérique*.

**Traitement.** — Les règles du traitement de l'occlusion sont essentiellement différentes, suivant que celle-ci présente une marche aiguë ou chronique.

a. *Occlusion aiguë*.



1<sup>o</sup> Le traitement *médical* est justifié tout d'abord, au moins à titre d'essai, par son efficacité avérée dans un certain nombre de cas et par l'incertitude qui plane habituellement sur la nature de l'obstacle.

En tout cas, il ne devra pas être poursuivi longtemps, car l'opération, si elle est nécessaire, tire ses plus grandes chances de réussite de sa précocité.

Les purgatifs sont définitivement abandonnés en raison des douleurs qu'ils produisent et des dangers auxquels ils exposent. Il faudra toujours instituer le traitement opiacé (1 centigramme d'extrait d'opium d'heure en heure jusqu'à 10 à 20 centigrammes en vingt-quatre heures, Jalaguier). On pourra recourir à l'emploi de certains moyens mécaniques : l'insufflation, pratiquée par Hippocrate et qui a encore donné des succès de nos jours; les injections forcées de liquides et de gaz par la voie rectale au moyen de siphons d'eau de Seltz ou de lavements successifs contenant l'un de l'acide tartrique, l'autre du bicarbonate de soude; le massage; tous ces moyens, à une période un peu avancée de l'affection, doivent être rejetés comme dangereux; ils amènent la rupture d'un intestin ulcéré et distendu. Le lavage de l'estomac à grande eau a été encore recommandé dans ces derniers temps. Il est du moins sans inconvénient.

L'électricité a donné d'excellents résultats, probablement dans certains volvulus, dans les flexions, torsions, invaginations de l'intestin. Indiquée par Leroy d'Étioles, elle doit être appliquée avant toute complication inflammatoire. On peut se servir des courants induits, comme l'a fait Bucquoy avec succès en 1878, ou bien encore employer les courants continus, qui ont très bien réussi plusieurs fois entre les mains de Boudet de Paris. Après deux ou trois séances d'électrisation, si l'occlusion persiste, il faut, sans tarder, recourir au traitement chirurgical.

Pour diminuer la tension des gaz et parfois favoriser ainsi l'action thérapeutique, on retirera quelque bénéfice dans certains cas des ponctions capillaires de l'intestin, indiquées par Labrie, et sur la valeur desquelles Fonssagrives avait si fortement attiré l'attention; elles peuvent être répétées un grand nombre de fois sans inconvénient, mais leur utilité curative nous paraît malheureusement très limitée; elles peuvent être dangereuses (Verneuil) : aussi sont-elles à peu près abandonnées aujourd'hui.

Ce traitement médical paraît réussir dans un tiers ou quart des cas d'occlusion aiguë.

b. *Traitement chirurgical.* — Deux modes de traitement se présentent : la laparotomie, entreprise pour lever l'obstacle; l'entérotomie, qui se borne à l'évacuation du contenu de l'intestin, en établissant une ouverture permanente au-dessus de l'obstacle.

Praxagoras de Cos, et, 500 ans plus tard, Léonidès d'Alexandrie, ouvrirent les premiers le ventre pour rechercher l'obstacle; ces tentatives ne furent pas répétées. Les causes de l'occlusion intestinale ne devaient, du reste, commencer à être connues qu'aux xvi<sup>e</sup> et xvii<sup>e</sup> siècles et dans la première moitié du xviii<sup>e</sup>. — Dans le courant du xviii<sup>e</sup> siècle, Paul Barbette, chirurgien d'Amsterdam, proposa de nouveau la même opération contre l'iléus rebelle. Cette opération fut pratiquée deux fois à cette époque par des chirurgiens inconnus. Hévin (Acad. roy. de chir., 1768) en fit ressortir tous les dangers.

Les chirurgiens de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, abandonnant décidément l'idée d'aller lever l'obstacle, inclinent vers la création d'une voie artificielle pour les matières. — L'ouverture du gros intestin, indiquée d'abord par Littre (1710) pour des imperforations, fut pratiquée pour la première fois, dans une obstruction intestinale due à un squirrhe du rectum, par Pillore, chirurgien de Rouen (1776). — Seckendorf de (Leipzig) essaye, en 1825, de faire adopter l'entérotomie de l'intestin grêle; mais l'opération ne fut guère appliquée qu'après le mémoire de Maisonneuve (1844) et surtout lorsque Nélaton en eut posé judicieusement les règles. — D'ailleurs les insuccès de Dupuytren et de Malgaigne n'étaient pas faits pour encourager les chirurgiens à pratiquer la laparotomie.

Actuellement, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, l'entérotomie est rentrée au second plan. L'ouverture du ventre, qui permet d'aller découvrir la cause de l'occlusion et de la faire disparaître, est la véritable opération curative. L'entérotomie n'est qu'une opération palliative, mais nous devons convenir tout de suite que ses indications sont encore infiniment nombreuses. Voyons donc à quels cas convient l'ouverture du ventre ou *laparotomie*, et à quels cas doit être réservée l'*entérotomie*.

Dans le cas d'occlusion aiguë, si le diagnostic de torsion, d'invagination ou d'étranglement par bride peut être posé, c'est à la laparo-



tomie qu'il convient certainement d'avoir recours. Si le diagnostic de la cause est impossible (cas habituel), on peut hésiter entre la laparotomie et l'anús artificiel. (Soc. de chirurgie, 1897.)

La laparotomie a contre elle sa gravité incontestable, la difficulté de son exécution et par suite sa longueur, l'impossibilité plusieurs fois constatée de trouver l'obstacle et même, une fois trouvé, de le supprimer.

Par contre, l'anús a pour avantages de ne pas déterminer de choc et par suite pas de mortalité opératoire, de permettre la disparition spontanée de certains obstacles (invagination, volvulus), suite de la suppression de la tension intestinale, et en tout cas de faciliter la levée de l'obstruction par une laparotomie secondaire dans de meilleures conditions locales et générales.

Il est vrai que la laparotomie tire surtout sa gravité du retard apporté à l'intervention et que d'autre part la mortalité de l'anús s'accroît beaucoup si l'on tient compte des résultats post-opératoires suivis à échéance suffisamment longue.

En somme, en raison des incertitudes du diagnostic, l'état général exerçant sur le pronostic opératoire une influence prépondérante, c'est celui-ci qui doit fixer le choix du chirurgien. S'il est appelé de bonne heure, si le malade présente des conditions de résistance suffisante : laparotomie. Dans les conditions inverses : entérotomie.

b. Dans les obstructions chroniques, l'application de la laparotomie est plus incertaine et plus délicate. La désinvagination n'est possible que dans la moitié des cas.

La laparotomie appliquée aux compressions de l'intestin par tumeurs extérieures peut permettre d'enlever l'obstacle, tout au moins de le mobiliser, de le fixer à un autre point de la paroi (Kœberlé); elle peut également être utile dans certains cas de corps étrangers, soit qu'on pratique l'extraction de ceux-ci, soit qu'on facilite leur circulation vers le rectum sans ouvrir l'intestin.

Par contre, l'*anus artificiel* est le plus souvent indiqué dans les tumeurs, les rétrécissements de l'intestin, les obstructions chroniques de cause mal connue; il nous paraît donc être la règle du traitement de l'occlusion chronique, la laparotomie étant l'exception.

La laparotomie sera faite avec toutes les précautions antiseptiques; on se servira de l'incision médiane sous-ombilicale de préférence à

l'incision de Parise dans la fosse iliaque droite, ou de l'incision pratiquée au niveau du siège supposé de l'affection.

L'opération sera d'abord exploratrice : cette recherche du siège sera faite aussi méthodiquement que possible en partant du cæcum; puis on cherchera à lever l'obstacle ou à le supprimer : désinvagination, torsion en sens inverse de celle qui existe, section d'une bride, dilatation d'un orifice rétréci, extraction d'un corps étranger, résection même d'une portion d'intestin atteinte de néoplasie.

L'entérotomie peut être pratiquée sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite, méthode de Nélaton; il vaut mieux placer l'anús artificiel sur le gros intestin et le plus bas possible, lorsqu'on a pu se rendre compte du siège de l'obstacle. On pourrait donc, suivant les cas, ouvrir le cæcum ou une portion quelconque du côlon. La colotomie lombaire étant à peu près abandonnée, c'est généralement ou le cæcum ou l'S iliaque qui sont visés par l'opérateur.

## CHAPITRE II

### APPENDICITE

On reconnaît chaque jour davantage que le syndrome de l'ancienne typhlite classique doit être attribué à l'appendicite. Aussi, d'accord avec la grande majorité des chirurgiens, laisserons-nous de côté l'inflammation du cæcum, qui existe bien rarement à l'état isolé, pour parler seulement de l'appendicite.

**Historique.** — La première idée de l'appendicite telle qu'elle est comprise aujourd'hui revient à Mélier (*Journal de Médecine*, 1827). En 1851, Favre admet la stagnation du calcul stercoral formé dans l'appendice lui-même; Leudet (de Rouen) (*Arch. de médecine*, 1859) signale les perforations de l'appendice sans calculs stercoraux et il insiste sur leur fréquence chez les tuberculeux. Nous signalerons les travaux plus récents de Matterstock (1880), de Fenwick (1884), Weir (1887), de Maurin, Talamon, Roux (de Lausanne), Fergusson, etc., et les thèses (1895) de Benoît et de Jacob, et l'article de M. Jalaguier dans la 2<sup>e</sup> édition du *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus.