

Lorsque les signes d'un étranglement de ce genre existent, faut-il opérer? Nous répondons affirmativement pour les cas où la cause et le siège de l'étranglement sont connus d'une manière à peu près certaine et où les antiphlogistiques, résolutifs, purgatifs, vomitifs ont échoué. Les malades sont condamnés à une mort presque inévitable, et le fait rapporté par Bonnet, d'une femme guérie par la gastrotomie, d'une passion iliaque; celui de Nuck, de M. Farch, ceux de M. Nélaton et de quelques autres chirurgiens, plaident en faveur de l'intervention chirurgicale. On exagérerait les conséquences malheureuses des revers de Dupuytren et de Monvel, qu'on ne saurait se refuser à admettre la possibilité d'un certain nombre de réussites. La difficulté est sans doute grande de savoir distinguer sûrement et habilement les indications et de les remplir; mais tel est le rôle du véritable chirurgien. L'opération faite avant le développement d'une péritonite offrirait peu d'obstacles. On inciserait la paroi abdominale dans le lieu présumé de l'étranglement, qui se rencontre le plus ordinairement vers la fosse iliaque droite (Bonnet), et en amenant les intestins au dehors; ou bien, en portant le doigt, ou même la main, dans le péritoine, on rechercherait quelque dureté, quelques adhérences propres à révéler le siège et la nature de l'accident, auquel on s'efforceraient de remédier.

La pratique de M. Nélaton diffère assez notablement des préceptes généralement donnés. Elle consiste: à pratiquer au-dessus et dans la direction du ligament de Fallope, à droite, une incision étendue depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au point correspondant à l'anneau inguinal interne, sans le dépasser, afin de ménager sûrement l'artère épigastrique. Arrivé sur l'aponévrose du grand oblique, le chirurgien la divise dans la même direction, mais dans une étendue moindre que la peau. L'incision du petit oblique et du transverse est faite de la même manière, de sorte que la plaie diminue progressivement d'étendue à mesure qu'elle se rapproche du péritoine. Celui-ci mis à nu, est ouvert avec les mêmes précautions que le sac d'une hernie.

A l'ouverture faite au péritoine, ne dépassant pas trois ou quatre centimètres, vient se présenter une anse intestinale distendue, qui la comble. L'intestin étant laissé en place et fixé avec une pince, le chirurgien fait pénétrer une aiguille courbe, armée d'un fil, de la surface de l'intestin à l'intérieur, et la fait ressortir de l'intérieur à l'extérieur à travers une des lèvres de la plaie, sans y comprendre la peau; il fait alors un premier point de suture entrecoupée. L'aiguille est replongée de la même manière, en regard et à 0^m,001 du lieu où elle a été plongée la première fois et passée également de

dedans en dehors à travers les lèvres du côté opposé de la plaie. Un nombre suffisant de points de suture sont ainsi pratiqués dans la longueur de la plaie, et deux points de suture sont placés l'un à son angle interne, l'autre à son angle externe. L'intestin présente alors, limitée de toutes parts par des points de suture entrecoupée, une sorte de bandelette intacte, large de 0^m,001, que le chirurgien incise avec la plus grande précaution, afin de ne pas couper les fils. L'ouverture faite à l'intestin ne doit pas avoir plus de un ou deux centimètres d'étendue.

Il résulte de recherches cadavériques faites par M. Nélaton, qu'en ouvrant le péritoine dans le lieu indiqué, on découvre l'intestin grêle dans le voisinage, c'est-à-dire à un mètre environ, du rectum et qu'on n'en soustrait qu'une petite partie au parcours des matières utiles à la nutrition. L'intestin n'étant pas attiré au dehors et étant fixé aux parois de l'abdomen avant d'être ouvert, la péritonite et l'épanchement deviennent par là moins menaçants. L'ouverture étroite faite à l'intestin suffit pour donner issue à son contenu, toujours liquide à cette hauteur, et place l'anus artificiel dans des conditions favorables à son occlusion ultérieure, si, comme cela arrive fréquemment, le cours naturel des matières se rétablit, le volvulus venant à disparaître en même temps que la distension de l'intestin et la compression exercée sur lui par les parois abdominales. En donnant à l'incision de ces parois une étendue moindre à mesure qu'il pénètre plus profondément, en ne comprenant pas la peau dans la suture, et en ne réunissant l'intestin qu'aux lèvres profondes de la plaie, M. Nélaton se propose de créer un infundibulum qui doit aider à l'occlusion ultérieure de l'anus artificiel.

On ne saurait nier que ce procédé, auquel M. Nélaton doit des succès, ne soit rationnel et réalisable à la condition d'admettre que l'occlusion intestinale se trouve dans la dernière portion de l'intestin grêle, d'une part, et, de l'autre, que les anses intestinales situées au-dessus de l'obstacle soient seules distendues par le gaz. Or il n'en est pas toujours ainsi: l'obstacle au cours des matières peut siéger sur une partie élevée de l'intestin, et les anses intestinales situées au-dessous de l'obstacle peuvent, comme celles qui sont situées au-dessus, présenter une grande distension. Il en résulte qu'en incisant, sans recherches préalables du siège de l'occlusion, l'anse intestinale qui vient se présenter dans l'ouverture du péritoine, on court le risque de pénétrer dans l'intestin au-dessous de l'obstacle, lequel persiste avec son cortège d'accidents et ses dangers. Il est possible que l'évacuation par la plaie d'une partie des matières contenues dans l'intestin au-dessous du volvulus, amène,

entre les anses intestinales supérieures, un changement de rapports qui fasse cesser l'accident, mais il serait imprudent de compter sur cette heureuse terminaison. Mieux vaut donc rechercher le siège de l'étranglement interne, pour ouvrir l'intestin au-dessus de lui; et pourra-t-on quelquefois y remédier en dégagant l'intestin sans l'inciser.

Le danger de pareilles opérations est incontestable, mais en face d'une terminaison fatale on doit recourir à tout moyen offrant quelques chances de succès.

Extirpation de la rate. La gastrotomie a été pratiquée un certain nombre de fois pour extirper la rate. Simon (de Rostock) dans son *Traité de l'extirpation de la rate chez l'homme* (Giessen 1857), rapporte que Quittenbaum (de Rostock) en 1826, et Kuchler (de Darmstadt) en 1855, ont enlevé avec succès des rates hypertrophiées. M. Spencer Wells, en 1865, a répété sans succès la même opération (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 28, juillet 1866, p. 439) pour la même affection. En 1867, M. le docteur Kœberlé, à Strasbourg, et M. le docteur Péan, à Paris, extirpèrent la rate, le premier sans succès et le second, qui avait pensé avoir affaire à un kyste de l'ovaire, avec succès. Le docteur Thomas Bryant, du Guy hospital (*Union médicale*, 3^e série, t. IV, 1867, p. 340), en 1867, enleva la rate hypertrophiée chez un jeune homme qui mourut peu de temps après l'opération. (*Quarterly Journal of practical medicine and surgery*, vol. XXXIX, p. 85.)

Dans le cas de M. Spencer Wells, la rate extirpée pesait cinq livres cinq onces: on la tordit sur elle-même afin de réduire ses vaisseaux qui, momentanément serrés dans un clamp, furent ensuite liés en deux paquets. Une portion de la queue du pancréas avait été enlevée avec la rate.

La mort eut lieu le sixième jour après l'opération. M. Spencer Wells l'attribue au défaut des fonctions hématosiques attribuées à la rate (production de globules blancs), mais cette opinion est peu soutenable. D'autres organes (foie, thymus, ganglions, corps thyroïde) font aussi des globules blancs; de plus, l'ablation de la rate sur les chiens réussit parfaitement. Il est plus probable que la rougeur signalée dans le péritoine par M. Spencer Wells était, ainsi que la sérosité épanchée et la lymphe plastique des environs de la plaie, l'indice d'une inflammation.

La malade de M. Kœberlé mourut d'hémorrhagie entre les mains de ce chirurgien.

Le jeune malade opéré par M. Bryant succomba à une hémorrhagie secondaire dans le péritoine: la rate pesait quatre livres sept onces.

Enfin la jeune fille opérée par M. Péan, chez laquelle l'opération dura plus de deux heures, et dont la tumeur kystique, renfermant un liquide épais, brun jaunâtre, qui contenait une proportion considérable d'albumine, de leucocytes, de cristaux de cholestérine, de globules sanguins altérés et de concrétions calcaires, pesait 1140 grammes, guérit en quinze jours.

D'autres faits que celui de M. Péan, mais que leur relation incomplète ne permet pas de citer, et les vivisections prouvent que l'ablation partielle ou totale de la rate est compatible avec la vie.

Sans conseiller cette opération, nous avons fait néanmoins quelques recherches en vue des difficultés qu'elle peut présenter. Une première fois, sur un sujet âgé, M. Sédillot a soulevé le grand épiploon et cherché la rate au-dessous. Dans ce procédé, on est exposé à rencontrer l'angle du colon, au moment où de transverse il devient descendant, et à le blesser. Sur un second sujet, il sépara le colon transverse de l'estomac par rupture de l'épiploon gastro-colique, et il put immédiatement isoler la rate et l'amener au dehors avec une seule main: les vaisseaux furent étreints et coupés entre deux ligatures.

L'artère splénique et les artères (*vasa breviora*) qui vont de la scissure de la rate au grand cul-de-sac de l'estomac, sont les seuls vaisseaux qu'il serait nécessaire de lier.

Les veines pourraient être simplement arrachées, tordues, sans exposer à un reflux hémorrhagique; ne recevant plus de sang de l'artère splénique, elles auraient peu de tendance à en fournir elles-mêmes, et leur vacuité permanente serait probablement obtenue par une compression légère et momentanée.

Si l'on voulait prévenir toute perte de sang, il faudrait peut-être tordre ou lier les artères gastro-coliques, au moment où on séparerait le colon transverse de l'estomac. Les ligatures seraient engagées dans un tube de verre un peu large, qui maintiendrait la communication de la plaie antérieure avec la profonde excavation laissée plus ou moins béante par l'extirpation de la rate. Ce tube prévient le contact de la ligature avec les parties voisines, et faciliterait l'écoulement de la sérosité, du sang ou du pus, si ce dernier venait à se former. La présence de plusieurs tubes de ce genre dans l'abdomen ne serait pas une notable aggravation des conditions de l'opération.