

tumeurs, comme les tumeurs cancéreuses, sont incurables de leur nature.

Si, dans les cas d'étranglement par des brides accidentelles; si, dans le cas d'invagination, de volvulus, de renversement de l'intestin, notre intervention, quelque énergique qu'elle soit, est encore le plus souvent inutile, il est cependant des cas où nos efforts sont couronnés de succès. Voyons quels sont les moyens de *traitement* à notre disposition.

Dans les hernies étranglées, l'indication du taxis est la première qui se présente; mais on conçoit que cette opération ne soit plus applicable dans l'occlusion intestinale interne, puisque, alors même que nous connaîtrions le siège et la cause du mal, il nous serait impossible de l'atteindre directement. Cependant la *malaxation* pourra y suppléer en une certaine mesure; elle aura pour résultat de provoquer des mouvements péristaltiques de l'intestin qui tendront à remettre les parties dans leur situation normale. Cette malaxation doit être faite avec une extrême prudence, et d'autant plus modérément que la maladie date depuis plus longtemps.

On a conseillé aussi d'appliquer sur l'abdomen une énorme *ventouse*, ou bien d'en appliquer plusieurs de moindre dimension. Quand ces ventouses sont fixées aux parois abdominales, on fait exécuter à celles-ci des mouvements de soufflet. Ces tractions, dit-on, finissent par détruire les brides, les invaginations qui peuvent exister, et dégagent l'intestin obstrué.

Leroy (d'Étiolles) avait proposé encore de solliciter les mouvements péristaltiques au moyen de l'*électricité*, en établissant un courant galvanique entre la bouche et l'anus¹. Pour atteindre le même but, M. Duchenne (de Boulogne) a pratiqué la *faradisation* dans trois occasions; une seule fois il a obtenu la guérison². Mais, en définitive, l'application de l'électricité, quel que soit le procédé mis en usage, ne me paraît pas présenter de réels avantages.

Je vous rappellerai seulement pour mémoire les procédés autrefois vantés et aujourd'hui justement tombés dans l'oubli, qui consistaient à faire avaler aux malades du mercure ou des balles de plomb.

En tête des moyens auxquels nous devons nous adresser dans les cas d'occlusion intestinale, les *purgatifs* jouent le principal rôle: ils agissent dans le sens de la malaxation, c'est-à-dire en provoquant les mouvements péristaltiques, et leur action est de beaucoup plus énergique. A cet effet, il faut choisir de préférence les médicaments qui mettent plus particulièrement en jeu la contractilité musculaire de l'intestin, le séné par exemple. C'est en lavements que ces purgatifs doivent être administrés, et je n'ai pas besoin de vous en donner les raisons.

Dans le travail que je vous ai cité, M. le docteur O. Masson se propose

1. Leroy d'Étiolles, *Sur le traitement de l'iléus et des étranglements intestinaux internes*, lu à l'Académie de médecine en 1826.

2. Duchenne de Boulogne, *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie*.

d'appeler l'attention des médecins sur le traitement de l'occlusion intestinale (dans la cavité abdominale) par l'*emploi de la glace* en applications sur le ventre; mais le petit nombre d'observations qu'il rapporte à l'appui de sa thèse ne suffit pas pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions satisfaisantes.

En dépit de ces différents moyens, les accidents que l'on prétendait combattre persistent le plus ordinairement, et il faut recourir à une opération chirurgicale.

La plus simple est la *ponction abdominale*, indiquée dans les cas où il y a tympanite abdominale. L'accumulation énorme de gaz dans la cavité de l'intestin, en le distendant outre mesure, paralyse la contractilité de sa tunique musculaire; car il arrive ici ce qui arrive pour la vessie et pour tous les organes creux. Cette paralysie est encore augmentée par l'inflammation des parties. Ceux de vous qui ont assisté à l'opération de la hernie étranglée ont pu voir, en effet, que la portion d'intestin comprise dans l'étranglement ne se contractait plus quand la pointe du bistouri venait à la piquer, tandis que dans l'état normal, elle se serait énergiquement contractée.

La ponction abdominale a donc pour résultat de donner issue aux gaz emprisonnés, et, en faisant cesser, par conséquent, la distension exagérée de l'intestin, de rendre à celui-ci sa contractilité.

Cette ponction se fait au moyen de petits trocarts explorateurs que l'on enfonce au niveau des points où le ballonnement semble le plus prononcé. Si une première ouverture n'est pas suffisante, on en fait une seconde, et même trois, quatre, six, huit, dix. Cette petite opération n'est en aucune façon douloureuse et n'entraîne à sa suite aucun danger. A ce sujet, vous pourrez lire la thèse inaugurale de M. le docteur A. Labric, mon collègue dans les hôpitaux¹, et vous serez convaincus de l'innocuité de ces ponctions, des avantages que l'on peut en tirer, et que, je vous l'ai dit en commençant, nous en aurions probablement tirés nous-mêmes chez notre malade de la salle Sainte-Agnès, s'il nous avait été donné d'intervenir plus tôt.

Après que le ballonnement a disparu, les purgatifs viennent à propos pour réveiller la contractilité de l'intestin.

La ponction doit être pratiquée de bonne heure, et les chances de succès diminuent d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du début des accidents.

Lorsque les diverses médications ont échoué, qu'il en est ainsi des ponctions et que les symptômes de l'occlusion persistent; lorsque la maladie dure depuis huit ou dix jours, que le ballonnement du ventre n'a pas diminué ou s'est vite reproduit, que les vomissements des matières stercorales sont fréquents, abondants, que le pouls s'affaiblit; lorsque,

1. Labric, thèses de Paris, 1852.

pour tout dire en un mot, le danger est imminent, une seule ressource se présente à l'esprit du médecin, ressource grave, mais extrême : c'est la *gastrotomie*.

Cette opération n'est devenue une opération régulière, pour combattre l'affection qui nous occupe, que depuis quelques années.

Du moment qu'on eut reconnu que dans un grand nombre de circonstances l'occlusion intestinale était occasionnée par des brides, par un renversement d'une partie du tube digestif sur lui-même, par son invagination, on pensa qu'en ouvrant le ventre on pourrait dégager les intestins et faire disparaître l'obstacle qui s'opposerait au libre cours des matières.

Mais sur quelles raisons s'appuierait-on pour instituer une opération aussi périlleuse? Quelles indications allaient diriger la main du chirurgien?

D'assez nombreuses observations d'individus qui avaient été éventrés accidentellement, soit par des blessures faites avec des armes blanches, soit par des cornes de taureau, avaient appris que les plaies pénétrantes de l'abdomen n'était pas aussi redoutables qu'on pouvait le croire, puisque, alors même que les intestins étaient sortis de la cavité abdominale, les blessés avaient complètement guéri.

On en concluait donc que la gastrotomie, méthodiquement pratiquée, suivant les procédés rationnels de la chirurgie, ne serait pas nécessairement mortelle, puisque déjà elle ne l'était pas dans les conditions auxquelles je fais allusion.

J'avoue, messieurs, que, lorsqu'on voit les chirurgiens ouvrir largement l'abdomen, aller chercher et détacher un ovaire dont les parois sont épaissies et profondément altérées, sans tenir compte du contact passager de l'air avec le péritoine, des mutilations horribles qui sont nécessaires pour arriver au but qu'ils veulent atteindre, on ne devrait pas s'effrayer d'inciser largement la ligne blanche, et d'introduire la main dans le ventre pour y chercher et y détruire l'obstacle, ou pour amener au dehors précisément l'anse d'intestin sur laquelle il serait opportun d'établir l'anus contre nature. Il me semble donc que les succès incontestables de l'ovariotomie justifieraient pour l'étranglement interne un procédé opératoire plus effrayant peut-être, mais, à coup sûr, plus rationnel et moins périlleux que les autres. C'est pourquoi je dois vous entretenir des procédés de gastrotomie institués comme moyen de traitement de l'occlusion intestinale.

Déjà Paul Barbette, chirurgien d'Amsterdam, en 1676, donna d'une manière positive le conseil d'ouvrir l'abdomen dans le cas de *volvulus* rebelle ou d'intussusception de l'intestin. « Lorsque les moyens ordinaires, dit-il, ont été inefficaces, ne conviendrait-il pas d'ouvrir les muscles et le péritoine, pour dégager l'intestin, plutôt que de laisser périr le malade? »

Quelques années plus tard, Nuck, l'habile anatomiste, aurait fait pratiquer la gastrotomie avec succès sur une femme affectée de *volvulus*¹.

Pendant de longues années il ne fut plus question de cette opération, et un siècle plus tard, un maître en chirurgie, Renauld, fit en 1772 la double opération de la gastrotomie et de l'entérotomie dans les conditions suivantes. Un homme jeune avait été opéré d'une hernie étranglée, on avait lieu d'espérer le succès, lorsque plusieurs jours après l'opération, sans qu'il y ait eu sortie de la hernie, se manifestèrent les signes d'un étranglement interne. Renauld n'hésita pas à inciser les parois de l'abdomen, et ayant reconnu que l'intestin grêle était étranglé dans une certaine étendue, il créa un anus artificiel. L'opération réussit; le vingt-huitième jour les matières avaient repris leur cours naturel et la plaie était entièrement cicatrisée.

En 1776, Pillore (de Rouen), puis Duret (de Brest), en 1793, pratiquèrent avec succès la gastrotomie dans des cas d'obstruction du gros et du petit intestin.

Dupuytren ne devait pas avoir le même bonheur, ce qui n'empêcha point, l'année suivante, en 1819, le docteur Maunoury² de proposer, comme ressource extrême, dans l'étranglement interne, d'ouvrir un anus contre nature et de maintenir l'anse intestinale incisée au contact de la plaie abdominale au moyen d'un fil placé dans le mésentère.

En 1838, M. le docteur Monod, en se conformant aux conseils donnés par le docteur Maunoury, pratiqua la gastrotomie pour un cas d'étranglement interne. L'autopsie démontra l'existence d'une grave lésion du cæcum. La même année, M. le professeur Laugier faisait remarquer que souvent après la réduction des hernies, on observait la persistance, des accidents de l'étranglement intestinal, aussi conseillait-il, en pareille circonstance, d'ouvrir l'abdomen pour faire l'entérotomie, et il ajoute que la gastrotomie pourrait convenir encore dans quelques étranglements autres que ceux qui résultent de la réduction des hernies.

Tous ces faits étaient à peu près restés dans l'oubli lorsque M. Maisonneuve vint lire à l'Académie des sciences, en 1844, l'observation d'une malade qu'il avait opérée d'une hernie étranglée en débridant l'anneau supérieur du canal inguinal. Immédiatement après la réduction de la hernie il y avait eu soulagement, cependant dès le lendemain s'étaient manifestés les signes d'un étranglement interne. M. Maisonneuve n'hésita point à rouvrir la plaie inguinale, et il constata que l'intestin était bien réduit, mais qu'il y avait adhérence du collet du sac à l'intestin et que cette adhérence était la cause probable de la rétention des matières. En effet, l'in-

1. Nuck, *Operationes et experimenta chirurgica*, Leyde, 1692.

2. L. P. Maunoury, *Étranglement interne du canal intestinal*, thèse de doctorat, Paris, 2 février 1819.

testin était engoué par des matières en ce point, et le chirurgien, après s'être assuré de l'adhérence de l'intestin au collet du sac et de ce dernier à l'ouverture du canal inguinal, fit une incision sur la partie engouée de l'intestin, il créa ainsi un anus artificiel. La guérison fut complète et rapide.

L'année suivante, l'observation recueillie par M. Maisonneuve servait de texte à un mémoire très-intéressant du même auteur¹.

A leur tour, MM. Denonvilliers et Nélaton se déclarèrent partisans de la gastrotomie dans les cas d'étranglement interne. M. Nélaton érige même en principe qu'on doit pratiquer l'entérotomie dans tout étranglement interne². Pour mon collègue, la gastrotomie conduit nécessairement à l'entérotomie; pour nous, au contraire, nous pensons que l'entérotomie ne doit être faite que dans le cas où il y a nécessité absolue d'ouvrir un anus artificiel, c'est-à-dire dans les cas où l'intestin est gangrené ou rétréci par des lésions de tissu, mais lorsqu'il y a simplement volvulus, invagination de date récente, ou étranglement par brides celluluses, par adhérences de l'appendice iléo-cæcal ou d'un diverticule de l'intestin, nous pensons que ces causes d'occlusion étant reconnues et l'intestin n'étant point gravement lésé, il suffit de détruire les différentes causes de l'étranglement interne. Une observation rapportée par Velse prouvé que, dans les cas de volvulus ou d'invagination, il suffit parfois de rendre à l'intestin ses rapports normaux, pour mettre fin aux accidents; il en sera de même assurément dans les autres causes d'obstruction que nous avons énumérées. Mais afin d'obtenir semblable résultat il faudrait, en un point de la paroi abdominale, faire une incision assez grande pour que la main et l'œil de l'opérateur pussent aller à la recherche du siège et de la cause de l'occlusion intestinale.

De plus, pour agir avec chance de succès, il faudrait procéder avec lenteur et suivre en cette opération de la gastrotomie les préceptes dont on a déjà eu à s'applaudir dans l'ovariotomie. Enfin dans les cas où l'état local de l'intestin, une menace de perforation, un commencement de gangrène rendraient nécessaire l'incision de l'intestin, deux questions doivent se présenter à l'esprit de l'opérateur. Devra-t-il créer un anus artificiel, ou bien l'intestin étant vidé par l'incision pratiquée sur lui, serait-il téméraire de réunir les lèvres de la plaie intestinale par adossement des séreuses et de terminer l'opération comme dans les cas où la gastrotomie eût permis de redresser un volvulus ou de rompre des adhérences anormales? La pratique chirurgicale a établi, en effet, que, dans l'opération de la hernie étranglée, on a pu, après avoir jeté quelques points de

1. Maisonneuve, *Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe* (*Archives générales de médecine*, 1845, t. VII, p. 448).

2. Savopoulo, thèses de Paris, 1854.

ligature sur les perforations intestinales, faire rentrer avec succès la partie herniée dans la cavité abdominale.

Je veux terminer cette conférence en vous citant deux faits heureux qui peuvent être donnés comme des encouragements en faveur de l'entérotomie ainsi que l'a pratiquée M. Nélaton dans des cas d'étranglement interne.

J'étais mandé en consultation, il y a seize ans, auprès d'un jeune peintre de Hambourg. Je constatais tous les symptômes de l'étranglement interne : vomissements de matières analogues aux matières stercorales, et qui duraient depuis six ou sept jours; ballonnement considérable du ventre; excavation des yeux, refroidissement général. La mort paraissait imminente. On me disait que le malade était affecté de hernie; je cherchai, en conséquence, s'il n'existait pas quelque tumeur dans la région inguinale, il n'y en avait point. Je me demandai alors si les accidents n'étaient pas produits par un étranglement situé au collet du sac, et je priai M. Nélaton de venir me donner son avis. Mon honorable collègue reconnut, ainsi que moi, tous les symptômes caractéristiques de l'occlusion, mais sans pouvoir, plus que moi, en préciser la cause. Cependant le danger était pressant et la gastrotomie nous sembla pouvoir seule le conjurer. Il fut décidé que l'on ouvrirait un anus contre nature, et l'opération fut faite. Les accidents cessèrent aussitôt. Huit ou dix jours après, le jeune homme était rétabli, il avait repris de l'appétit et digérait bien ce qu'il mangeait. Trois mois plus tard il était complètement guéri, l'anus contre nature était fermé, et lorsqu'il y [a quatre ans j'entendis parler de notre malade, j'apprenais qu'il était parfaitement bien portant.

Il y a neuf ans, un de nos honorables confrères de Paris m'appela pour la troisième ou quatrième fois pour voir sa femme, qui, à plusieurs reprises, avait présenté tous les accidents de l'occlusion intestinale. Ces accidents coïncidaient avec une constipation opiniâtre, dont les purgatifs drastiques triomphaient habituellement. Requin et Beau étaient appelés en même temps que moi. En examinant la malade, nous décidâmes, d'un commun accord, qu'il fallait insister sur l'emploi des drastiques, et combiner leur action avec celle des cataplasmes belladonnés, des applications de glace sur le ventre, des bains prolongés, afin de vaincre ce que nous croyions être des accidents de même nature que ceux éprouvés précédemment. Malgré ces différents moyens, les accidents persistaient; la tympanite était considérable, les vomissements avaient pris l'aspect caractéristique qu'ils offrent dans la hernie étranglée, et la vie nous semblait devoir s'éteindre dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures. Dans cette occurrence, M. Nélaton fut invité à se joindre à nous, et la gastrotomie fut décidée. L'anus contre nature établi donna passage à une grande quantité de gaz et de matières, et le soulagement fut immédiat. La convales-

cence ne se fit pas attendre, et aujourd'hui la dame dont je vous parle jouit d'une santé parfaite.

Ce sont là, messieurs, des faits considérables que vous ne devez pas oublier; quelque rares qu'ils puissent être, ils ont leur importance quand il s'agit d'une affection qui, abandonnée à elle-même, est presque fatalement mortelle.

Quelles sont maintenant les règles à suivre pour pratiquer l'opération de la gastrotomie?

Peut-être devrais-je laisser à vos maîtres en chirurgie le soin de traiter cette question; mais, puisque je parle à des médecins qui peut-être un jour se trouveront dans la nécessité pressante d'agir par eux-mêmes, sans pouvoir compter sur le secours d'un autre, permettez-moi de vous dire ce que je conseillerais, ce que je ferais, dans le cas où cette nécessité se présenterait devant moi, si pourtant je ne préférerais une large éviscération analogue à celle que l'on pratique pour l'ovariotomie.

On commence, comme le conseille M. Nélaton, par faire du côté droit une incision à 2 ou 3 centimètres à peu près au-dessus du niveau de la crête de l'os des îles, parallèlement au ligament de Poupert; on donne à cette incision 8 à 10 centimètres de longueur. En divisant couche par couche la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les aponévroses, liant à l'occasion les vaisseaux un peu volumineux qui seraient compris dans l'incision, on arrive sur l'aponévrose la plus profonde. Procédant toujours avec une extrême lenteur, ayant soin de faire éponger soigneusement la plaie, on incise cette aponévrose, et l'on arrive sur le péritoine. On le saisit alors avec une petite pince et on l'incise; puis avec les plus grandes précautions, on traverse à l'aide d'une fine aiguille courbe, armée d'un fil d'argent, l'intestin d'abord et la paroi abdominale ensuite: puis on fait quatre points de suture, deux de chaque côté de l'incision; on en fait deux autres, l'un à l'angle supérieur, l'autre à l'angle inférieur de la plaie; mais, cette fois, en traversant d'abord la paroi abdominale, puis l'intestin, puis la paroi abdominale opposée. L'intestin se trouve ainsi fixé de toutes parts, latéralement, en haut et en bas, aux parois de l'abdomen; de telle sorte que tout épanchement dans la cavité du péritoine est désormais impossible. *C'est alors seulement qu'il faut inciser l'intestin* par une très-petite ponction à l'aide d'un bistouri pointu. M. Nélaton ne donne pas même un centimètre à la plaie de l'intestin qui va livrer passage aux matières fluides contenues dans ce canal.

Voilà l'opération; elle requiert plus de prudence que d'habileté, bien que, sans aucun doute, il soit toujours de beaucoup préférable de la confier à des mains exercées.

C'est ce procédé que l'habile professeur de la Clinique a mis en usage dans les circonstances que je vais dire. M. Olliffe m'avait fait l'honneur de m'appeler en consultation auprès d'un des plus grands dignitaires de

l'empire russe. Ce général souffrait d'une grave perturbation des fonctions digestives. Il y avait deux mois environ que ses garde-robes avaient commencé à devenir plus rares et plus pénibles. Son appétit était moins vif. Peu à peu le ventre s'était ballonné, puis, des gaz inodores d'abord, fétides plus tard, furent rendus par la bouche. Quand je vis le général, il avait déjà notablement maigri et perdu ses forces. Sa figure avait le type abdominal. Cependant on n'y découvrait ni l'aspect d'une cachexie très-prononcée, ni la teinte caractéristique du cancer. A travers les parois abdominales amaigries, on distinguait les bosselures formées par les anses intestinales distendues. Le ballonnement était considérable. Il n'y avait de douleur nulle part. Depuis huit jours le malade vomissait: les vomissements avaient d'abord été composés des aliments ingérés, puis ils étaient devenus horriblement fétides, jaunâtres, et étaient très-évidemment stercoraux. Il y avait un hoquet des plus pénibles. Les garde-robes spontanées étaient absolument nulles. A peine de temps à autre, et au prix de grands efforts, le malade expulsait-il quelques gaz par l'anus. Je conseillai d'abord des douches ascendantes. On administra ainsi de quatre à six litres de liquide deux fois par jour. Le liquide pénétrait, était rendu, mais n'entraînait jamais qu'une très-petite quantité de matières fécales, lesquelles étaient de petit calibre et un peu rubanées. L'occlusion intestinale était certaine, et il était vraisemblable qu'elle siégeait dans le gros intestin, en raison de la forme spéciale des matières rendues. D'ailleurs le doigt introduit dans le rectum, ni même une sonde très-longue ne pouvaient atteindre le rétrécissement. Quant à la nature de ce rétrécissement, on pouvait espérer qu'elle était fibreuse et non cancéreuse, en raison de l'absence de cachexie prononcée comme d'antécédents héréditaires. Tous les moyens ayant échoué (drastiques énergiques et douches ascendantes), l'entérotomie fut résolue et pratiquée par M. Nélaton. Il employa le procédé que je viens d'indiquer. L'incision de l'intestin donna issue à des flots de matière jaunâtre, liquide, excessivement fétide; il en sortit ainsi près de trois grandes cuvettes.

Le soulagement fut immédiat et très-grand. L'opération avait été faite le 22 juin 1863; et, pendant sept jours, il s'écoula par l'anus contre nature des matières teintes par la bile, des gaz; le malade put manger, reprendre des forces et du courage. Le 29 juin au soir, il eut des coliques assez vives, et rendit deux gaz par l'anus, bientôt suivis d'une garde-robe de matière moulée. Il y eut une autre selle dans la nuit. Malheureusement le lendemain il survint un accès de fièvre violente, qui dura près d'une heure. Puis un nouvel accès le surlendemain. Cependant la plaie n'était pas devenue très-douloureuse et il n'y avait pas d'indice de péritonite. Quoi qu'il en soit, le 1^{er} juillet, neuf jours après l'opération, le général succombait, après avoir donné pendant sept jours les plus grandes espérances de guérison.

Cherchons maintenant à nous expliquer le mécanisme de la guérison de l'occlusion : je parle des cas où cette guérison est définitive et ne s'opère pas au prix d'un anus contre nature définitivement incurable.

Dans ces derniers cas, en effet, ce n'est qu'une guérison fort imparfaite; c'est arracher un malade à la mort qui le menace prochainement, et assurément c'est là déjà une grande affaire; mais c'est le condamner à vivre pour un temps plus ou moins long avec une infirmité dégoûtante.

Cette solution est cependant la seule qu'il nous soit permis d'espérer quand il s'agit d'une occlusion intestinale dépendant, soit d'une compression exercée sur l'intestin par une tumeur développée en dehors de lui, soit d'un rétrécissement causé par des affections organiques de l'intestin lui-même.

Mais lorsqu'il s'agit d'une invagination intestinale, d'un étranglement par une bride, d'un renversement de l'intestin, il n'en est plus ainsi, et l'entérotomie peut, quelque rares, je le répète, que soient les cas heureux, nous permettre d'espérer une guérison complète et radicale.

Comment donc s'opère cette guérison? Dans l'invagination, elle s'opère suivant deux mécanismes que je vous ai déjà exposés. Ou bien l'invagination cesse d'elle-même, par suite des mouvements péristaltiques de l'intestin, qui replacent les choses dans leur situation normale, ou bien la portion invaginée se sphacèle, se détache, tombe et est rejetée par les voies naturelles, laissant les deux bouts du conduit soudés intimement ensemble par suite d'un travail de réparation dont les parties ont été le siège. Or la gastrotomie, d'une part, a pour résultat de faire cesser des accidents qui allaient entraîner prochainement la mort, de prolonger l'existence, de donner enfin à la guérison, lorsqu'elle doit s'opérer par les seuls efforts de la nature, le temps de s'accomplir; d'autre part elle aide à cette guérison de la façon que je vais vous expliquer.

Si l'intestin reste fermé, les matières et les gaz vont s'accumuler de plus en plus dans sa cavité, le distendre outre mesure et augmenter encore son occlusion. Si la guérison devait s'opérer par l'élimination de la portion invaginée, au moment où cette élimination va avoir lieu, la distension, le tiraillement des parois, pourrait empêcher la réunion des bouts qui allaient se souder l'un à l'autre, et entraîner l'épanchement des matières dans le péritoine et une péritonite promptement mortelle. Qu'au contraire, la gastrotomie vienne ouvrir au dehors une issue aux matières et aux gaz, l'intestin s'affaissant sur lui-même, le travail de réparation ne sera plus entravé et l'accolement des deux bouts du conduit divisé pourra se faire.

Dans les cas où l'étranglement est produit par des brides ou par le renversement de l'intestin sur lui-même, voici ce qui se passe : Lorsque, sur le cadavre, on insuffle avec précaution un intestin dont une certaine portion est ainsi enroulée, on voit l'air cheminer à travers le conduit et le dérouler au fur et à mesure qu'il avance; mais s'il existe un obstacle un peu résistant et que l'on insuffle violemment, l'air s'accumule au-dessus

de cet obstacle, distend l'intestin sans le dérouler, comme il le faisait dans l'expérience précédente, et vient compliquer, en l'augmentant, l'occlusion déjà existante.

Mêmes choses vont arriver dans un intestin vivant. Une bride exerce une légère pression sur lui, ou bien, par un mécanisme qui nous échappe, cet intestin a momentanément perdu sa direction normale, dans une partie de son trajet; il en est résulté une certaine gêne dans le cours des matières qu'il contient; une sécrétion un peu exagérée de gaz s'est produite, et leur accumulation va distendre les parois du tube dont elle paralyse la contractilité musculaire, jusqu'au moment où le dégagement du gaz pouvant se faire, l'intestin reprendra sa capacité normale.

Il en sera ici comme il en est pour certaines hernies qui, passant à travers des orifices assez larges, sortent et se réduisent alternativement avec la plus grande facilité, jusqu'au moment où, venant s'engouer, elles ne peuvent plus rentrer.

Si la ponction de l'intestin dans l'étranglement interne suffit quelquefois, en donnant issue aux gaz, pour faire cesser les accidents, il est des cas, et ces cas sont de beaucoup les plus nombreux, où ce moyen ne suffit plus, et alors c'est de l'entérotomie qu'il faudra tout attendre.

Elle est formellement indiquée lorsque les symptômes de l'occlusion durent déjà depuis six ou huit jours; que le ballonnement du ventre est considérable; que les matières des vomissements ont ce caractère particulier que je vous ai dit; lorsque enfin la persistance de ces accidents, la gravité des phénomènes généraux font présager une mort imminente.

En lui-même, l'établissement d'un anus contre nature, quelque grave que soit cette opération, ne comporte pas cependant autant de dangers qu'on serait tenté de le supposer; ces dangers, d'ailleurs, ne sauraient être mis en parallèle avec ceux que la gastrotomie est appelée à combattre. Il est donc de notre devoir de la pratiquer quand les autres moyens ont échoué; ainsi il y a peu d'années que, par ce moyen, Velpeau, appelé par M. Briquet, sauvait la vie à une malade dont la position était désespérée.

Pour mon propre compte, je l'ai déjà conseillée cinq fois dans le cours de ma carrière médicale, et j'ai le bonheur d'avoir vu guérir deux de ces malades qui étaient perdus sans retour. Je vous ai raconté leur histoire.