

façon encore plus précise les indications de cette opération en s'appuyant également sur un certain nombre d'observations. Ce chirurgien attribue à l'**entérotomie** la valeur d'une large ponction évacuatrice; aussi est-il d'avis d'établir aussi près que possible du siège de l'occlusion et en amont de ce dernier, une petite fistule intestinale suffisante pour donner issue aux gaz et aux matières stercorales liquides. S'il agit ainsi, c'est dans l'espoir de voir le cours des matières se rétablir ultérieurement par les voies naturelles.

L'**entérotomie** est tout d'abord certainement indiquée dans les cas où l'obstacle au cours des matières ne peut être levé (néoplasmes, rétrécissements etc.) Dans ces conditions l'entérotomie est la seule opération possible, si l'on fait abstraction de la résection de la partie malade ou affectée de rétrécissement, résection dont nous aurons à nous occuper ultérieurement. Par contre on ne saurait accorder une aussi grande valeur à l'entérotomie dans les formes aiguës d'occlusion intestinale, dans lesquelles on peut espérer un retour complet à l'état normal. Même au point de vue de son action palliative, la valeur de cette opération est ici discutable. Il est vrai que la diminution de pression due à l'écoulement du contenu intestinal par la fistule, aura pour effet, dans la plupart des cas, de soulager immédiatement le malade. Mais une fois ce premier effet obtenu, on aura à se demander si l'anse intestinale au niveau de laquelle a été établie la fistule, est capable de livrer passage d'une façon continue aux matières fécales, si cette anse, en d'autres termes, n'appartient pas précisément à la partie de l'intestin comprise dans l'étranglement. Aucun des promoteurs de l'entérotomie (NÉLATON, TUNGEL, WACHSMUTH) n'a abordé de près cette question, et cependant KUTTNER fait remarquer avec raison que l'on court d'autant plus le danger d'établir la fistule sur une anse intestinale comprise dans l'étranglement, que cette partie de l'intestin est particulièrement distendue et vient faire saillie dans la plaie. Bien qu'on ne puisse nier la possibilité de la réduction spontanée d'un volvulus après l'évacuation du contenu intestinal arrêté dans son cours, bien que cette réduction puisse peut-être encore s'opérer après que l'intestin a été fixé à la paroi abdominale, cependant il faut avouer que les chances d'une pareille éventualité ne sont pas très grandes. Par contre l'évacuation d'une anse intestinale étranglée par une bride crée aussitôt des conditions meilleures pour le passage ultérieur des matières, mais alors il ne semble pas possible que cette anse, lorsqu'elle est fixée par son sommet à la paroi abdominale, parvienne jamais à se dégager. Lorsque, au contraire, on réussit à ouvrir la portion d'intestin située immédiatement au-dessus du siège de l'occlusion, le but palliatif de l'entérotomie se trouve parfaitement atteint, et l'on peut espérer, d'autre part, que par suite de la diminution de pression dans la cavité abdominale, et de l'évacuation du bout d'intestin compris entre l'estomac et le lieu de l'étranglement, on aura créé des conditions plus favorables à une heureuse terminaison, dans un certain nombre de formes d'occlusion intestinale.

Ce qui prouve bien que l'entérotomie ne donne pas des succès aussi brillants qu'on était tenté de l'admettre à une certaine époque, c'est le fait que les publications médicales des quinze dernières années ne renferment guère plus d'exemples de terminaisons heureuses à la suite de l'entérotomie que de gué-

risons par la laparotomie; et cependant, si l'on prend en considération la facilité plus grande d'exécution de l'entérotomie, on peut bien supposer que l'on a plus souvent tenté de sauver la vie du malade par cette opération que de le guérir par la laparotomie.

Un autre inconvénient, et ce n'est pas le moins sérieux, que l'on a reproché à l'entérotomie dans les cas où elle ne permet pas de rétablir le cours normal des matières, c'est que, si la fistule siège sur un point élevé de l'intestin grêle, la nutrition du malade reste forcément en souffrance. En effet, comme nous l'avons fait remarquer à diverses reprises, on ne peut choisir l'endroit de l'intestin destiné à l'établissement d'une fistule, car on utilise dans ce but l'anse intestinale qui se présente la première dans la plaie.

Quoi qu'il en soit, d'après l'état actuel de la science et en raison des limites qui s'imposent aux indications de la laparotomie, l'entérotomie reste, du moins provisoirement, l'opération à pratiquer de préférence dans nombre de cas; en effet, sans faire courir de sérieux dangers au malade, elle constitue bien souvent un moyen palliatif, et elle a même à son actif un certain nombre de guérisons. Comme elle est d'une exécution facile, *aucun médecin ne devrait négliger cette dernière chance de succès, et se rappeler qu'il importe au plus haut point de ne pas différer trop longtemps l'opération.*

Quant à l'**entérotomie** destinée à répondre à l'indication formulée plus haut, on ne peut naturellement la pratiquer sans ouvrir le péritoine (LITTRE). Notre but est d'établir une fistule intestinale autant que possible seulement temporaire; mais nous sommes rarement en mesure de déterminer d'avance exactement la partie de l'intestin que nous voulons ouvrir, car il est rare que nous arrivions à des notions précises sur le siège de l'étranglement. Il serait désirable d'établir une fistule aussi bas que possible, et le meilleur moyen d'atteindre ce but consisterait à pratiquer l'incision dans la région de la fosse iliaque gauche, où l'on arriverait facilement soit sur le côlon descendant, soit sur l'S iliaque. Mais très souvent l'obstacle siège plus haut et, par conséquent, suivant le conseil de NÉLATON, nous choisirons habituellement pour l'incision la fosse iliaque droite; si alors le cœcum rempli de matières se présente dans la plaie abdominale, on pourra l'utiliser avantageusement pour l'établissement d'une fistule, cette partie de l'intestin étant relativement peu éloignée de l'anus; lorsque, d'autre part, l'occlusion siège au niveau de la partie cœcale de l'iléon, c'est une anse d'intestin grêle peu distante de l'obstacle qui vient de préférence faire saillie dans la plaie. Par contre, toutes les fois que l'on a des raisons d'admettre l'existence d'un rétrécissement de l'S iliaque du côlon, ou que le gonflement des intestins est surtout prononcé du côté gauche, c'est dans la région de la fosse iliaque gauche que l'on pratiquera l'incision. Du reste, d'une manière générale, le chirurgien ne doit pas se préoccuper par trop de la partie de l'intestin qu'il convient de choisir pour l'établissement d'une fistule;

il s'adressera à une anse intestinale pleine, sans s'inquiéter s'il a affaire à une portion d'intestin grêle ou du gros intestin.

On fait une incision de la paroi abdominale parallèlement au ligament de Poupart et à 1 ou 2 centimètres au-dessus de ce dernier; cette incision commence à 2 centim. en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et a une longueur de 3 à 6 centim. Les parties sont divisées couche par couche (peau, tissu sous-cutané, grand oblique, petit oblique, transverse, fascia transversalis) par simple dissection ou sur une sonde cannelée. On écarte ensuite avec précautions le tissu adipeux sous-péritonéal sans détacher le péritoine, puis on incise ce dernier, après l'avoir soulevé à l'aide d'une pince à griffes ou de petites érignes. La plaie va en se rétrécissant en forme d'entonnoir, de la surface à la profondeur, de façon que l'ouverture du péritoine a une longueur d'environ 2 à 4 cm. On pourra, au besoin, l'agrandir ultérieurement. On arrive alors au temps de l'opération qui exige le plus de précautions, à savoir la fixation et l'ouverture de l'intestin. Le danger réside ici dans la possibilité de l'écoulement de matières stercorales dans la cavité péritonéale, danger surtout à redouter lorsque l'intestin est fortement distendu par un contenu liquide et gazeux. C'est une anse intestinale pleine qu'il s'agit d'ouvrir; le plus souvent elle se présente d'elle-même dans la plaie, sinon on refoule l'anse vide qui apparaît la première, et l'on attire à sa place l'intestin distendu. Ce dernier est saisi superficiellement à l'aide d'érignes et amené au fond de la plaie maintenue écartée au moyen de crochets. Autant que possible, lorsque les symptômes ne sont pas de nature à exiger l'évacuation immédiate de l'intestin, on exécute l'entérotomie en deux temps, c'est-à-dire par le procédé que nous avons préconisé également pour la gastrotomie. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut assurer l'asepsie de la plaie opératoire. L'intestin peut être fixé dans la plaie de deux manières: ou bien on introduit superficiellement aux extrémités de l'ouverture que l'on veut pratiquer dans l'intestin, deux épingles que l'on fixe aux angles de la plaie, ou bien, ce qui est préférable, on fixe l'intestin avant de l'ouvrir par un certain nombre de points de suture aux bords de la plaie abdominale. Lorsqu'on opère en deux séances, c'est-à-dire lorsqu'on n'ouvre l'intestin qu'une fois les adhérences établies, les points de suture doivent ne comprendre que la séreuse et la musculaire et ne pas pénétrer jusque dans la cavité intestinale. En tous cas, on devra pratiquer la suture une fois l'intestin ouvert, si l'on n'a pas eu soin de le faire préalablement. Mais, règle générale, ce n'est qu'après avoir fixé l'intestin qu'on l'incise sur une longueur d'environ un centimètre. Les matières fécales et les gaz ne sortent pas toujours immédiatement en masse par la fistule; ce phénomène se produit surtout dans les cas où l'on a ouvert une anse intestinale comprise dans l'étranglement. Par contre le contenu des anses situées au-dessus du siège de l'occlusion ne se trouve pas nécessairement sous une haute pression. C'est précisément dans les cas à terminaison favorable que l'on trouve souvent mentionné le fait que des évacuations copieuses par la fistule se sont produites seulement au bout d'un temps plus ou moins long après l'opération (TUNGEL). Souvent le contenu intestinal s'écoule abondamment si l'on introduit avec précaution une sonde dans la fistule. Dans certains cas on est obligé d'avoir recours encore assez souvent, dans la suite, à l'emploi de la sonde. On applique un pansement à la charpie ou au coton im-

bibés de solutions désinfectantes: ce pansement doit être fréquemment renouvelé; par des lavages répétés et le changement fréquent des draps on maintiendra le malade dans un état de propreté aussi parfait que possible. L'emploi d'iodoforme favorise d'une façon extraordinaire l'état d'asepsie de la plaie.

Lorsque les évacuations alvines se font de nouveau, dans la suite, par l'anus normal, on peut toujours s'attendre à voir la fistule se fermer spontanément, ou bien on est obligé de recourir à une opération plastique. Dans le cas contraire il est indiqué de dilater l'orifice de la fistule pour la transformer en un anus artificiel.

3. HERNIES ABDOMINALES (ENTÉROCÈLES).

§ 78. — Lorsque des viscères sortent de la cavité abdominale par quelque ouverture de ses parois pour se rendre soit dans une autre cavité (thoracique), soit à la surface du corps où ils forment alors une tumeur recouverte par la peau et les parties molles sous-jacentes, on désigne sous le nom de **hernie** ce rapport anormal des viscères avec les parois qui les entourent.

Pour qu'il puisse être question d'une hernie abdominale il faut donc nécessairement qu'il existe une ouverture pathologique, ou physiologique mais pathologiquement dilatée, dans la couche de tissu conjonctif limitant la cavité abdominale et en relation avec le péritoine, ouverture par laquelle sortent les viscères. Dans le langage médical l'idée de hernie suppose, en général, l'intégrité des téguments et particulièrement de la peau, tandis qu'on désigne sous le nom de **prolapsus** l'issue des viscères par une plaie des téguments.

Si nous donnons une aussi large définition de la hernie, c'est afin de n'être pas obligé de désigner sous des noms différents la tumeur due à la distension d'une cicatrice des parois abdominales et celle qui provient de la dilatation d'une ouverture existant déjà à l'état physiologique.

Nous nous occupons ici essentiellement de cette dernière forme de hernie, c'est-à-dire de celle qui se produit au niveau d'un orifice physiologiquement préformé; l'issue des organes de la cavité abdominale vers la surface du corps peut alors se faire par refoulement en doigt de gant de la séreuse péritonéale (canal inguinal), ou bien la paroi abdominale laisse passer les viscères au niveau des points faibles qu'elle présente dans le voisinage des vaisseaux qui sortent de l'abdomen entourés par le tissu sous-séreux (gaine des vaisseaux fémoraux, trou sous-pubien); enfin des parties particulièrement faibles de la paroi abdominale peuvent en se laissant distendre d'une façon anormale, céder peu à peu dans un point circonscrit à la pression des intestins, et former une cavité dans laquelle sont reçus les viscères (hernies ventrales).

D'après notre définition générale les deux conditions sans lesquelles il ne peut être question d'une hernie, sont, d'une part, l'existence d'une ouverture des parois abdominales, et, d'autre part, l'issue des viscères par cette ouverture, les téguments externes restant intacts. Mais, dans la règle, les hernies dont nous aurons surtout à nous occuper ici, comportent un troisième élément, à savoir le **sac herniaire**.