

Morphine et repos au lit. Impossible de localiser la douleur sur un point particulier. La température, quelques heures après, est de 101°. On contrôle la douleur par des applications chaudes et la morphine. Lavements à l'eau chaude. Le diagnostic demeure incertain. Le malade étant pris d'une aggravation des symptômes, on fait venir immédiatement le médecin, mais le malade meurt avant son arrivée. Deux autres médecins avaient vu le malade : l'un pensait à une involution, l'autre à l'appendicite. Le Dr. Anderson trouva à l'autopsie une inflammation du péritoine, et après une recherche minutieuse, un petit ulcère rond dans la paroi postérieure de l'estomac.

CHIRURGIE

LES INTESTINS DANS LA CHIRURGIE ABDOMINALE, extrait d'un article du Dr Franklin H. MARTIN.—*Journal of the American Medical Association*, avril 1896.

L'article du Dr Martin est intitulé : "Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus." Nous en détachons le passage suivant, qui a trait à l'obstruction intestinale.

"Il faut dans la chirurgie abdominale surveiller constamment l'action des intestins. Ils sont le principal objet de notre attention dans le traitement préparatoire, notre plus grande source d'anxiété durant l'opération, et il faut, après celle-ci, surveiller leur entretien avec le plus grand soin. Toute notre anxiété nous vient, à part de la crainte de blesser l'organe, du désir d'en prévenir l'obstruction. C'est donc un point de technique que l'on peut toujours discuter avec profit.

Le Dr Ashton, de Philadelphie, dans un article très important, a très bien résumé la pathogénie des obstructions. Je cite le passage suivant, où il énumère les causes :

"1o Adhésions entre les intestins et une surface cruentée ; a) sur un moignon d'omentum ; b) sur les lèvres de l'ouverture vaginale après une hystérectomie vaginale ou sus-pubienne ; c) sur un pédicule, d) sur des surfaces cruentées de la tunique intestinale.

2o Paralysie des intestins.

3o Spasmes locaux des intestins.

4o Obstruction fécale.

5o Languettes de lymphé inflammatoire.

6o Adhésions entre des replis intestinaux ou entre l'intestin et une partie adjacente, adhésions dues à une inflammation traumatique.

7o Invagination ou torsion de l'intestin par suite d'une technique fautive.

8o Prise de l'intestin dans le nœud d'une suture abdominale, ou entre les lèvres de l'incision.

9o Chute d'une anse intestinale à travers une fente ou une ouverture."

Pour ce qui s'agit des adhésions entre l'intestin et une surface cruentée, il faut s'efforcer de les prévenir pendant et après l'opération. Il faut manipuler et exposer les intestins aussi peu que possible, afin de ne pas provoquer l'hyperhémie ou la dénudation des surfaces. Il est nécessaire d'ourler les moignons d'omentum un peu considérables en repliant la surface cruentée par une suture en surjet au catgut ou par une ligature. Quand la dénudation du péritoine pelvien ou intestinal n'est pas compensée par une surabondance de séreuse dans le voisinage, il est bon de replacer les intestins aussi soigneusement que possible dans leur position normale. Il faut recouvrir les pédicules qui ont un certain