

brève échéance nécessaire, faites dans la même séance l'évacuation de la poche et la castration utéro-annexielle : inutile d'opérer en deux temps ; en une seule séance vous pourrez tout faire, comme je l'ai fait sur ma première malade.

Mais lorsque, au contraire, la collection si importante masque les lésions de salpingite qui lui sont associées, lorsqu'il y a doute sur l'existence ou le degré de ces lésions, lorsque surtout la collection est considérable, il n'y a à se préoccuper que d'elle seule, et vous pouvez négliger pour l'instant les lésions préexistantes. Évacuez la collection, drainez largement, et vous verrez plus tard, lorsque la malade sera guérie de cette première opération, s'il persiste encore des lésions justiciables d'une seconde intervention.

STATISTIQUE

DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES A LA CLINIQUE

Du 1^{er} mars au 30 octobre 1901

MESSIEURS,

Lorsqu'à l'approche du soir, le laboureur quitte son travail pour rentrer au logis, il se retourne au bord du chemin pour revoir une fois encore la terre qu'il creusa tout le jour ; il compte les sillons ouverts, mesure, d'après ce qu'il a fait, ce qu'il lui reste à faire et raffermi son courage à l'espérance de la moisson prochaine.

Faisons ainsi, Messieurs, aujourd'hui que ma mission est déjà terminée : avant de nous séparer, arrêtons-nous une dernière fois sur le seuil de cet Hôtel-Dieu où nous ne nous retrouverons plus jamais ensemble. Jetons un regard en arrière ; voyons quelle a été notre œuvre, quels furent nos résultats et, surtout, sachons y trouver la leçon du passé et le conseil du lendemain.

	NOMBRE	GUÉRIS	MORTS
Gynécologie			
Laparotomie pour éventration	2	2	
— pour hématocele	4	4	
Opération conservatrice sur l'ovaire ou les annexes	4	4	
Salpingectomie unilatérale	10	9	1
— double pour lésions suppurées	21	21	
Hystérectomie abdominale pour suppuration	37	36	1
Hystérectomie abdominale pour tumeur végétante des ovaires	2	2	
Laparotomie pour cancer de la trompe	1	1	
— pour kyste et tumeur de l'ovaire	13	12	1 (hémorragie).
<i>A reporter</i>	94	91	3

	NOMBRE.	GUÉRIS	MORTS
<i>Report.</i>	94	91	3
Enucléation abdominale d'un fibrome.	1	1	
Hystérectomie abdominale pour fibrome	14	14	
— abdominale pour prolapsus	2	2	
— abdominale pour cancer	3	2	1 (anurie).
Hystérectomie vaginale pour cancer	1	1	
— pour fibrome	1	1	
— pour suppuration	1	1	
Colpopérinéorrhaphie	2	2	
Ablation de polype utérin	3	3	
Colpotomie	2	2	
Curetage	16	16	
Totaux.	140	136	4
Chirurgie générale			
<i>Abdomen :</i>			
Cure radicale de hernies inguinales	13	13	
— crurale	3	3	
— ombilicale	4	4	
— épigastrique	1	1	
Éventration	1	1	
Résect. du cæcum et du colon ascendant	1	1	
Appendicites à chaud	6	6	
— suppurées	5	4	1
— à froid	26	23	1
— avec péritonite septique	2		2
— suppurée	1		1 (2 ^e mois).
Laparotomie pour péritonite tuberculeuse	1	1	
Gastro-entérostomie pour cancer ou rétrécissement du pylore	2	2	
Cholécystostomies pour cholécystites	4	3	1
Résection du foie pour syphilis	1	1	
Laparotomie exploratrice pour cancer du foie	1	1	
<i>Anus. Rectum :</i>			
Cure radicale d'hémorroïdes	18	18	
Fistules anales	16	16	
Ablation d'un polype rectal	1	1	
Résection du coccyx	1	1	
Anus contre nature pour cancer	3	3	
<i>Organes génito-urinaires :</i>			
Cure radicale d'hydrocèle	15	15	
Varicocèle	7	7	
<i>A reporter</i>	133	127	6

	NOMBRE	GUÉRIS	MORTS
<i>Report.</i>	133	127	6
Kyste épидидymaire	1	1	
Castration pour tumeur	2	2	
Epididymectomie pour tuberculose	4	4	
Spermatocystectomie	1	1	
Fistule urétrale	1	1	
Urétrotomie interne	2	2	
Taille hypogastrique pour calcul	1	1	
Néphrolithotomie	1	1	
Néphrostomie pour anurie cancéreuse	1		1 (10 ^e jour).
Néphrectomie pour tuberculose	4	4	
— pour pyonéphrose	2	2	
Kyste hydatique du rein	1	1	
<i>Tête et face :</i>			
Angiome de la joue. Ablation	1	1	
Tumeur de la parotide	1	1	
Fistule salivaire	1	1	
Ankylose des mâchoires : résection du condyle	1	1	
Résection de la mâchoire supérieure pour tumeur	2	2	
Epulis	2	2	
Amputation de la langue pour cancer	1	1	
Epithélioma du nez : autoplastie	1	1	
Extirpation de ganglions sous-maxillaires	1	1	
Trépanation de l'apophyse mastoïde	1	1	
Trépanation du crâne pour plaie pénétrante	1	1	
<i>Cou. Thorax. Rachis :</i>			
Kystes du cou	4	4	
Extirpation de ganglions cervicaux	9	9	
— axillaires	4	4	
Thyroïdectomie pour goitre	2	2	
Abcès froid sternal ; grattage	2	2	
— costal : grattage et résection	6	6	
Empyème	3	3	
Amputation de sein pour tumeur	10	10	
— pour tuberculose	2	2	
Suture de la moelle	1	1	Guérison opératoire.
<i>Membres :</i>			
Suture tendineuse	1	1	
Synovectomie palmaire	5	5	
Amputation de doigts	8	8	
— d'avant-bras	1	1	
— de bras	2	2	
Résection du coude pour luxation	4	4	
Suture de l'olécrâne	3	3	
<i>A reporter</i>	235	227	7

	NOMBRE	GUÉRIS	MORTS
<i>Report</i>	235	227	7
Réséction de l'épaule pour luxation . . .	2	2	
Hygroma du coude	1	1	
Réséction des têtes métatarsiennes . . .	3	3	
Grattage du calcanéum	1	1	
Trépanation du tibia	2	2	
— du fémur	1	1	
Amputation de jambe pour tuberculose . .	4	4	
Réséction du genou	2	2	
Hémarthrose du genou : arthrotomie . . .	3	3	
Corps étranger du genou	1	1	
Suture de la rotule	5	5	
Plissement capsulaire pour luxation . . .	1	1	
Réséction de varices	4	4	
Amputation de cuisse	5	4	1 (gangrène de jambe)
Réséction de la hanche	1	1	
Abcès froid de la fesse	1	1	
Ganglions cruraux et iliaques	3	3	
Ablation d'un molluscum	1	1	
Réséction osseuse pour pied bot	1	1	
Hygroma du genou	1	1	
Totaux	277	269	8
Chirurgie d'urgence			
Trachéotomie	1	1	
Amputation de bras pour fracture compliquée	1	1	
Suture osseuse pour fracture compliquée de jambe	6	6	
Péritonites généralisées par appendicite	5		5
— par cause inconnue	2		2
Hernies étranglées : ombilicale	1	1	
Hernies étranglées : inguinale	4	4	
— crurale	5	5	
Psoïtis	1		1
Occlusion intestinale	3		3
Infection puerpérale : colpotomie	1		1
— hystér. vaginale	1		1
Laparotomie pour inondation péritonéale (grossesse tubaire)	1	1	
Totaux	32	19	13
Morts d'anesthésie : par rachicocainisation			2
— — — par chloroforme			1

Nous avons fait, en tout, en bloc, 450 opérations, et 25 de nos malades ont succombé. En ajoutant les trois cas de mort par anesthésie, on voit que 28 malades sont morts sinon des suites de l'opération, au moins à l'occasion de l'opération.

Des trois morts par anesthésie, deux sont déjà connues : ce sont les deux morts par rachicocainisation. J'ai dit ailleurs (voy. p. 27) ce que j'en pensais : je n'ai pas y revenir.

Une autre malade a succombé par asphyxie chloroformique au début d'une gastro-entérostomie pour ulcéro-cancer du pylore. C'était une malade âgée, cachectique, arrivée au dernier terme de l'épuisement : je me proposais de lui faire une gastro-entérostomie postérieure, lorsque, sous le chloroforme, sur le plan incliné, elle fut asphyxiée par des vomissements qui remplirent sa trachée.

Mais, si nous nous bornions à comparer les 25 morts aux 450 opérations que nous avons faites, nous aurions une idée très fautive de la mortalité réelle de nos interventions.

La chirurgie d'urgence vient grever notre statistique de 13 morts sur 32 malades, c'est-à-dire d'une mortalité de 40 p. 100. Et il est bien légitime de mettre de côté ces interventions, faites hâtivement, sur des malades *in extremis*, atteints d'affections graves qui ne pardonnent guère, surtout quand elles sont opérées au dernier stade.

Ainsi les péritonites suppurées ou septiques nous donnent 7 morts sur 7 opérations : ainsi l'occlusion intestinale, l'infection puerpérale complètent ce tableau funèbre dont la responsabilité ne peut aucunement nous incomber. Et je ne vois même pas l'utilité de faire le détail de ces morts, qui ne nous apprendraient rien que ceci : à savoir que des interventions très tardives ne permettent que rarement de sauver un malade qui, opéré plus tôt, aurait sans doute guéri.

Voyons seulement la chirurgie courante : et, de ce côté, nous avons des enseignements plus utiles à retirer.

Sans compter l'urgence, nous avons 418 opérations avec 12 morts et 403 guérisons opératoires ; la proportion des morts est de 2,8 p. 100.

C'est, à peu de choses près, la mortalité que nous donnent les opérations de chirurgie générale : 277 opérations avec 8 morts, soit 2,9 p. 100, et les opérations de gynécologie : 140 opérations avec 4 morts.

Les opérations de chirurgie générale, au nombre de 275, nous ont donné 8 morts ; quelques-unes, cependant, ne sont pas à mettre absolument sur le compte de l'opération. Voici, par exemple, une

malade qui a une gangrène de la jambe par embolie : nous faisons l'amputation de la cuisse aussi haut que possible, mais l'iliaque externe est oblitérée, la gangrène continue et la malade meurt au bout de six jours en pleine crise d'asystolie.

Voici une autre malade atteinte d'un cancer de l'utérus inopérable : elle est prise d'anurie, les deux reins sont hydronéphrosés. Je fais la néphrotomie à droite, et la malade vit encore dix jours : elle meurt alors de cachexie plus que d'anurie. L'opération n'est pas responsable de cette terminaison.

Sur une autre femme, opérée pour une cholécystite avec péricholécystite, je trouve une traînée de suppuration qui, de la vésicule biliaire, s'étend jusqu'au contact du cæcum en suivant le colon ascendant. Pour la poursuivre, je dois inciser l'abdomen du foie à la fosse iliaque : la malade meurt au bout de six jours d'une infection péritonéale, dont elle portait les sources en elle-même et que l'opération n'a pu maîtriser ni limiter malgré un large drainage.

Et voici, pour finir, la mortalité des *appendicites* : trois malades, opérés en pleine péritonite, sont morts. Deux avaient de ces péritonites septiques sans suppuration, qui sont toujours beaucoup plus graves que les péritonites suppurées. Ils se présentaient à nous dans un état très alarmant : ventre ballonné et sensible, constipation absolue, pas de matières ni de gaz, vomissements incessants de matières noires, hoquet persistant, pouls à 120, et température à 37°.

Chez ces deux malades, je trouvais l'appendice non perforé, peu lésé en apparence, mais, au microscope, dans les deux cas, on trouvait les lésions de la folliculite appendiculaire; les lymphatiques gorgés de microbes s'ouvraient en bouches béantes du côté du péritoine et déversaient vers la séreuse le contenu de leur septicité. Ces deux malades sont morts malgré le drainage, malgré le sérum, au bout de six jours l'un, et l'autre au bout de sept jours, par continuation de la septicémie.

Un autre malade nous fut confié par M. le professeur Dieulafoy : il était en pleine péritonite. Je pratiquai deux incisions basses, l'une médiane et l'autre latérale, et trouvai du pus remplissant l'abdomen : malgré que le malade fût, au moment où je l'opérais, dans un état très défectueux, il se remonta après l'opération et nous pûmes un moment le considérer comme sauvé. Vers le quinzième jour, cependant, il faisait une nouvelle élévation de température et une collection se formait dans l'hypochondre gauche; je dus l'ouvrir par une incision antérieure. Nous croyions encore ce malade guéri, lorsque, plus

d'un mois après la première opération, pour la troisième fois, des phénomènes d'infection se réalisèrent à nouveau; sans qu'on sente au palper autre chose qu'une douleur et un peu d'empatement autour de l'ombilic. Le malade, épuisé par une lutte aussi prolongée, succomba avant que cette collection fût nettement définie et avant qu'on ait pu l'ouvrir.

Un de nos malades opérés d'urgence pour une appendicite suppurée succomba d'infection.

Enfin, un dernier cas de mort concerne une appendicite à froid, chez un jeune homme de vingt ans : l'appendice, très adhérent au cæcum, cachait, au milieu des adhérences, un abcès enkysté, dont le contenu infecta la cavité péritonéale et produisit une péritonite mortelle.

A côté de ces cas malheureux, je vous signale six cas d'appendicite opérés de bonne heure à chaud, sans suppuration et sans péritonite généralisée et qui, tous, ont guéri sans incidents. La mortalité de l'appendicite a donc été causée exclusivement par des lésions trop étendues, par des infections trop virulentes ou trop diffusées, dont une opération plus hâtive aurait peut-être entravé l'extension. Toutes ces opérations, que j'ai faites tardives, parce que les malades ne se présentaient à moi que tardivement, me confirment dans cette idée, à laquelle je reste fidèle, que l'appendicite a d'autant plus de chances de guérir qu'elle est opérée plus tôt, et que le traitement chirurgical reste le seul traitement de l'appendicite.

Voici maintenant la statistique des opérations gynécologiques, qui comprend 140 opérations avec 4 morts, soit une mortalité de 2,8 p. 100. Dans ce nombre, ne figurent que les opérations importantes : nous n'avons mis que les curettages qui présentaient, par les conditions dans lesquelles ils étaient pratiqués, une réelle gravité.

D'ailleurs, même en supprimant ces 16 curettages, nous restons en présence de 124 opérations graves, laparatomies ou hystérectomies; toutes ces opérations pratiquées sur le péritoine sont pour un service le réactif de son asepsie, et permettent de juger de la mesure dans laquelle notre stérilisation a été effective et efficace : or, ces 124 laparohystérectomies ont donné 4 morts, soit 3 p. 100 de mortalité.

Une malade atteinte d'un cancer végétant de l'utérus fut opérée par l'hystérectomie abdominale totale : elle fut prise au troisième jour d'anurie. L'infection a-t-elle un rôle sur l'apparition de cette complication? C'est possible, mais l'anurie a plutôt précédé l'infec-

tion, et je me demande si plutôt les lésions rénales préexistantes n'ont pas favorisé l'infection. La malade est morte au sixième jour.

Une autre malade opérée pour un gros kyste de l'ovaire est morte au bout de trois jours d'hémorragie : on a trouvé à l'autopsie un vaisseau béant sur le pédicule, une ligature avait lâché, mais les phénomènes cliniques de l'hémorragie n'ont pas été assez nets pour nous permettre à temps de rouvrir utilement le ventre.

Deux malades atteintes de lésions suppurées des annexes sont mortes de péritonite : l'une avait des lésions de moyenne gravité, un pyosalpinx du volume du poing : il n'y eut pas d'effraction de pus au cours de l'ablation, elle mourut au sixième jour de septicémie péritonéale.

L'autre avait au contraire des lésions énormes et qui venaient faire échec aux moyens dont nous disposons : autour de deux foyers de suppuration tubaire, des lésions de pelvi-péritonite séreuse, suppurée et adhésive remontaient jusqu'au-dessus de l'ombilic. J'enlevai toutes les poches, détruisis toutes les adhérences, supprimai la trompe et l'utérus. La malade mourut de péritonite au quatrième jour.

Tel est le bilan de nos morts. Leur nombre est faible par rapport aux graves opérations que comporte notre statistique. Parmi elles ne figurent en effet que de grosses lésions : je n'opère pas les petites et vous ne voyez dans notre statistique que quatre opérations conservatrices. Toutes les opérations pour annexite concernent des lésions suppurées, uni ou bilatérales, avec adhérences, pelvi-péritonite étendue, avec ces lésions qui préoccupent beaucoup le chirurgien pendant l'opération et ne le laissent tranquille que trois ou quatre jours après.

Et cependant, 20 de ces malades, atteintes de salpingo-ovarites suppurées ont guéri : 36 hystérectomies abdominales supra-vaginales sur 37 ont guéri également et 14 hystérectomies supravaginales pour fibrome n'ont donné aucune mort.

La mortalité de nos grandes opérations a donc été très réduite ; il est bien difficile, lorsqu'on se base sur un grand nombre d'interventions de la voir supprimée, c'est même impossible.

La mort après les opérations résulte de facteurs multiples : quelques-uns sont antérieurs à notre intervention et en s'associant au lendemain d'un traumatisme grave créent un danger immédiat, et entraînent un dénouement fatal dont nous ne sommes pas exclusivement responsables.

Aussi bien ai-je toujours pensé que dans une statistique la qualité des guérisons avait sa place à côté du chiffre de la mortalité. Guérir nos malades, c'est notre but suprême, mais il y a des degrés dans la manière de guérir ; et nous devons chercher à ce que nos opérés guérissent vite et bien, sans infection, sans complications secondaires.

Lorsqu'il en est ainsi, on supprime du même coup les adhérences, les

fistules, les éventrations, toutes ces complications qui assombrissent les résultats éloignés de nos grandes opérations. Et nous avons ainsi la consolation de penser que nous assurons à nos malades le meilleur résultat définitif qui soit possible.

Mais à quoi pouvons-nous dans l'ensemble apprécier et reconnaître ces résultats parfaits ? Je réponds : à la courbe de la température.

Une opérée de fibrome qui guérit avec un tracé comme celui-ci (fig. 72), une opérée d'hystérectomie abdominale qui reste apyrétique pendant les quinze jours qui suivent l'opération (fig. 73) sont dans les meilleures conditions possibles et l'on serait presque en droit de qualifier d'idéal le résultat immédiat ainsi obtenu.

Sans doute, la fièvre après la laparotomie résulte de l'intervention de plusieurs facteurs : parmi ceux-ci les uns tiennent à l'infection préalable que nous voulons traiter et nous échappent : mais d'autres tiennent à l'infection apportée par nous et de ceux-ci nous sommes directement responsables.

Je ne puis donc pas dire ni penser que toutes les malades qui ont eu de la fièvre après l'opération l'ont eue par notre faute, mais je puis au moins admettre que celles

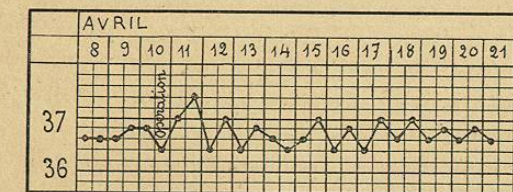


Fig. 73. — Hystérectomie abdominale pour lésions inflammatoires des annexes. Apyrexie.

qui n'en ont pas eu ont été indemnes à cause de nous : elles sont restées apyrétiques parce que ni pendant ni après l'opération, il n'y eut la plus légère infraction aux exigences de l'asepsie. Or sur 140 malades de gynécologie dont j'ai conservé les tracés thermiques,

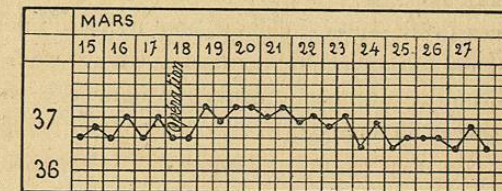


Fig. 72. — Hystérectomie abdominale pour fibrome. Apyrexie.

j'en compte 78 qui ne se sont pas élevées au-dessus de 37°, et ont comme ceux que je vous montre oscillé autour de 37°.

Et je ne parle que des malades de gynécologie, c'est-à-dire de malades qui ont eu à subir une de ces graves opérations abdominales qui sont un des meilleurs réactifs de la sécurité de nos moyens et de nos efforts. Pour toutes ces malades, la guérison a été simple, et en quelque sorte idéale; et pour elles au moins nous ne saurions désirer davantage.

Voilà, Messieurs, ce que nous avons obtenu dans ce vieil hôpital, où la chirurgie ne trouve rien de moderne pour la servir, et où nous avons dû à chaque instant lutter contre les difficultés et les inconvénients sans nombre d'un milieu détestable.

Nous aurions peut-être le droit d'en éprouver quelque satisfaction, mais cela ne nous servirait à rien. Celui qui se contente du passé ne sait pas assurer l'avenir; celui qui ne sait pas progresser est bien près de descendre et de démeriter.

De nos jours, la chirurgie est entraînée dans un mouvement continu de perfectionnement et de progrès: c'est un courant que chacun doit activer ou suivre, s'il ne veut être distancé. Sachons donc ne nous servir du passé que comme d'un levier pour monter de quelques degrés: dirigeons nos efforts vers un objectif plus élevé, vers des résultats meilleurs; tâchons à l'avenir de faire mieux encore, et puisqu'il s'agit de l'intérêt de la santé de nos malades, laissons-nous guider par les plus hautes et les plus nobles ambitions.

J'ai terminé, Messieurs; qu'il me soit permis encore de dire ma reconnaissance aux élèves qui m'ont secondé, à mon chef de clinique M. Frédet, à mes internes MM. Braillon, Digne, Duclaux, Chevassu et Ertzbischoff. Ils m'ont assisté dans toutes mes opérations: ils ont donné à mes malades leur temps, leur savoir et leur dévouement, et ils ont droit à une très large part dans les résultats obtenus.

C'est à regret que je me sépare de tels collaborateurs, mais c'est avec plaisir que je leur restitue aujourd'hui un peu de ce qu'ils m'ont prêté en leur donnant le témoignage public de ma profonde reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
------------------------	---

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. LA PRATIQUE DE L'ASEPSIE	1
II. LA RACHICOCAÏNISATION	49
III. TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ARTICULAIRES AUX DIFFÉRENTS AGES	38

MEMBRES

I. GANGRÈNE DES MEMBRES	55
II. DES LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE	68
III. SUBLUXATION RÉCIDIVANTE DE LA ROTULE	78
IV. ÉQUINISME CONGÉNITAL ET ÉQUINISME PARALYTIQUE	90
V. ULCÈRE VARIQUEUX ET RÉSECTION VEINEUSE	106

TÊTE, COU, SEIN

I. INTERVENTION IMMÉDIATE POUR PLAIE DU CRANE PAR ARME A FEU	121
II. ANKYLOSE DE LA MACHOIRE	132
III. KYSTE DU CONDUIT THYRÉOGLOSSE	142
IV. LES EXÉRÈSES LARGES ET L'AUTOPLASTIE DU SEIN	155

ABDOMEN ET HERNIES

I. LES RÉCIDIVES DE LA HERNIE INGUINALE	169
II. ÉVENTRATION TRAUMATIQUE	186
III. APPENDICITE ET ANNEXITE	199
IV. CHIRURGIE DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC	214
V. CHOLÉCYSTITES ET DRAINAGE VÉSICULAIRE	232