

signes de péritonite, s'il a porté antérieurement une hernie qui aurait cessé de paraître à l'extérieur, etc. En outre, l'exploration minutieuse de l'abdomen, soit par la palpation, soit par le toucher vaginal ou rectal, permettra parfois d'acquiescer quelques notions sur la présence d'une induration, d'une rénitence limitée en un point. Mais, en somme, il restera toujours une grande incertitude sur la nature de l'obstacle.

Il serait évidemment à désirer que l'on pût déterminer rigoureusement la cause anatomique de l'occlusion. Mais nous verrons plus tard que cette rigueur n'est pas absolument nécessaire au point de vue de l'indication d'une intervention chirurgicale.

2° *L'occlusion intestinale à marche chronique* débute d'une manière insidieuse, et les symptômes caractéristiques n'apparaissent qu'à une période plus ou moins avancée de la maladie; dans d'autres cas, ces symptômes se manifestent d'emblée, comme dans l'occlusion aiguë, mais ils ne présentent ni la même intensité, ni le même caractère de gravité.

La douleur, qui peut manquer, est toujours peu marquée, intermittente, consistant en des coliques sans caractère spécial. La constipation n'est jamais absolue; elle alterne souvent avec des selles diarrhéiques, parfois mélangées de sang, et accompagnées de ténésme. Les vomissements sont rares, alimentaires, muqueux, bilieux, et ne deviennent fécaloïdes qu'à une période avancée de la maladie.

Le ballonnement du ventre est également beaucoup moindre que dans l'occlusion aiguë; il ne s'accuse que lorsque les phénomènes d'occlusion sont très-prononcés.

L'altération du facies, le refroidissement et les autres phénomènes nerveux de l'occlusion n'apparaissent que tardivement et comme des accidents ultimes. Tels sont les principaux traits qui permettent de distinguer en clinique la forme chronique de la forme aiguë de l'occlusion.

Mais il faut bien savoir que, dans certains cas, on voit la seconde forme succéder à la première, c'est-à-dire qu'un malade, après avoir présenté pendant quelque temps les symptômes de l'occlusion chronique, peut être pris soudainement des accidents de l'occlusion aiguë. Une étude attentive des commémoratifs et de la succession des symptômes permettra d'établir le diagnostic exact de cette forme intermédiaire de l'occlusion intestinale.

Quoiqu'il soit assez facile de reconnaître sur le vivant l'occlusion à marche chronique, ou la forme intermédiaire dont je viens de parler, il importe cependant de signaler une cause d'erreur; je veux parler de ces pseudo-étranglements sur lesquels Henrot (1) a appelé l'attention et qu'il rapporte à la paralysie intestinale. J'ai contesté ailleurs et discuté cette explication pathogénique du pseudo-étranglement, et ce n'est pas

(1) *Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin*, thèse de Paris, 1865.

ici le lieu d'y revenir. Mais je devais rappeler aux praticiens certains faits dans lesquels les accidents de l'occlusion chronique se sont montrés chez des malades dont l'autopsie n'a révélé aucune cause capable de mettre obstacle au cours des matières.

Le diagnostic de ces pseudo-étranglements est pour ainsi dire impossible: car s'il est vrai que, dans ces cas, les symptômes sont ceux d'une occlusion incomplète, cette même particularité s'observe dans un grand nombre de variétés d'occlusion chronique.

On a également noté les accidents de l'occlusion chronique dans quelques cas de péritonite chronique, sans autre obstacle matériel au cours des matières que les inflexions plus ou moins brusques des anses intestinales et leurs adhérences généralisées. Ici le diagnostic serait peut-être plus aisé, puisque les commémoratifs et l'exploration de l'abdomen pourraient faire reconnaître l'existence d'une péritonite chronique, souvent tuberculeuse.

Ces deux sources d'erreur étant, autant que possible, évitées, les causes anatomiques de l'occlusion chronique peuvent être rangées dans le tableau suivant:

- 1° Occlusion par compression de dehors en dedans (tumeurs solides et liquides de l'abdomen);
- 2° Invagination chronique;
- 3° Rétrécissements cancéreux, fibreux, syphilitiques;
- 4° Obstructions par des corps étrangers (noyaux, de fruits, matières fécales, calculs biliaires, etc.), ou par des tumeurs pédiculées et mobiles, telles que des polypes;
- 5° Adhérences anormales de l'intestin.

Le diagnostic de ces diverses variétés d'occlusion intestinale est malheureusement encore plein d'incertitude dans la majorité des cas. Toutefois, il sera généralement assez facile de reconnaître par le palper abdominal, par le toucher vaginal et rectal, l'occlusion résultant de la *compression par une tumeur* de l'abdomen ou du bassin, telle que les kystes de l'ovaire, les fibromes de l'utérus.

L'*invagination chronique*, bien étudiée récemment par Rafinesque (1), est caractérisée par des douleurs abdominales assez vives, des selles muco-sanguinolentes accompagnées de ténésme, des vomissements bilieux, quelquefois mélangés de sang, très-rarement stercoraux, enfin par la présence d'une tumeur molle, cylindrique, parfois susceptible d'être sentie par le toucher rectal ou même faisant issue à travers l'anus.

Les *rétrécissements de l'intestin*, de quelque nature qu'ils soient, se distinguent par la marche progressive des accidents, qui présentent en outre des intermittences plus ou moins fréquentes; ainsi on voit survenir une série de crises dans lesquelles les phénomènes d'occlusion cèdent spontanément ou grâce au traitement médical, sous forme de véritables

(1) *Étude sur les invaginations intestinales chroniques*, thèse, Paris, 1878.

débâcles; ces crises se renouvellent plus ou moins fréquemment jusqu'au jour où les phénomènes d'occlusion acquièrent une intensité plus grande.

Lorsque le rétrécissement occupe le rectum, il est aisé de s'assurer de son siège et de sa nature par le toucher rectal et vaginal. Mais pour ce qui concerne les rétrécissements des autres portions de l'intestin, on peut seulement arriver à des présomptions par l'étude des commémoratifs et l'exploration minutieuse de l'abdomen.

Il en est de même des *occlusions par obstruction* du calibre de l'intestin résultant de la présence de corps étrangers ou d'adhérences anormales, suite de péritonites qui empêchent les mouvements de l'intestin ou déterminent des flexions anguleuses susceptibles d'effacer le calibre du canal.

Comme on vient de le voir, le diagnostic différentiel des diverses variétés de l'occlusion intestinale chronique présente de grandes difficultés, et nous aurons plus tard à revenir sur ce point au sujet des indications thérapeutiques.

3° Quel est le siège de l'obstacle?

On puisera les éléments de ce diagnostic dans les connaissances statistiques relatives au siège le plus ordinaire des diverses variétés d'occlusion, et dans l'étude raisonnée des symptômes présentés par le malade.

Relativement aux invaginations, sur 763 cas réunis par Bulteau, on compte 220 invaginations de l'intestin grêle, 151 invaginations iléo-cæcales; d'où il résulte que l'invagination occupe le plus souvent le gros intestin ou l'union de l'intestin grêle et du gros intestin.

Les rétrécissements syphilitiques, les rétrécissements cicatriciels, consécutifs à la dysenterie, siègent presque exclusivement sur le gros intestin et plus spécialement sur le rectum. Quant aux rétrécissements cancéreux, ils sont extrêmement rares sur le trajet de l'intestin grêle et offrent pour siège de prédilection l'S iliaque et le rectum (72 fois sur 108 cas).

Les occlusions intestinales produites par les diverticules, les brides fibreuses, péritonéales, occupent presque constamment l'intestin grêle, et plus spécialement la fin de l'iléon. Sur un total de 151 cas relevés par Bulteau, on compte seulement 18 cas d'étranglement du gros intestin par l'une de ces causes pour 133 cas d'étranglement de l'intestin grêle.

Inversement, le volvulus est plus fréquent sur le gros intestin et plus spécialement au niveau de l'S iliaque. Il en est de même des occlusions intestinales produites par la compression d'une tumeur abdominale qui s'exerce principalement sur l'S iliaque et le rectum.

Indépendamment de ces données statistiques qui pourront déjà guider le chirurgien dans l'appréciation du siège de l'occlusion, il est un certain nombre de symptômes propres à éclairer ce point important de diagnostic.

Laugier a jadis insisté sur l'importance que l'on doit attacher au *degré du météorisme* et à la *forme spéciale du ventre* dans la détermination du siège de l'occlusion sur l'intestin grêle ou le gros intestin.

Lorsque l'obstacle occupe l'intestin grêle, le météorisme est limité aux régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique, tandis que les flancs et les fosses iliaques sont déprimés et souples. Si l'obstacle siège sur le gros intestin, la distension est, dès le principe, générale et portée à un degré considérable.

Ce signe différentiel n'a de valeur réelle qu'au début des accidents: car à une période plus avancée tout l'intestin se laisse distendre par les gaz.

Quoique certains auteurs aient prétendu que la précocité et la persistance des vomissements fécaloïdes sont une preuve que l'obstacle occupe l'intestin grêle plutôt que le gros intestin, il résulte des observations des auteurs modernes que ce signe est de peu d'importance au point de vue du siège de l'occlusion. Suivant Hinton, Annandale (1), Bryant (2), l'existence précoce des vomissements fécaloïdes et leur persistance témoignent seulement presque toujours d'une occlusion complète de l'intestin.

Barlow (3) a avancé que la sécrétion urinaire serait d'autant moins abondante que l'obstacle siègerait plus près de l'estomac, mais cette assertion n'est rien moins que démontrée.

Le siège de la douleur locale ressentie au début des accidents sera souvent pour le chirurgien un indice certain du siège de l'occlusion. Besnier a examiné à ce point de vue 183 observations et n'hésite pas à accorder une valeur réelle à ce symptôme.

Enfin les phénomènes généraux présentent dans leur intensité et leur époque d'apparition des différences notables, suivant que l'obstacle siège sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin.

Dans le premier cas, ces symptômes apparaîtront rapidement et avec une grande intensité; dans le second cas, ils seront plus tardifs et moins intenses, ce qui s'explique aisément si l'on considère la richesse nerveuse de l'intestin grêle comparée à celle du gros intestin.

PRONOSTIC. — La mort est la terminaison habituelle de l'occlusion intestinale abandonnée à elle-même. Cependant, dans quelques cas exceptionnels et dans certaines variétés d'occlusion, la nature seule peut faire les frais de la guérison. Lorsque l'obstacle siège à l'intérieur du canal intestinal (matières fécales endurcies, corps étrangers, etc.), on voit parfois une débâcle se produire spontanément ou sous l'action de moyens médicaux. De même on comprend que l'intestin tordu sur lui-même puisse, sous l'influence des contractions musculaires, reprendre sa place normale et permettre le rétablissement du cours des matières. Il n'est

(1) *Edinburgh med. journ.*, février 1871.

(2) *The Lancet*, 1878, p. 712.

(3) *Guy's Hospital Reports*, 2^e série, vol. II.

pas très-rare enfin que l'invagination se termine par la gangrène de la portion invaginée, et on possède d'assez nombreux exemples de guérisons spontanées obtenues après l'expulsion par l'anus d'une portion plus ou moins considérable d'intestin sphacélé.

Un autre mode de guérison spontanée consiste dans la production d'une péritonite localisée dans le point où siège l'occlusion; les adhérences prévenant l'épanchement dans le péritoine des matières intestinales, celles-ci peuvent s'ouvrir un passage à travers la paroi abdominale ou dans une portion voisine du tube digestif. Dans le premier cas, il se produira un anus contre nature; dans le second, le cours des matières sera rétabli, du moins temporairement. Ce mode de guérison est d'ailleurs tout à fait exceptionnel et ne s'observerait guère que dans les cas de corps étrangers de l'intestin. Foucher (1) a rapporté à la Société anatomique une observation d'étranglement interne par bride mésentérique enlaçant l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, le cæcum et l'extrémité supérieure du rectum. Une double perforation faisait communiquer ces parties intestinales entre elles par l'intermédiaire d'un clapier résultant d'une péritonite circonscrite.

Enfin, même dans le cas d'étranglement par bride, il ne semble pas impossible que celle-ci se détruise par ulcération. Lafaye (2) cite un cas dans lequel cette heureuse terminaison aurait pu survenir si le malade avait résisté assez longtemps, et j'ai observé pour ma part un fait analogue.

Mais ce sont là, je le répète, des exceptions sur lesquelles il n'est pas permis de compter, et malgré les efforts de la nature pour triompher de l'occlusion intestinale, ces efforts restent le plus souvent impuissants à prévenir l'issue fatale.

TRAITEMENT. — Il diffère essentiellement suivant la variété d'occlusion à laquelle on a affaire, et telle médication, excellente dans certains cas, peut entraîner dans d'autres les conséquences les plus fâcheuses; c'est dire que le diagnostic de l'occlusion intestinale offre une importance capitale au point de vue des indications thérapeutiques.

On a considérablement abusé des différents moyens médicaux dans le traitement de l'occlusion de l'intestin, et c'est à peine si les praticiens commencent à reconnaître non-seulement l'inutilité, mais encore les dangers de la plupart de ces remèdes, dont le moindre des inconvénients est de faire perdre un temps précieux. Dans l'immense majorité des cas, en effet, le chirurgien est appelé auprès d'un malade atteint des symptômes d'occlusion intestinale lorsque l'on a épuisé vainement une série de remèdes qui n'ont eu d'autres résultats que de rendre plus profondes les lésions locales et d'aggraver les désordres de la santé générale, si bien que lorsqu'on se décide à intervenir *in extremis* par une opération, celle-

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1852, t. XXVII, p. 55.

(2) Hevin, *De la gastrotomie dans le volvulus* (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV, p. 238).

ci est faite dans des conditions déplorables et frappée d'avance d'insuccès.

Je ne saurais donc insister avec assez de force sur les dangers d'une trop longue temporisation ou de l'emploi trop prolongé des moyens médicaux dans le traitement de l'occlusion intestinale, et sur la nécessité d'une intervention chirurgicale prompte ou même immédiate lorsque ces moyens médicaux ont échoué ou lorsque la nature de l'occlusion paraît contre-indiquer leur emploi. J'ai la conviction que la léthalité de l'occlusion intestinale sera considérablement diminuée le jour où les praticiens auront adopté cette règle de conduite.

Le TRAITEMENT MÉDICAL cependant peut réussir dans un certain nombre de variétés d'occlusions intestinales; d'une manière générale il est plutôt indiqué dans l'occlusion à marche chronique que dans l'occlusion à marche aiguë.

Il convient de l'employer dans les cas d'obstruction par les corps étrangers, dans les invaginations, dans les rétrécissements, dans le volvulus; il est le plus souvent contre-indiqué dans les diverses variétés d'étranglement interne.

Parmi les nombreux moyens médicaux qui ont été proposés contre l'occlusion intestinale, nous indiquerons seulement les principaux.

Les *purgatifs*, dont on fait encore tous les jours un si grand abus, ne conviennent que dans les cas d'obstruction intestinale par des corps étrangers ou par amas de matières fécales, et dans les cas de rétrécissements organiques. Dans toute autre circonstance et principalement dans les diverses variétés d'occlusion à marche aiguë, les purgatifs donnent des résultats déplorables et doivent être sévèrement proscrits. Lorsque le diagnostic est très-obscur, comme dans certains cas de hernies dont l'étranglement est douteux, il peut être permis de prescrire à titre d'essai un purgatif léger, mais à condition d'y renoncer aussitôt que son inefficacité est reconnue et que l'occlusion de l'intestin est démontrée.

Les *applications de glace* sur le ventre, l'*opium*, la *belladone*, qui paraissent avoir procuré un certain nombre de guérisons, ne sauraient agir non plus dans les cas d'étranglement vrai; ces médications ont pu réussir dans les obstructions par des corps étrangers, les rétrécissements, le volvulus, l'invagination; leur emploi doit être réservé pour ces cas particuliers et ne doit pas être trop longtemps continué.

L'*électrisation* de l'intestin, préconisée jadis par Duchenne (de Boulogne), a fourni dans ces dernières années un assez grand nombre de succès et devra être essayée toutes les fois qu'il n'existe pas un étranglement vrai de l'intestin. Le plus souvent on s'est servi des courants induits dont l'application est plus facile et l'action plus immédiate. Relativement au mode d'application, tantôt on place les deux rhéophores sur la paroi abdominale; tantôt un pôle étant appliqué sur la paroi, l'autre est placé à l'entrée de l'anus ou dans le rectum; tantôt enfin l'un des

pôles étant sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales, l'autre est introduit dans le rectum à une profondeur de 7 à 8 centimètres.

Le *massage de l'abdomen*, vanté surtout en Angleterre, doit être pratiqué avec prudence. Le malade, préalablement anesthésié, de manière à obtenir le relâchement des parois abdominales, sera placé la tête en bas, tandis qu'un aide relève le tronc en le soutenant par les membres inférieurs. Le chirurgien imprime alors au corps quelques secousses brusques, puis procède au massage du ventre qui ne doit pas être prolongé au delà de cinq minutes. On a quelquefois réussi par ce moyen, qui a pour effet de déplacer violemment les intestins, à faire disparaître la cause de l'occlusion intestinale.

Les *injections forcées d'air ou de liquide* par l'anus peuvent être utiles dans certains cas d'occlusion intestinale siégeant sur le gros intestin : car on comprend que ce moyen mécanique ne pourrait avoir aucun effet dans les occlusions de l'intestin grêle, la valvule de Bauhin s'opposant au passage des gaz ou des liquides injectés de bas en haut.

Les insufflations d'air peuvent être faites avec un soufflet ordinaire adapté à une sonde œsophagienne préalablement introduite aussi profondément que possible dans le rectum ; de même pour les injections liquides on se servira d'une grosse seringue, d'un irrigateur quelconque pour pousser lentement dans l'intestin une grande quantité d'eau tiède ; on a parfois fait usage d'eau chargée d'acide carbonique, et dans ces cas on peut employer le siphon d'eau de Seltz que l'on adapte directement à la sonde rectale.

Les injections forcées d'air ou de liquide ont donné quelques bons résultats dans le volvulus, l'invagination, les rétrécissements, mais dans la plupart des cas elles restent inefficaces et leur emploi ne saurait être prolongé sans inconvénient.

Quelques auteurs ont encore conseillé, avant d'en arriver au traitement chirurgical, de pratiquer, à l'aide du trocart le plus fin de l'appareil aspirateur, des ponctions multiples. Ce moyen palliatif, qui peut atténuer momentanément quelques-uns des symptômes les plus pénibles de l'occlusion, ne me paraît pas devoir être employé. Il en est de même de la ponction faite avec un trocart à hydrocèle qu'on laisse en place. Malgré les quelques succès rapportés par Larghier des Bancelles, ce procédé, qui n'est pas exempt d'inconvénients ni de dangers, me paraît inférieur aux autres procédés du traitement chirurgical.

En résumé, nous pensons que le traitement médical, dont les médications varient suivant la nature de l'occlusion, doit être rapidement abandonné s'il reste inefficace, et que l'intervention chirurgicale aura d'autant plus de chance de réussir qu'elle sera plus prompte.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale comprend deux méthodes opératoires essentiellement différentes, et par le but qu'elles se proposent et par le moyen d'y parvenir. Dans la première on va à la recherche de la cause de l'occlusion, après

ouverture plus ou moins large de la cavité abdominale, puis, l'obstacle étant reconnu, on le fait disparaître et l'on rétablit ainsi le cours des matières ; c'est la méthode de la *gastrotomie* ou mieux de la *laparotomie*.

Dans la seconde, on ne se préoccupe pas de la nature de l'obstacle et on se borne à parer aux accidents de l'occlusion en donnant issue aux matières par une ouverture artificielle, faite à l'intestin dans un point situé au-dessus de l'obstacle ; c'est la méthode *par création d'un anus artificiel* (*entérotomie* et *colotomie*).

Tandis que la première de ces méthodes, lorsqu'elle réussit, assure une guérison complète et est par conséquent *curative* ; la seconde reste le plus souvent *palliative*, puisque la cause de l'occlusion persiste, et c'est seulement dans quelques cas exceptionnels que, l'obstacle venant à se détruire spontanément, le cours des matières se rétablit et la guérison complète survient.

Jusque dans ces dernières années on a eu le tort considérable de vouloir établir un parallèle entre ces deux méthodes opératoires, dont le but diffère si notablement, et de préconiser l'une à l'exclusion de l'autre. Ce n'est pas cependant que les chirurgiens n'aient depuis longtemps saisi les indications spéciales de la laparotomie et de l'entérotomie, mais en ce qui concerne la première de ces opérations, il paraît évident que la crainte exagérée que causait jadis l'ouverture de la cavité péritonéale, jointe à l'obscurité qui régnait sur le diagnostic des causes de l'occlusion intestinale, a dû contribuer à arrêter la main de ceux-là même qui admettaient théoriquement pour certains cas l'indication de la laparotomie.

S'il est douteux, malgré l'assertion de Cœlius Aurelianus, que la première idée d'ouvrir largement la cavité abdominale pour faire disparaître la cause de l'occlusion intestinale doive être rapportée à Praxagore de Cos, il est certain que, dès 1672, Paul Barbette (1), chirurgien d'Amsterdam, proposa très nettement cette opération, qui fut pratiquée sur ses conseils par un chirurgien dont le nom est resté inconnu, puis quelques années plus tard par Nuck. Malgré ces deux succès rapportés par Bonet (2) et par Velse (3), l'exemple de Nuck ne fut pas suivi, et les chirurgiens se bornèrent à condamner ou à approuver l'opération, mais sans la pratiquer. Il faut arriver au commencement de ce siècle pour voir Dupuytren faire une tentative nouvelle qui ne fut pas couronnée de succès ; un second cas malheureux, dû à Malgaigne, acheva de discréditer pour longtemps en France la laparotomie, qui fut abandonnée au profit de l'entérotomie ; les travaux de Nélaton et de ses élèves firent définitivement adopter cette dernière opération comme le meilleur mode de traitement de l'occlusion intestinale.

(1) *Oper. chir. anat.*, 1672.

(2) *Sepulchretum*, lib. III.

(3) *Dissert. Lugduni Batav.*, 1742.

Une réaction, cependant, ne tarda pas à se produire et en même temps que le nombre des partisans platoniques de la laparotomie tendait à s'accroître, la publication de faits heureux, observés à l'étranger et surtout en Angleterre, venait tempérer les craintes exagérées qu'inspirait l'ouverture du péritoine et que les nombreux succès d'ovariotomie ont contribué à effacer complètement. Aussi peut-on dire qu'à l'heure actuelle la laparotomie est acceptée par la plupart des chirurgiens.

Ce jugement presque unanime, relativement à une opération si longtemps discutée et proscrite, repose aujourd'hui sur des données statistiques importantes, qu'il ne sera pas inutile de rappeler ici. Bulteau a rassemblé dans sa thèse 92 cas de laparotomie, sur lesquels on compte 33 guérisons et 59 morts, soit 36 pour 100 de guérisons; quelques faits publiés depuis permettraient d'élever encore le chiffre des guérisons; mais ces résultats sont déjà suffisants pour entraîner la conviction dans l'esprit des chirurgiens les plus timorés.

A cette heure donc la question du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale se pose nettement ainsi : dans quels cas doit-on pratiquer la laparotomie? dans quels cas doit-on recourir à l'entérotomie? Ce qui revient à dire que chacune de ces opérations présentant des indications spéciales, le chirurgien doit concentrer tous ses efforts à déterminer aussi exactement que possible quelles sont ces indications.

D'une manière très générale on peut établir que la laparotomie convient à tous les cas dans lesquels l'obstacle au cours des matières est susceptible d'être enlevé, tandis que l'entérotomie doit être réservée pour les cas où, par suite de la nature de l'obstacle, il est impossible de le faire disparaître. Or, il suffit de se rappeler les diverses causes de l'occlusion intestinale pour voir que la laparotomie convient surtout à la classe des étranglements internes et de leurs variétés, au volvulus, à l'invagination, et que l'entérotomie est plus spécialement indiquée dans les cas de corps étrangers, de compression par une tumeur que l'on ne peut enlever, de rétrécissements de l'intestin.

Mais la difficulté pratique consiste précisément à reconnaître sur le vivant à quelle variété d'occlusion on a affaire. Rien de plus épineux, en effet, que ce diagnostic différentiel, et c'est là sans contredit la raison principale qui a si longtemps arrêté la main des chirurgiens.

Nous avons déjà longuement insisté sur ce diagnostic et montré qu'il était généralement facile de reconnaître une occlusion intestinale à marche aiguë; mais que, sauf l'*invagination* qui peut être soupçonnée d'après certains signes plus ou moins certains, les autres causes de l'occlusion intestinale aiguë ne se distinguent le plus souvent par aucun caractère pathognomonique, en sorte que le chirurgien, s'il a cru devoir exclure l'existence d'une invagination, ne saurait déterminer rigoureusement si l'occlusion est causée par un volvulus ou par un étranglement interne par bride, par diverticule intestinal, par hernie mésentérique, mésocolique, pariétale, etc. Cette rigueur est-elle indispensable? Contre ces divers obstacles

l'entérotomie ne constitue qu'un moyen palliatif, tandis que la gastro-tomie peut devenir une opération curative. Cette dernière seule est donc vraiment indiquée. Le chirurgien, en ouvrant le ventre, découvrira l'obstacle et le fera disparaître, soit en remplaçant l'intestin tordu, dans le volvulus, soit en sectionnant l'agent de l'étranglement, s'il s'agit d'une bride, d'un diverticule ou d'un sac herniaire intra-abdominal.

Relativement à l'invagination aiguë, l'indication de la laparotomie est un peu plus discutable. D'une part, on sait que la maladie peut guérir spontanément par suite du sphacèle et de l'élimination de la portion d'intestin invaginée, et, d'autre part, il est à craindre que le chirurgien, après avoir ouvert l'abdomen, se trouve dans l'impossibilité de réduire l'invagination et de dégager l'intestin par suite des adhérences inflammatoires confondant entre elles les diverses tuniques intestinales. Pour ces deux motifs on peut se demander si l'entérotomie ne serait pas préférable à la laparotomie. Les faits ne sont pas assez nombreux pour répondre à cette question et nous ne possédons pas de statistiques comparatives. On trouvera dans la thèse de Bulteau une statistique de 21 cas d'invagination aiguë, où la laparotomie a été pratiquée et a donné 8 guérisons et 13 morts, soit 38 pour 100 de guérisons, proportion suffisante pour encourager ce mode d'intervention. Sans nous prononcer définitivement sur ce point, nous serions tenté de conseiller la laparotomie dans les cas où la maladie dure depuis peu de temps, et où l'on est en droit de supposer qu'il sera possible de réduire l'intestin, laissant à chacun selon, son tempérament, le soin de choisir entre la laparotomie ou l'entérotomie, dans les cas où l'intervention est tardive.

D'ailleurs le principe d'intervenir le plus tôt possible ne s'applique pas seulement à l'invagination; il s'impose encore bien plus énergiquement dans le volvulus et l'étranglement interne, et les succès de la laparotomie deviendront beaucoup plus fréquents si l'on se décide à lever l'obstacle dès que le diagnostic aura été établi. Un grand nombre de malades sont morts parce qu'ils ont été opérés trop tard, et j'ai eu pour ma part à déplorer un insuccès dans un cas d'étranglement par bride fibreuse, parce que l'opération avait été pratiquée à une époque trop avancée, et que l'intestin était ulcéré au niveau de la constriction. C'est d'ailleurs un fait universellement admis que les statistiques des opérations de hernies étranglées sont d'autant meilleures que la kélotomie a été pratiquée plus tôt. Il en sera de même pour les statistiques de la laparotomie dans les cas de volvulus, d'étranglement interne et probablement d'invagination aiguë, lorsque les chirurgiens auront admis le précepte d'opérer dès que le diagnostic est assuré et que les moyens médicaux ont échoué.

Les indications de la laparotomie et de l'entérotomie sont peut-être un peu moins aisées à préciser dans l'occlusion intestinale à marche chronique, en raison de l'obscurité plus grande encore du diagnostic. Cependant, ici encore on peut se contenter d'indications générales, en

ce sens que la laparotomie ne convient qu'à quelques variétés d'occlusion chronique, tandis que l'entérotomie convient au plus grand nombre.

Relativement à l'invagination chronique nous pourrions répéter ce que nous avons déjà dit au sujet de l'invagination aiguë. Il serait possible que le chirurgien, ayant reconnu la cause anatomique de l'occlusion, parvint, après l'ouverture de l'abdomen, à dégager l'intestin invaginé. Cependant, comme pour l'invagination aiguë, nous croyons devoir réserver l'indication de la laparotomie dans l'invagination chronique, laissant chacun obéir à son inspiration personnelle dans ces cas difficiles.

Lorsqu'il s'agit d'une occlusion produite par compression, une indication spéciale surgit. Si la tumeur qui comprime l'intestin est justiciable d'une opération, et que la ponction simple en cas de tumeur liquide, ou l'extirpation en cas de tumeur solide ou mixte, puisse la faire disparaître, il va sans dire que c'est à ce mode de traitement qu'il faut avoir recours. L'ouverture du ventre peut alors être pratiquée dans le but d'extirper une tumeur de l'ovaire, de l'utérus, etc.; mais que pourrait la laparotomie dans les cas de tumeurs adhérentes ou dont l'ablation est impraticable?

Si le diagnostic de l'occlusion par adhérence anormale de l'intestin n'était pas aussi obscur, on comprendrait encore que la laparotomie permît de détruire ces adhérences, mais on sera le plus souvent arrêté par l'absence de signes propres à faire reconnaître cette variété d'occlusion.

De même pour les obstructions de l'intestin, soit par des corps étrangers, soit par des polypes, la laparotomie ne serait d'aucun secours. Tout au plus pourrait-elle conduire, dans les cas où les commémoratifs et les symptômes objectifs ne laissent aucun doute sur la nature du corps étranger et le siège exact qu'il occupe, à pratiquer une opération complexe, consistant dans la combinaison de la laparotomie et de l'entérotomie, qui permettrait d'extraire le corps étranger par une incision de l'intestin.

Quant aux rétrécissements de l'intestin, il est clair que, si l'on excepte certains rétrécissements du rectum contre lesquels il est possible d'agir directement pour faire cesser les phénomènes d'occlusion, la laparotomie est absolument impuissante et me paraît formellement contre-indiquée. Je n'oserais, en effet, suivre le conseil donné par quelques chirurgiens qui seraient portés à ouvrir en pareil cas l'abdomen pour mettre à nu le siège du rétrécissement, pratiquer l'excision de la portion rétrécie, puis réunir par la suture les deux bouts de l'intestin.

En résumé donc, si la laparotomie est quelquefois indiquée dans l'occlusion intestinale chronique, ses indications sont assez vagues et assez mal déterminées pour arrêter le plus souvent la main du chirurgien et excuser une certaine timidité de sa part. En revanche l'entérotomie

peut rendre de réels services, soit comme opération palliative dans la plupart des cas, soit comme opération curative dans certains cas d'invagination ou de corps étrangers.

Après avoir cherché à déterminer autant que possible les indications spéciales de la gastrotomie et de l'entérotomie, il nous reste à décrire rapidement le manuel opératoire de ces deux opérations.

Entérotomie. — Le chirurgien a à choisir entre trois procédés qui présentent des indications spéciales : 1° l'entérotomie proprement dite, qui ouvre une anse d'intestin grêle; 2° la colotomie iliaque par le procédé de Littre, qui établit un anus artificiel sur l'S iliaque du côlon; 3° enfin la colotomie lombaire par le procédé de Callisen ou d'Amussat qui fait porter l'ouverture de l'intestin sur le côlon descendant au niveau de la région lombaire.

Abstraction faite de toute considération relative à la facilité plus ou moins grande de tel ou tel procédé, ou à la commodité pour le malade d'avoir un anus artificiel à la région iliaque ou lombaire, ce qui prime avant tout l'indication de tel ou tel procédé, c'est la connaissance exacte du siège de l'obstacle, puisqu'il est nécessaire, dans le cas où l'entérotomie paraît indiquée, d'ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle. Avant donc de décider à quel procédé on aura recours, il est indispensable d'établir aussi rigoureusement que possible le siège précis de l'obstacle, et nous avons vu précédemment que ce diagnostic est jusqu'à un certain point réalisable.

Si donc le chirurgien a acquis la certitude que l'obstacle siège sur l'intestin grêle, c'est au procédé d'entérotomie proprement dite qu'il devra donner la préférence, procédé qui consiste à ouvrir une anse d'intestin grêle au voisinage du cœcum.

Dans les cas, au contraire, où il est démontré que l'occlusion occupe le gros intestin, c'est évidemment sur celui-ci que devra être établi l'anus contre nature, et là encore il sera utile de déterminer autant que possible, quel est le point du gros intestin qui est le siège de l'obstacle, afin de pratiquer l'ouverture au-dessus. La palpation de l'abdomen, le toucher rectal, les résultats fournis par les grandes douches administrées au moyen d'une longue canule introduite dans le rectum permettront souvent de reconnaître si l'obstacle est situé au delà du rectum ou de l'S iliaque.

S'il en est ainsi on devra ouvrir l'intestin au niveau du cœcum. C'est la conduite que j'ai cru devoir suivre dans un fait dont j'ai publié la relation dans les *Archives*, et dans lequel je suis arrivé, par l'analyse des symptômes, à localiser l'obstacle sur un point du gros intestin situé au-dessus de l'S iliaque. L'autopsie a permis de reconnaître qu'il s'agissait d'un rétrécissement cancéreux situé à l'angle de réunion du côlon ascendant et du côlon transverse.

Dans les cas où l'obstacle siège manifestement sur l'S iliaque ou sur le rectum, on devra placer l'anus artificiel sur le colon descendant, et