

aux hernies rares : hernie diaphragmatique, hernie lombaire, hernie obturatrice, hernie périnéale, vaginale ou vagino-labiale.

En troisième lieu il faut s'assurer que le malade est bien atteint d'une constipation opiniâtre et absolue; ce point établi permettra facilement en général d'écarter le diagnostic de choléra, ou d'empoisonnement auquel pourraient faire songer l'hypothermie, la cyanose, les crampes, l'extinction de la voix, la suppression des urines, les vomissements.

Cette distinction n'offre pas de difficultés; mais il n'en est pas de même de la péritonite chronique et de la péritonite aiguë, principalement de la péritonite par perforation.

En faveur de la péritonite par perforation on invoque :

1° L'absence de phlegmasie antérieure du péritoine; 2° la généralisation rapide de la douleur; 3° le météorisme égal des deux côtés; 4° la constipation moins absolue : émission de quelques gaz, diarrhée ultime; 5° les vomissements plutôt bilieux que fécaloïdes, d'un liquide brun verdâtre, foncé, trouble, intermédiaire entre la coloration jaunâtre du vomissement fécaloïde et le vert porracé du vomissement de la péritonite aiguë généralisée.

Dans un cas, Duplay, qui a fort bien étudié ces formes de péritonite par perforation présentant l'apparence de l'occlusion, a signalé un épanchement assez abondant pour se traduire par de la matité. Henrot insiste sur la présence d'un frisson au début, sur l'élévation de la température.

Dans la péritonite chronique, simple, tuberculeuse ou cancéreuse, les antécédents, l'examen des autres viscères, l'état général, l'allure plus torpide des phénomènes, les signes incomplets, la constipation moins opiniâtre, la persistance de l'émission des gaz, les vomissements rarement fécaloïdes, permettront de faire le diagnostic, mais il ne faut pas oublier qu'une erreur est facile à commettre. De nombreux exemples l'ont bien prouvé.

Le chirurgien, assuré qu'il a bien affaire à une occlusion intestinale, doit se demander quel est son siège.

Le *toucher rectal* permet de reconnaître immédiatement l'existence si fréquente d'un *obstacle ano-rectal*: rétrécissement fibreux chez des femmes jeunes et syphilitiques pour la plupart, cancer du rectum siégeant à une hauteur variable chez des sujets ayant dépassé la quarantaine, compression par des tumeurs siégeant dans le petit bas-

sin, etc. Il s'agit, dans tous les faits précédents, d'occlusions à marche chronique, et l'attention du chirurgien est le plus souvent appelée du côté du rectum par des symptômes observés depuis longtemps.

Cette exploration n'en est pas moins bonne à faire dans tous les cas; si elle est négative, on peut diagnostiquer plus sûrement une occlusion intestinale proprement dite.

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, la *sensation* de la place occupée par la barrière (Fagès, Besnier, Bulteau), ou encore par une tuméfaction limitée qui pourrait être perçue avant que le météorisme ne soit trop considérable. Malheureusement ces signes sont loin d'être constants, ce qui leur ôte beaucoup de leur valeur.

Certaines indications symptomatiques permettent quelquefois de dire dans quelle portion du tube intestinal siège l'obstacle.

Si le ballonnement est généralisé, les flancs développés dès le début, si les lavements donnés dans un but d'exploration pénètrent mal dans le gros intestin, dont la capacité normale est d'environ deux litres, si les sondes introduites par l'anus sont arrêtées à une courte distance, s'il existe *du ténesme rectal, malgré la constipation et la vacuité du rectum* (Faucon), on pensera que *l'obstacle siège à la fin du gros intestin*. On a trouvé plusieurs fois des invaginations descendues jusqu'au niveau de l'anus (Pidoux, Buret).

L'exploration du rectum au moyen de la main introduite tout entière par l'anus (méthode de Simon, d'Heidelberg) nous paraît trop difficile et trop dangereuse pour mériter d'être recommandée.

Quelquefois la vacuité du flanc gauche, contrastant avec le météorisme du reste de l'intestin, permettra de croire à l'existence d'un *obstacle siégeant à la partie moyenne du gros intestin*.

Enfin on devra soupçonner *l'intestin grêle et surtout sa terminaison*, si les flancs sont plats, l'ombilic très développé, le ventre globuleux, saillant à sa partie moyenne, si les phénomènes généraux sont très graves, s'ils sont survenus très rapidement. — La suppression ou la diminution de l'urine avec ou sans ténesme vésical est plutôt en rapport aussi avec l'étranglement de l'intestin grêle.

Ces données, quelque imparfaites et inconstantes qu'elles soient, sont sans doute précieuses pour l'intervention chirurgicale; mais

elles ne nous apprennent que peu de chose sur la *cause de l'occlusion intestinale*.

Pour tenter ce diagnostic de la cause il faut procéder par élimination, s'appuyant principalement sur les commémoratifs et sur certaines particularités relatives à l'histoire pathologique des diverses affections qui peuvent à un moment donné se compliquer d'occlusion.

A. *L'occlusion est aiguë*. — La première pensée qui doit venir par ordre de fréquence, c'est l'*invagination aiguë*. S'il s'agit d'un *enfant*, surtout avant l'âge de quatre ans (Duchaussoy), on ne pourra guère poser d'autre diagnostic.

Les invaginations, nous l'avons vu, occupent ordinairement le gros intestin, 70 fois pour 100 (Leichtenstern); on découvre le plus souvent dans le flanc droit le cylindre invaginé sous la forme d'une tumeur perceptible au début, ovoïde, mobile parfois: la vacuité du flanc gauche est remarquable (Dance).

La marche est moins rapide généralement que dans le volvulus; la constipation n'est pas absolue; il y a parfois des épreintes anales, du ténesme, des selles muco-sanguinolentes où l'on peut retrouver des portions de l'intestin sphacélé.

Chez l'enfant, en l'absence de signes positifs d'invagination, pourtant il faut songer à la possibilité des étranglements dans des diverticules péritonéaux.

S'agit-il d'un *adulte*? Si l'affection présente une évolution très rapide, un début brusque, on pensera à un volvulus ou à l'étranglement interne. L'absence de tout antécédent morbide est en faveur de la torsion de l'intestin, ou du volvulus, tandis que des troubles digestifs antérieurs, les commémoratifs d'une péritonite localisée ou 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*: her. rétropéritonéale, her. du ligament large, her. intrapelvienne.

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 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 des 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 siège plus souvent chez l'homme ; Rathery l'a signalé chez l'enfant ; il occupe surtout le gros intestin : S iliaque, colon descendant, coudes du colon 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 40 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. — Il est médical et chirurgical.

a. Le *traitement médical* consiste d'abord dans 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.

La thérapeutique fournit d'autres ressources : le café à haute dose, l'opium, la belladone, le tabac en lavements, le froid, les applica-

tions continues de glace (Grisolle, Masson). Les purgatifs huileux conviennent seulement aux obstructions.

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.

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 Labric, 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.

b. *Traitement chirurgical.* — Aussitôt que l'insuccès des moyens médicaux paraissant le mieux appropriés est bien constaté, il ne faut pas perdre de temps ; on doit tenter l'intervention chirurgicale.

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 seizième, dix-septième siècles et dans la première moitié du dix-huitième. — Dans le courant du dix-septième 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. 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 tous les cas d'occlusion aiguë, la laparotomie est indiquée. Les lésions causales sont en effet ici des vices de position : invaginations, volvulus, torsion, ou des étranglements internes auxquels il est facile de remédier après l'ouverture du ventre, mais l'opération doit être pratiquée de bonne heure pour donner de bons résultats. Un mémoire récent de Schramm montre bien ce que j'avais déjà commencé à établir, à savoir que les succès sont en proportion de la précocité de l'intervention. L'existence d'une péritonite ne constitue pas une contre-indication.

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 contre nature* 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; elle peut être faite lorsque l'obstacle est placé très bas, sur la fin du gros intestin : colotomie lombaire (Callisen, Amussat); colotomie iliaque (Littre et Verneuil).

QUATRIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU FOIE

Les immenses progrès de la chirurgie abdominale, en étendant le champ de son intervention, imposent au chirurgien d'aujourd'hui le devoir de bien connaître certaines affections du foie, au cours desquelles il aura souvent désormais l'occasion d'intervenir. — Il doit particulièrement s'occuper des abcès, des kystes hydatiques du foie, des lésions calculeuses, des tumeurs de la vésicule biliaire.

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS DU FOIE.

Anatomic pathologique. — Les abcès du foie sont, les uns *petits* et multiples, les autres, grands et généralement uniques.

1° *Petits abcès.*

Ils intéressent surtout le médecin : tels sont les abcès consécutifs à l'angiocholite et à la pyléphlébite suppurée; primitivement contenus dans les parois mêmes des vaisseaux, ils peuvent à un certain moment s'accompagner de lésions semblables périvasculaires, par rupture ou