

Mais quelle doit être cette opération? A première vue il semble qu'il n'y ait qu'une réponse possible à cette question; car lorsqu'il s'agit de faire disparaître un étranglement par voie opératoire, il vient aussitôt à l'idée de chacun que ce but ne saurait être atteint que par une large incision des parois abdominales permettant d'arriver au siège de l'occlusion et de lever l'obstacle directement. Si les conditions étaient aussi simples que dans la hernie étranglée avec son sac herniaire, personne n'aurait songé à pratiquer d'autre opération que celle qui consiste à libérer l'intestin par la laparotomie. Mais si l'on se rappelle les considérations anatomo-pathologiques brièvement exposées précédemment, on comprend aussitôt que l'intervention chirurgicale est ici beaucoup plus compliquée; en effet, même dans les cas dont le diagnostic est facile, on ne peut guère, avant l'ouverture de l'abdomen, que soupçonner la nature spéciale et la situation de l'étranglement dans chaque cas particulier; en outre, même dans les cas où l'on a trouvé la cause de l'occlusion, l'opération est bien plus difficile à exécuter dans la cavité abdominale où les anses intestinales se pressent de tous côtés vers les mains et les instruments du chirurgien; c'est ce que nous prouvent indubitablement un certain nombre d'opérations dans lesquelles, malgré de grandes incisions et de longues recherches dans l'intérieur de l'abdomen, on ne parvient pas à trouver le siège de l'étranglement, de sorte que l'on est obligé de refermer l'abdomen sans avoir pu lever l'obstacle, et de transporter le malade dans son lit pour l'abandonner à son triste sort, si le malheureux n'a pas déjà succombé sur la table d'opération. Malgré ces insuccès, la guérison de l'étranglement par la **laparotomie** n'en reste pas moins la méthode idéale, et sans vouloir le moins du monde porter atteinte au mérite des chirurgiens qui ont mis en honneur l'**entérotomie**, comme moyen de traitement de cette affection, nous caressons l'espoir que la laparotomie deviendra de plus en plus l'opération normale, grâce à une connaissance plus complète des faits relatifs aux différentes formes d'étranglement, ainsi qu'aux améliorations apportées dans la méthode opératoire. Les dangers de la laparotomie ont déjà considérablement diminué depuis que l'ovariotomie est pratiquée d'une façon méthodique, que l'on connaît les principaux dangers qu'elle présente et la manière de les conjurer; aussi pouvons-nous espérer que l'incision de l'abdomen dans les cas d'occlusion intestinale donnera à l'avenir de meilleurs résultats, et que surtout les chances d'une septicémie aiguë seront beaucoup moindres avec la méthode antiseptique.

Dans le cours des dernières années on a cherché, en rassemblant de nombreuses observations (SALZMANN, 188 cas), à établir la statistique de la mortalité des deux opérations, la **laparotomie** et l'**entérotomie**. Cette statistique donne une mortalité de 71, 3 0/0 pour la laparotomie, et de 67 0/0 pour l'entérotomie. Ces chiffres n'ont évidemment que peu de valeur, vu la grande diversité des faits sur lesquels ils se basent;

mais admettons même que l'on veuille se guider sur eux pour le choix de la méthode opératoire, on n'en accordera pas moins la préférence à la laparotomie, alors même qu'elle donne une mortalité de 4, 3 0/0 plus élevée que l'entérotomie; en effet les opérés qui survivent à la laparotomie recouvrent la santé, tandis que ceux qui ont été soumis à l'autre méthode opératoire restent malades, ou ne guérissent qu'après maintes péripéties. Il est bien certain, cependant, que l'on ne doit pas s'adresser à la laparotomie lorsque le malade se trouve déjà dans un état de collapsus tel, qu'on le juge incapable de résister à une intervention chirurgicale d'une aussi longue durée. D'autre part, de nos jours encore, il est à conseiller, surtout aux opérateurs peu exercés, de réserver la laparotomie pour les cas dans lesquels le ballonnement modéré de l'abdomen a permis de poser un diagnostic à peu près sûr. Tels sont particulièrement les cas d'occlusion dans lesquels une tuméfaction locale et douloureuse vient guider la main du chirurgien. On peut alors réussir à réduire une invagination (HUTCHINSON), à faire disparaître un état de torsion de l'intestin (BUSCH etc.), à sectionner une bride tendue, à débrider l'anneau d'étranglement d'une hernie interne, enfin à dénouer un nœud après avoir ponctionné l'intestin, en ayant soin, dans ce cas, de n'exercer une traction que sur l'un des bouts de l'anse de constriction, car en tirant sur les deux bouts on ne ferait que serrer le nœud plus étroitement. Le chirurgien qui ne veut pas restreindre à ce point les indications de la laparotomie, doit connaître très exactement toutes les causes d'occlusion intestinale qui peuvent survenir dans la cavité abdominale, et avoir présents à l'esprit tous les points de l'intestin et du péritoine où l'on peut s'attendre à trouver le siège de l'étranglement. Avec toutes ces connaissances il ne lui arrivera encore que trop souvent de ne pas rencontrer l'obstacle après avoir largement ouvert la cavité abdominale. Même à l'autopsie il arrive fréquemment que l'on ne réussit à trouver la cause de l'occlusion intestinale qu'après de longues et minutieuses recherches.

Si l'on ne trouve pas le siège de l'occlusion, ou qu'après l'avoir découvert, on ne parvient pas à rétablir le cours des matières, il reste comme dernière ressource la suture dans la plaie d'une partie de l'intestin située au-dessus de l'étranglement et l'établissement d'un anus contre nature.

RÉALI s'y prit cependant autrement dans un cas où il n'était pas parvenu à dénouer une anse intestinale qui avait formé un nœud autour d'une autre portion d'intestin. Il sectionna l'anse de constriction, et en sutura ensuite les deux bouts après avoir dégagé l'anse étranglée. L'opéré guérit. Nous ferons mention également de la proposition de PIROGOFF d'exciser une anse intestinale invaginée pour suturer ensuite l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin. Enfin rappelons la tentative faite par HAKEN, du moins sur des animaux, et qui consiste à diviser transversalement la partie de l'intestin située au-dessus de l'étranglement, à appliquer l'un à côté de l'autre les deux bouts résultant de cette

section et à aboucher ensuite ces deux bouts en commun dans une portion de l'intestin située au-dessous du siège de l'occlusion. Aucun de ces deux procédés ne saurait être fortement conseillé, car tous deux entraînent une perte de sang notable, et le dernier est d'une exécution longue et compliquée.

Comme les malades que l'on soumet à la laparotomie sont, en général, dans un état d'épuisement assez prononcé, le collapsus constitue le danger principal de l'opération. Évidemment les contusions de l'intestin ont une action particulière sur la force du cœur, car d'après les expériences de GUTSCH, toute contusion d'une anse intestinale s'accompagne d'une élévation passagère promptement suivie d'un abaissement considérable et persistant de la pression sanguine. Dans de telles conditions on est à se demander si l'on n'a pas à prendre également en considération l'action pernicieuse du chloroforme. Divers chirurgiens déconseillent l'emploi de cet agent anesthésique. Quant à nous, nous sommes d'avis que la tranquillité du malade obtenue par le chloroforme a de si grands avantages, surtout au point de vue de la pression abdominale, qu'ils compensent, et au-delà, ses inconvénients. **L'antisepsie la plus scrupuleuse** est de rigueur comme dans toutes les opérations intéressant la cavité abdominale. On fera une longue incision, en général, le long de la ligne blanche; souvent on pratiquera également la section transversale du muscle droit. Si l'on croit devoir admettre avec un certain degré de certitude que la cause de l'obstacle est située dans un des côtés de l'abdomen, il est à conseiller de faire d'emblée une incision latérale. Une fois l'abdomen largement ouvert, on examinera d'abord la surface des viscères en refoulant de côté l'épiploon ainsi que les anses intestinales superficielles. Ici encore nous conseillons la position élevée du bassin, afin d'empêcher, autant que possible, la sortie des intestins; nous ne sommes pas d'avis, en effet, que l'on soit autorisé à attirer hors de la cavité abdominale des portions étendues de l'intestin pour les envelopper dans des linges chauds. Nous approuvons complètement le conseil donné par KINGSTON FOWLERS d'aller à la recherche des anses intestinales vides avec la main introduite dans l'abdomen, lorsque l'examen des parties superficielles n'a donné aucun résultat. Le plus souvent on les trouve dans le petit bassin et fréquemment du côté droit. Si l'on ne rencontre pas d'anses vides ni de brides de constriction, lesquelles sont assez fréquentes dans cette même région, on aura recours à l'exploration systématique de la cavité abdominale (SALZMANN); le procédé le plus sûr consiste à soumettre à la palpation d'abord tout le gros intestin, à partir du cœcum, puis on en fait autant pour l'intestin grêle; ici, il est vrai, on est obligé d'attirer hors de la plaie des parties de l'intestin, mais, si possible, on fera rentrer les anses intestinales déjà examinées à mesure que l'on en fait sortir d'autres. Une fois l'obstacle découvert, le reste de l'opération exige également de grandes précautions. Autant que possible on attire hors de la plaie l'anse intestinale étranglée, mais on n'y par-

vient pas toujours, et l'on est assez souvent obligé de sortir le paquet intestinal pour rendre l'obstacle accessible à la vue. La levée de l'étranglement demande aussi beaucoup de prudence de la part de l'opérateur. Les brides et diverticules doivent être dans certains cas sectionnés deux fois; pendant et après la section on examine l'intestin, afin de s'assurer si le sillon de constriction menace de se perforer. C'est ainsi que j'ai observé, dans un cas, la rupture de l'intestin à ce niveau; les deux bouts furent suturés après excision des bords de la solution de continuité. S'il s'agit d'un volvulus, on détordra l'intestin; ROSER conseille, pour prévenir un nouveau volvulus, de fixer l'intestin à la paroi abdominale par quelques points de suture. Dans un cas de ce genre CLARK ne parvint à replacer l'S iliaque obstrué dans sa position normale qu'après l'avoir évacué par des lavements d'eau chaude. Si c'est une bride qui se trouve être la cause de l'étranglement, on cherchera s'il en existe d'autres, ainsi qu'il arrive fréquemment. Les corps étrangers de l'intestin et particulièrement les calculs biliaires sont souvent difficiles à trouver. Dans un cas où l'autopsie seule expliqua la cause de l'étranglement, je trouvai dans le jéjunum un calcul biliaire qui y était fixé aussi solidement qu'un bouchon dans le gonlot d'une bouteille. Ce calcul n'aurait pu être éliminé que par une incision de l'intestin.

Une fois l'obstacle levé, on aura soin, par la pression des doigts, de faire descendre à travers la partie qui était le siège de l'étranglement, les matières fécales accumulées dans le bout supérieur. La réduction de l'intestin dans la cavité abdominale offre parfois de sérieuses difficultés lorsqu'on a été obligé d'en laisser une grande partie hors de la plaie pendant l'opération. Lorsqu'on a recours aux ponctions, ces dernières doivent être pratiquées en plusieurs endroits. Les orifices de ponction sont ensuite fermés par suture de la séreuse. Un procédé meilleur que la ponction, c'est l'incision de l'intestin que l'on suture ensuite après avoir évacué le contenu intestinal.

Nous devons nous contenter de ces quelques indications qui, naturellement, sont loin d'avoir épuisé le sujet. Ces opérations peuvent offrir un si grand nombre d'incidents imprévus qu'il n'est pas possible d'en donner une description typique.

§ 77. — L'indication de la **colotomie**, dans les rétrécissements du rectum, était reconnue depuis longtemps, lorsqu'en 1845 MAISONNEUVE eut l'idée d'appliquer un procédé analogue aux rétrécissements et occlusions d'une portion plus élevée de l'intestin, c'est-à-dire d'établir un anus artificiel sur un point situé en amont de l'obstacle. Plus tard NÉLATON (1857) se basant sur des observations, démontra que l'anus artificiel pouvait n'être que provisoire, que l'évacuation ainsi obtenue mettait l'intestin dans des conditions plus favorables à la levée de l'étranglement, et que le rétablissement du cours des matières par les voies normales pouvait alors en être la conséquence. TUNGEL formula d'une