

après. On peut, en somme, faire trois applications en vingt-quatre heures.

Telle est la technique de la galvanisation intestinale par le moyen du lavement électrique. Examinons maintenant quels sont les résultats thérapeutiques :

Boudet de Paris, dans une statistique qui repose sur cent cinquante cas, compte 70 % de succès opératoires. En ce qui me concerne, j'ai appliqué, actuellement, le lavement électrique deux cent quatre-vingt-deux fois et, sur ces deux cent quatre-vingt-deux cas, j'ai obtenu la libération de l'intestin cent vingt-une fois. La proportion de mes succès est donc inférieure à celle qu'a noté Boudet de Paris, mais reste néanmoins satisfaisante. Tous mes cas ont été vus en collaboration avec des confrères qui me mandaient auprès de leurs malades. Parmi ces confrères, la moitié, au moins, sont des médecins des hôpitaux. Ma statistique est donc contrôlée et il me serait facile d'appeler en témoignage mes confrères et mes maîtres.

Il me paraît donc inutile d'insister autrement pour démontrer la valeur thérapeutique de l'électricité dans l'occlusion intestinale.

Nous avons maintenant à nous préoccuper des indications et des contre-indications de la méthode, de la période à laquelle elle doit être appliquée, enfin du pronostic suivant les différents cas.

En ce qui concerne les indications, la question théorique est très facile à résoudre. Il est évident qu'un volvulus n'a aucune chance d'être levé par une excitation intestinale quelle qu'elle soit ; il en est de même d'une bride très serrée ou d'une courbure de l'intestin maintenue par des adhérences. En somme, tout obstacle mécanique infranchissable, soit extérieur à l'intestin, soit contenu dans sa cavité, n'est justiciable que de l'intervention sanglante. Toutes les fois, au contraire, que l'obstacle peut être levé par une contraction très énergique de l'intestin, comme cela se présente dans l'obstruction stercorale, la parésie intestinale, l'entéroptose, la compression par une

tumeur, à la condition que cette compression ne soit pas absolue, la présence d'un corps étranger dans la cavité intestinale, l'électrisation est indiquée.

Ainsi envisagée, la question paraît bien simple ; elle est, au contraire, d'une complexité et d'une difficulté extrêmes, si on considère les faits et non la théorie.

Dans l'immense majorité des cas, que constate, en effet, le médecin appelé auprès d'un malade atteint d'occlusion ? Il se trouve en présence d'un ventre météorisé, sensible au palper, qui rend toute exploration directe à peu près illusoire ; le toucher rectal ne fournit que très rarement une indication utile, et on est obligé pour déterminer la cause de l'occlusion de s'en rapporter aux commémoratifs. Or, les commémoratifs peuvent bien permettre de former une hypothèse, de se rapprocher de la vérité, mais ils ne permettent, autant dire jamais, de se former une opinion arrêtée, de faire un diagnostic ferme. Pour peu qu'on ait quelque expérience en pareille matière, on est obligé de convenir que la sagesse consiste à réserver son opinion et que les déductions les plus logiques qui ne reposent que sur des commémoratifs ne peuvent servir de base sérieuse pour un diagnostic précis.

La plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement de l'occlusion intestinale, ne semblent pas avoir tenu compte de ces difficultés. Il semble, à les entendre, qu'il suffit pour se tracer une règle de conduite, — et cette détermination est grave puisqu'il s'agit ou non d'une laparotomie, — qu'il suffit, dis-je, d'établir le diagnostic pour savoir si on doit ou non demander à la chirurgie son concours immédiat. Ils n'ajoutent pas que ce diagnostic est presque impossible la plupart du temps.

Nous voici donc ramenés à la réalité. Un malade se présente à nous, atteint d'occlusion intestinale, à cause indéterminée. Comment agir ? Un grand nombre de chirurgiens disent : Il faut, sans plus tarder, ouvrir le ventre, parce que l'opération réussit d'autant mieux qu'elle est plus précoce. C'est vrai, mais

néanmoins cette opération reste grave, une des plus graves de la chirurgie. Qu'on fasse la laparotomie ou l'anus iliaque ; dans le premier cas, la mortalité est énorme, dans le second cas, il reste, en suite de l'opération, une infirmité dégoûtante à laquelle nombre de malades, avertis, préfèrent la mort.

Les progrès l'antisepsie ne semblent pas, du reste, devoir atténuer le pourcentage de la mortalité dans une proportion considérable. L'infection est, ici, impossible à éviter : ce n'est plus du dehors seulement que sa venue est à craindre, mais du dedans. L'intestin distendu, rempli de matières fécales anciennes fermentées, d'une toxicité particulièrement intense, laisse filtrer des produits toxiques à travers sa paroi, et il est fréquent que, malgré l'habileté de l'opérateur et les soins antiseptiques pris, le péritoine s'infecte.

Toute opération d'occlusion intestinale reste donc et restera extrêmement grave, et il est naturel, semble-t-il, dans ce cas, de tenter les moyens médicaux que nous avons à notre disposition et qui, loin de ne « servir qu'à retarder la seule intervention véritablement indiquée », comme l'a prétendu M. Chaput avec une exagération manifeste, sont au contraire très utiles.

Voici donc la conduite qu'il me paraît sage de tenir :

En cas d'occlusion intestinale, un purgatif ayant été essayé sans résultat, se garder d'insister et, immédiatement, avoir recours au lavement électrique. Ce dernier, en vingt-quatre heures, est jugé : on sait si oui ou non il réussira.

En cas de négative, proposer au malade l'intervention chirurgicale. Si le médecin est imbu de ces principes, on ne verra plus ces cas où soit l'électricien, soit le chirurgien, sont appelés trop tard et sans chance de réussite ni l'un ni l'autre. Aucune minute n'aura été perdue et le malade sera, si le bistouri est nécessaire, dans d'excellentes conditions opératoires.

Passons maintenant aux contre-indications. On a voulu faire de la péritonite une contre-indication au traitement électrique. Je pense que les deux observations suivantes suffiront à écarter cette objection :

OBSERVATION LXXIX. — Le jeudi 28 février 1884, se présente à l'hôpital Laënnec, service de M. Ball, un jeune typographe atteint de tous les phénomènes de l'occlusion intestinale, à la suite de l'ingestion d'un vin soignant vieux, qui avait déterminé de violentes coliques suivies de vomissements et, depuis lors, de rétention des gaz et des selles.

A son entrée à l'hôpital, facies légèrement grippé, température à 37°. L'inspection de la région épigastrique révèle une tumeur assez volumineuse, partant du flanc droit et se continuant jusque dans la région de l'hypocondre gauche. A la percussion on trouve que cette masse offre une matité très nette. Au niveau du flanc gauche, dépression manifeste faisant contraste avec la tumeur qu'elle limite en dedans. On diagnostique une invagination intestinale et on prescrit une injection rectale de siphon d'eau de seltz et l'électricité. La faradisation appliquée suivant les procédés ordinaires, le pôle négatif placé dans le rectum, le pôle positif à la région abdominale, fut très douloureuse et ne donna d'ailleurs aucun résultat.

M. Nicaise, appelé le samedi matin par M. Ball, ne jugea pas l'intervention chirurgicale nécessaire encore et remarquant, d'autre part, quelques indices du début d'une inflammation péritonéale (ballonnement de tout le ventre, douleurs généralisées), il conseilla des injections de morphine et la glace sur le ventre), et si le lendemain le cours des matières ne s'était pas rétabli, on devait prier M. Boudet de Paris de venir administrer un lavement électrique avant de se décider à une opération.

Le samedi soir on constate une élévation de température qui était montée à 38° ; le pouls battait cent quatre fois par minute et les symptômes de péritonite précédemment indiqués s'étaient accrus.

Le dimanche matin, 38°8 ; pouls à cent huit. M. Boudet de Paris vient ce même jour et n'hésite pas à appliquer le lavement électrique. Le résultat fut immédiat. Dès que la sonde fut retirée, les assistants purent entendre un bruit de gaz qui indiquait le rétablissement de la voie intestinale, au moins pour les gaz. Dix minutes après, selle d'une dureté moyenne ; quelques minutes plus tard, selles diarrhéiques.

Le soir, la température monte à 40° ; glace sur le ventre, injection de morphine.

Le lundi, 39°.

Le mardi, abdomen moins tendu, moins douloureux ; 38°.

Les jours suivants, amélioration progressive.

Le 8 mars, convalescence.

Le 14 mars, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

(Observation recueillie par M. Poupon, interne de service.)

L'observation qui suit n'est pas moins significative :

OBSERVATION LXXX. — Un interne distingué des hôpitaux, M. A..., est sujet à une constipation habituelle qu'il a constamment négligée.