et prescrivent l'opium à petites doses continues. Chacune de ces méthodes ou de leurs combinaisons si variées compte des succès et des revers.

Mais, en tout cas, quelles que soient les idées et habitudes personnelles, — on ne saurait le répéter assez souvent et assez haut, — *il s'agit de ne point perdre du temps à l'emploi des moyens médicaux*. Si ces moyens n'ont encore produit aucun effet satisfaisant vers le troisième jour environ et si l'état général du malade est encore bon, c'est au chirurgien que le médecin doit demander le *traitement causal*, celui qui a le plus de chance de guérir son malade et de lui apporter en même temps la guérison complète et définitive : *la laparotomie*. Car les résultats de la laparotomie sont d'autant plus favorables, comme l'a démontré Farquhar Curtis[1], qu'elle est entreprise de meilleure heure.

Plus tard, — s'il n'est déjà trop tard,— alors que le malade a perdu ses forces et qu'il est incapable de résister à une opération le plus souvent longue et laborieuse comme la laparotomie, — il n'y a point d'autre ressource que l'*entéroproctie iliaque de Nélaton*. Cette opération a cependant encore sa valeur : si elle laisse presque toujours subsister la cause de l'occlusion, en remédiant à la rétention aiguë des matières, elle permet de gagner du temps jusqu'à ce que le malade se trouve en état, s'il y a lieu, de subir des interventions radicales.

Nous avons dit ailleurs (p. 943) comment se pratique l'anus de Nélaton. Nous allons décrire la technique générale de la laparotomie appliquée au traitement de l'occlusion spontanée.

Laparotomie. — Le premier devoir du chirurgien est d'avoir sous la main tout ce qui lui est indiqué par les notions étiologiques et peut lui permettre de *mener vite* l'opération, de prévenir ou réduire *au minimum* le shock opératoire.

Appareil instrumental et accessoires :

Deux bistouris droits, pointu et mousse, et un herniotome de Cooper ;
Une sonde cannelée ;
Des ciseaux droits, longs et ordinaires, et des ciseaux courbes mousses,
Vingt pinces hémostatiques ;
Deux pinces de Museux, ou pinces à cadre ;
Deux larges écarteurs de l'abdomen ;
Un décolleur ;
Des compresseurs intestinaux ;
Un long trocart courbe ;
Deux aiguilles de Deschamps, droite et gauche ;
Un laveur péritonéal d'Auvard ;
Des pinces pour corps étrangers ;
Une pince à dissection et deux pinces dentées ;
Des boutons de Murphy, de Chaput, ou des bobines de Robson ;

[1] F. Curtis (*Ann. of Surgery*, p. 329, 1888).

Des aiguilles droites, fines et rondes, et des aiguilles de Hagedorn avec un petit porte-aiguille de Pozzi ;
Des aiguilles de Moij ;
Soie, crin de Florence, catgut ;
Cuvettes stérilisées ;
Larges voiles de gaze pour l'abdomen ;
Larges et petites compresses pour l'intestin ;
Seringue de Pravaz ;
Sonde d'homme ou de femme, etc. ;
Eau chaude bouillie ou autoclavée à discrétion.

Soins préliminaires. — Avant de procéder à l'opération il ne faut jamais manquer d'*examiner le rectum* et de s'assurer que les phénomènes d'occlusion observés ne sont par sous la dépendance d'une affection de cet organe.

On lave et vide l'estomac, si l'on n'est pas pressé par les circonstances. On évacue le rectum et la vessie, puis on procède à la toilette large de l'abdomen, des flancs et des cuisses, suivant les règles ordinaires. On peut, d'après notre expérience, donner indifféremment l'éther ou le chloroforme ; nous préférons cependant l'éther à cause de son action stimulante, lorsqu'il n'existe pas de contre-indication pulmonaire.

La température ambiante doit être au moins de 20 degrés centigrades. Il faut envelopper les membres et le haut de la poitrine de façon que le malade se refroidisse le moins possible. Enfin, comme table d'opération, une table quelconque peut servir, pourvu qu'elle soit solide, assez longue, assez étroite, de hauteur convenable, et qu'elle soit recouverte de draps ou de linges stérilisés.

L'opération doit se faire de préférence le jour, et sous un bon éclairage

Procédé. 1er temps : *Ouverture de l'abdomen*. — Lemalade étant couché horizontalement sur le dos, — après s'être placé à sa droite (d'autres préfèrent se placer entre les jambes), pendant qu'un aide spécial s'installe à gauche, — on incise l'abdomen sur la ligne médiane, *soit au-dessous de l'ombilic*, si le météorisme indique une occlusion du gros intestin et de l'iléon, *soit au-dessous et au-dessus de l'ombilic*, s'il n'y a point de météorisme bien accentué et que les autres symptômes indiquent une occlusion du jéjunum. En tout cas, l'ouverture doit être toujours assez grande pour que le chirurgien puisse passer *facilement toute sa main* dans la cavité péritonéale.

Si un liquide séro-sanguinolent s'échappe au moment de l'incision du péritoine, on est sûr, d'après Gangolphe[1], qu'il s'agit d'une occlusion par bride ou par invagination.

2e temps : *Exploration de la cavité péritonéale et du tube digestif*. — Dès que le péritoine est ouvert, on insinue rapidement la main daus la plaie, pendant que l'aide de gauche continue à empêcher avec ses deux mains l'issue des intestins et maintient aussi exactement que possible contre la

[1] Gangolphe (*Congrès fr. de chir.*, Lyon, 1894).

main du chirurgien les lèvres de la plaie ; *on se dirige vers le cæcum*, et l'on vérifie s'il est le siège d'une invagination (l'invagination iléo-cæcale est la plus commune) ou, en tout cas, d'une tumeur, — ou bien s'il est distendu par des gaz ou s'il est affaissé. Dans les premiers cas, la lésion est toute trouvée et l'on n'a qu'à passer à l'autre temps de l'opération, la *levée de l'obstacle*. Dans le second cas, l'occlusion siège en aval du cæcum ; il faut aller plus loin, le long du côlon, jusque dans l'excavation pelvienne, à la partie supérieure du rectum. Dans le troisième cas, l'occlusion siège en amont du cæcum ; il faut remonter méthodiquement toute la série des anses grêles affaissées jusqu'à ce qu'on bute à une tumeur ou à une distension. Ce sont là les cas d'exploration faciles, ceux où le météorisme est limité ou encore peu marqué, ceux où l'intervention est vraiment précoce.

Mais, dans d'autres circonstances, l'exploration est singulièrement gênée ou même rendue impossible par la distension de la masse intestinale. Il faut alors prendre promptement un parti : l'*évacuation* ou l'*éviscération*.

Évacuation. Procédé de Madelung[1]. — « On laissera sortir une anse d'intestin, on la fixe, on l'incise largement, et on la laisse ouverte un quart d'heure, on accélère l'évacuation des fèces avec une sonde de Nélaton, puis on ferme l'incision intestinale au moyen de sutures et l'on applique deux ligatures provisoires pour que les matières fécales ne soient pas en contact avec les sutures. Cette anse d'intestin reste fixée au dehors. Agrandir alors l'incision de la paroi abdominale et l'on va à la recherche du siège de l'occlusion. Si on ne le trouve pas, on désunit la plaie de l'anse maintenue au dehors, et on enlève les ligatures provisoires pour transformer la plaie en anus contre nature. »

Au lieu de tailler l'intestin, on peut, à l'exemple de Trèves et de Le Dentu[2], produire son évacuation au moyen d'un gros trocart et fermer la piqûre par quelques points de Lembert. On agira de même par ponction ou par incision, si c'est une anse énorme, comme celle d'un volvulus de l'anse oméga qui se présente à la plaie abdominale et qui occupe une partie plus ou moins considérable de l'abdomen.

Éviscération. Procédé de Kümmell[3]. — « Après avoir ouvert l'abdomen depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde, on laisse sortir l'intestin, et au besoin on attire au dehors ses autres parties ; on le recueille dans une large compresse humide et chaude, puis on l'examine méthodiquement en toute sa longueur jusqu'à ce qu'on ait trouvé l'obstacle au cours des matières.

Madelung et Kümmell emploient systématiquement leurs procédés dans toutes les laparotomies ; Lewis Pilcher est également partisan de l'éviscération primitive. Nous pensons qu'il vaut mieux ne faire d'abord qu'une ouverture moyenne de l'abdomen et tenter l'opération manuelle par cette ouverture, quitte à recourir, sans délais, à l'évacuation ou à l'éviscération, ou même à toutes les deux si cette exploration se montre trop difficile, impossible, infructueuse. L'éviscération nous offre le grand avantage de *voir* le siège d'obstacles qui ont pu passer inaperçus au toucher.

[1] Madelung (*Congrès all. de chir.*, 1887 ; *Sem. méd.*, p. 154).
[2] Le Dentu (*Acad. méd.*, 1890).
[3] Kümmell (*D. med. W.*, n° 12, 1888).

3e temps : *Levée des obstacles et traitement de l'intestin.* — Quatre catégories de cas se présentent, comme pour l'étranglement herniaire externe : 1° *l'intestin est viable ;* 2° *il est gangrené ;* 3° *il est de vitalité douteuse ;* 4° *l'occlusion est irréductible*

A. *L'intestin étant viable*, il suffit de lever l'obstacle à la circulation des matières. S'agit-il d'une bride inflammatoire, on la sectionne directement ou entre ligatures ; se trouve-t-on en présence d'un diverticule de Meckel ou d'un appendice vermiforme, on les excise en traitant leur moignon par l'inversion ou la ligature et la cautérisation. L'intestin est-il serré dans un anneau naturel ou accidentel, on débride cet anneau avec le bistouri boutonné droit ou celui de Cooper. Est-il enchaîné ou coudé par des adhérences, on détache ces dernières par diérèse mousse ou avec les ciseaux. Est-il comprimé par une tumeur du voisinage, on enlève cette dernière, ou, si elle est inextirpable, on établit un anus contre nature ou une entéro-anastomose. Voilà pour les occlusions intestinales de cause extrinsèque.

S'il s'agit d'une invagination, et qu'elle soit assez récente, on tente de dégager l'un de l'autre le cylindre engainant et le cylindre engainé par des tractions bipolaires, pendant qu'on décolle avec l'index ou une spatule mousse les surfaces séreuses qui se sont inversées. Avant la tentative de réduction, Lewis Pilcher[1] recommande une manœuvre excellente qui rappelle celle du paraphimosis : c'est de comprimer fortement et graduellement entre les mains la tumeur formée par l'invagination, en procédant de son extrémité libre vers son collier ; cette compression diminue considérablement l'œdème et facilite ainsi la réduction. Lorsque celle-ci est obtenue, le même chirurgien conseille de faire passer les matières du bout supérieur dans le bout inférieur pour prévenir la persistance des phénomènes d'occlusion par paralysie du segment soumis aux manipulations.

Si l'on a affaire à un volvulus, on détord en masse l'anse intestinale[2], et l'on cherche à prévenir sa récidive soit en raccourcissant le méso par un pli transversal qu'on fixe au moyen de quelques points, soit en cousant l'anse à la paroi abdominale.

Pour les nœuds intestinaux aucune règle ne peut être donnée d'avance.

Enfin, lorsque l'occlusion est consécutive à un rétrécissement fibreux ou congénital, on le traite par l'entéroplastie « à la Heineke-Mickulicz » ou par la résection. On a également recours à la résection si le rétrécissement est de nature cancéreuse et encore assez limité ; s'il est propagé, inextirpable, on établit un anus contre nature ou une entéro-anastomose.

[1] Lewis Pilcher (*Dennis's syst. of Surger.*, IV, 1896).
[2] Ou la totalité de l'intestin grêle (Obs. de P. Delbet, Reynier, Monod, Mignon, *Soc. chir.*, 1898).

Voilà pour les occlusions de cause pariétale.

Reste le dernier groupe d'occlusions ; ce sont plutôt des obstructions ; une même opération convient à toutes : la *taille intestinale* (entérotomie, cæcotomie, côlotomie).

B. *Lorsque l'intestin est gangrené*, quelquefois l'excision pariétale partielle ou la simple inversion sous quelques points de Lembert peut suffire ; mais le plus souvent la résection totale, sur une étendue plus ou moins grande, est nécessaire, et alors on réunit les deux bouts intestinaux en les abandonnant dans l'abdomen, ou bien on les amène au dehors pour établir un anus contre nature.

C. *Lorsqu'on n'est pas sûr de la vitalité de l'intestin*, — après la désinvagination par exemple, — on fait également la résection totale suivie de réunion et d'abandon, si on ne peut l'amener à l'extérieur ; dans le cas contraire, on le fixe d'abord au dehors et l'on ouvre simplement une anse ; on se comporte plus tard suivant que l'intestin reprendra vie ou qu'il est envahi par la gangrène.

D. Enfin, *lorsque la partie affectée d'occlusion est absolument irréductible* (invagination, volvulus, nœuds), on n'a d'autre parti à prendre que la résection totale.

4e temps : *Toilette de l'intestin et de la cavité péritonéale ; réduction de l'intestin.* — Quand les manœuvres diverses qui ont pour but le traitement direct de la lésion ont été terminées, on lave et absterge doucement les intestins, on en fait autant pour le péritoine, et toujours avec de l'eau chaude et des compresses humides et chaudes. Puis on tente de réduire dans l'abdomen la masse intestinale. Si les parois de l'abdomen ont été distendues par des grossesses ou des maladies antérieures, si l'intestin est affaissé, on y arrive assez facilement, surtout en ayant soin d'élever les deux lèvres de la plaie abdominale avec de fortes pinces érignes, « comme pour ensacher » l'intestin. Si celui-ci est gonflé de gaz, si les parois abdominales sont rigides et quasi rétractées, qu'on se garde bien de toute violence, sous peine de produire à chaque instant des lézardes et des ruptures intestinales : le mieux est encore d'évacuer l'intestin par une taille ou par une grosse ponction ; puis, à l'instar de Kümmell, de Jalaguier et d'autres chirurgiens, d'envelopper la masse intestinale avec une grande compresse aseptique, d'engager le pourtour de cette compresse sous les lèvres de la plaie abdominale et de refouler le tout dans l'abdomen jusqu'à ce qu'on puisse rapprocher suffisamment les bords de la plaie pour en pratiquer la suture.

5e temps : *Fermeture de l'abdomen.* — Elle est complète ou incomplète, selon qu'on a pu abandonner l'intestin ou qu'on a été obligé de placer des drains ou un anus contre nature à la partie inférieure de la plaie. Si l'on a fait la réduction par le procédé de la compresse, comme nous venons de l'indiquer, on retire cette compresse avant de serrer les derniers points de

suture profonds. Quant à la suture elle-même, elle ne présente rien de particulier.

Les soins consécutifs sont d'abord ceux de toute laparotomie accompagnée d'une extrême prostration des forces : injections sous-cutanées d'éther ou de caféine, lavements excitants, caléfaction par tous les moyens, etc.

La laparotomie pour occlusion intestinale aiguë est, en somme, une des plus graves opérations, malgré tous les progrès accomplis jusqu'à ce jour. On ne connaît pas exactement sa mortalité générale ; mais il est probable, ous dit Trèves, qu'elle n'est pas inférieure à 75 p. 100.

HERNIES ÉTRANGLÉES

Les hernies étranglées les plus communes sont : la *hernie inguinale*, la *hernie crurale* et la *hernie ombilicale*. Nos seuls moyens vraiment pratiques de faire cesser l'étranglement et les accidents qui en sont la conséquence consistent dans le *taxis* ou réduction par manœuvres externes, et la *kélotomie* ou réduction par l'opération sanglante. Nous ne rappellerons du taxis que les limites d'application rationnelle : on ne doit plus l'employer après trente-six heures pour les hernies petites (volume d'une noix ou d'un marron), après soixante-douze heures pour les hernies moyennes (volume d'un œuf de poule environ), après le quatrième jour pour les hernies très grosses (volume du poing et au delà), en comptant du début des accidents typiques. Lorsque le taxis, malgré l'anesthésie générale, a échoué, il faut sans délai recourir à la kélotomie : celle-ci se présente ainsi dans les conditions les plus favorables au succès.

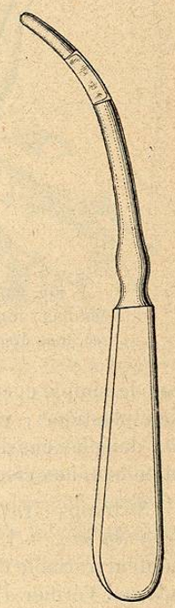

Fig. 936. Herniotome de Cooper.

A. Kélotomie inguinale. — Les instruments et accessoires nécessaires ou utiles pour la kélotomie inguinale comme pour les autres kélotomies, sont :

Un bistouri droit pointu et un herniotome de Cooper (fig. 936) ;
Douze pinces hémostatiques ;
Deux pinces à dissection, une ordinaire et une à dents de souris ;
Une sonde cannelée ;
Une paire de ciseaux droits pointus et une paire de ciseaux mousses courbes ;
Deux aiguilles de Deschamps, droite et gauche ;
Deux écarteurs mousses ;
Des boutons ou bobines anastomotiques ;