

La fréquence des vomissements ne tient ni au degré d'étranglement ni à une susceptibilité propre à chaque malade, mais bien plutôt au siège de l'étranglement lui-même. S'il porte sur un point de l'intestin grêle très rapproché de l'estomac, les vomissements apparaissent tout de suite, ont lieu sans relâche, la nutrition est complètement interrompue, le facies s'altère profondément presque dès le début des accidents ; il existe à peine du ballonnement du ventre, la mort vient vite. Plus l'étranglement s'éloigne de l'estomac, moins les vomissements sont rapprochés, moins les accidents marchent vite, et plus le ballonnement du ventre augmente. Enfin, si l'étranglement porte sur le gros intestin, il y a peu ou point de vomissements ; la marche des accidents est très lente, ce qui donne une fausse espérance et empêche souvent d'agir à temps ; le ballonnement du ventre est énorme.

Lorsque les moyens médicaux de traitement ont échoué, quand on a inutilement employé les douches d'air et l'électrisation, lorsqu'il paraît évident que la mort est certaine et proche, deux ressources suprêmes restent au chirurgien : la *laparotomie* et l'*entérotomie*.

La laparotomie consiste à ouvrir largement la cavité abdominale, à rechercher la cause de l'étranglement et à la supprimer. L'entérotomie a pour but d'ouvrir l'intestin au-dessus du point étranglé, de donner issue aux matières fécales en établissant un anus contre nature, sans se préoccuper de l'agent d'étranglement. La laparotomie s'attaque à la cause l'entérotomie vise l'effet ; l'une combat la lésion, l'autre le symptôme : la laparotomie cherche la guérison radicale, l'entérotomie n'est le plus souvent qu'un palliatif.

Cette dernière opération, préconisée par Nélaton, consiste à pratiquer à la paroi abdominale, *au niveau de la fosse iliaque droite*, une incision couche par couche jusqu'au péritoine ; à mettre à découvert une anse d'intestin ; à prendre la première qui se présente sans rechercher à quelle portion elle appartient, sans la décoller de la paroi ni la tirer au dehors ; à la fixer par plusieurs points de suture aux lèvres de la plaie et à ne l'ouvrir qu'après l'avoir solidement attachée, de façon qu'il ne tombe pas de liquide dans la cavité péritonéale.

Quelle est la valeur respective de ces deux opérations ? La laparotomie paraît sans doute beaucoup plus rationnelle, mais est-ce une raison pour rejeter définitivement l'entérotomie ? Non, certes ; cette dernière opération peut, au contraire, constituer une ressource très précieuse.

L'obstruction intestinale se présente, en effet, dans des conditions cliniques différentes. Voici, par exemple, un sujet relativement jeune, qui a été pris subitement, en pleine santé, de phénomènes d'occlusion (que je n'ai pas à décrire ici) ; souvent on trouve de la tuméfaction localisée et un point douloureux.

Il y a de grandes présomptions pour qu'il s'agisse d'un étranglement interne (bride, anneau, fossette péritonéale, torsion, etc.) ; hâtez-vous alors de pratiquer la laparotomie et de lever l'obstacle comme vous le faites pour une hernie étranglée, car c'est un accident de même nature.

Voici un autre malade : les phénomènes ont évolué plus lentement — vous n'avez aucune notion précise sur la cause de l'occlusion, — le ventre est très distendu, les accidents sont pressants, la mort est prochaine. Je dis qu'alors l'entérotomie devient aussi rationnelle que la trachéotomie dans le croup, aussi efficace et aussi impérieuse. Je ferai en outre remarquer que l'entérotomie est une opération sans danger, qui ne manque jamais son but, qui soulage énor-