

Le 15 novembre 1888, il éprouve brusquement une vive douleur dans l'abdomen, se met au lit et fait appeler son maître, M. le Dr Ferrand. Ce dernier constate que le ventre est ballonné, sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, et conseille un purgatif salin : le purgatif ne produit aucun effet. Dans la journée le ventre se ballonne davantage et la température monte légèrement (38°). Nouveau purgatif le lendemain sans résultat appréciable.

A partir de ce moment, l'état du malade va en s'aggravant d'une façon inquiétante. La fièvre augmente, la température monte à 39°. La langue se sèche, des vomissements incessants ont lieu, combattus par la glace à l'intérieur. En même temps le ventre devient franchement ballonné et sensible comme dans la péritonite (glace sur l'abdomen).

Le 18 novembre, trois jours après le début des accidents, une seule ressource semble possible : la laparotomie. Le malade, qui a conservé toute sa lucidité, y est parfaitement résigné ; mais les chirurgiens qui entourent le malade, MM. Routier et Michaux, chirurgiens des hôpitaux, hésitent à tenter l'opération, car à ce moment l'état est devenu très grave, la voix cassée, le pouls à peine perceptible.

M. Larat est appelé en toute hâte le soir de ce jour. Il est décidé qu'une application électrique sera tentée sur le champ : si elle échoue, on opérera immédiatement, car il semble qu'il n'y a plus un instant à perdre. En dix minutes, sous l'influence du courant électrique, l'intestin commence à se libérer. Une évacuation gazeuse abondante a lieu bientôt, suivie de matières stercorales.

Durant la nuit, cette débâcle persiste et s'accroît si bien que le lendemain matin tous les symptômes péritoniques avaient disparu et que le malade entraînait en convalescence.

Il est à noter que, dans les selles rendues, se trouvaient de petits os d'alouettes ingérés quelques jours auparavant, et on peut se demander si ces fragments ne s'étaient pas arrêtés en piquant la muqueuse intestinale, amenant ainsi, en même temps que des symptômes d'obstruction, les phénomènes péritoniques.

Il me semble que ces deux observations démontrent non seulement la puissance de l'électricité dans le traitement de l'occlusion, mais encore répondent aux reproches que quelques médecins ont adressés aux lavements électriques de provoquer la péritonite. Si ces lavements ont pu, dans deux cas fort graves et dans d'autres analogues, amener la guérison et enrayer une péritonite commençante, comment admettre que ces mêmes lavements seront capables de la déterminer ? N'est-il pas infiniment probable que, dans les observations où l'on a noté le développement d'une péritonite plusieurs jours après

le rétablissement des garde-robres, c'est la maladie pour laquelle on a appliqué l'électricité qui doit être incriminée bien plutôt que l'électricité elle-même. Dans quelques cas, le fait est évident. Ainsi chez un malade du service de M. Sée, atteint d'occlusion intestinale, l'électricité faradique, appliquée par M. Tripier, était parvenue à vaincre l'obstacle et à rétablir le cours des matières fécales, malgré quelques symptômes de péritonite ; puis, tout d'un coup, la scène avait changé : la face était devenue grippée et la mort avait eu lieu. A l'autopsie, l'intestin offrait la vascularisation d'une péritonite générale peu intense ; elle était, au contraire, très prononcée au niveau du cœcum. Celui-ci avait été enveloppé par un vaste abcès dont la poche s'était ouverte et avait versé dans le bassin une grande quantité de pus.

Pour terminer le chapitre des contre-indications, nous devons nous poser la question de savoir s'il existe des accidents qui pourraient être mis sur le compte de l'électricité et particulièrement des lavements électriques.

M. Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, a rapporté un cas dans lequel la mort a paru le résultat de l'application électrique. Voici le fait, en abrégé : Il s'agit d'un malade âgé de cinquante ans, atteint d'une lésion probablement cancéreuse ayant déterminé une obstruction intestinale. Le lavement électrique fut appliqué par un spécialiste expérimenté. On fit pénétrer dans l'intestin un litre d'abord, puis un autre litre d'eau salée sans aucune difficulté. Cette quantité normale de liquide surprit un peu les assistants, mais l'opération se poursuivit sans encombre et sans amener de résultat. Cinq heures après, quand les médecins revinrent voir le malade, il était à l'agonie, et il avait commencé à aller beaucoup plus mal aussitôt après l'opération. Le ventre notamment s'était subitement ballonné. M. Prengrueber supposa que l'intestin usé par le néoplasme s'était rompu au moment du lavement qui avait pénétré en partie dans le péritoine.

M. Périer, d'autre part, m'a rapporté qu'un malade qui, à

l'hôpital Lariboisière, avait été électrisé par Boudet de Paris et qui avait succombé, avait présenté à l'autopsie des plaques gangreneuses sur la muqueuse intestinale. Ce chirurgien éminent pense que le lavement électrique n'était pas étranger à cette complication.

En ce qui concerne le premier cas, il semble juste d'admettre que l'opérateur s'est trouvé en présence d'un fait tout à fait exceptionnel et particulièrement défavorable. Boudet de Paris, ni moi, sur un total de plus de quatre cents malades, n'avons jamais rien observé de semblable. La lenteur, du reste, avec laquelle il est recommandé de faire pénétrer dans l'intestin le liquide de l'irrigateur semble de nature à éloigner les craintes de ce genre d'accidents, qui devrait être beaucoup plus à redouter à la suite des injections forcées d'eau de seltz, si couramment employées.

En ce qui concerne le second cas, j'ai peine à admettre que le lavement électrique ait pu amener la mortification partielle de la paroi intestinale. Il ne faut pas oublier que l'électrode intestinale est liquide et que, d'autre part, en raison de sa masse, il représente une surface active considérable. Il est même possible de calculer approximativement quelle est la densité moyenne du courant sur chaque centimètre carré. En admettant, ce qui est certainement au-dessous de la réalité, que la masse d'eau représente une surface active de 100 centimètres carrés, l'intensité employée étant en moyenne de quarante millièmes d'ampères, on a, pour chaque centimètre carré,  $\frac{0,040}{100}$  quatre dix millièmes d'ampères, intensité très supportable et incapable de provoquer une action chimique appréciable, incapable à plus forte raison de provoquer des eschares.

Quelquefois, après le lavement électrique, les malades ont accusé une sensation de chaleur et de cuisson à l'anus. Cette légère irritation n'est pas le fait de l'électricité, le mandrin étant isolé de la muqueuse anorectale par la sonde en gomme. Elle paraît avoir été occasionnée, dans quelques circonstances,

par la solution concentrée de sel marin ; il suffira, en ce cas, de remplacer cette solution par de l'eau contenant quelques sels, par l'eau de Vichy notamment.

J'insisterai maintenant sur les particularités du traitement. J'ai dit, plus haut, que souvent il ne fallait pas attendre un effet immédiat. Il est nécessaire, en effet, souvent, de réitérer les applications non seulement pour obtenir un premier résultat, mais encore pour vider l'intestin complètement. Les observations suivantes, dont nous devons l'une à l'obligeance de M. Moutard-Martin, ancien président de l'Académie de Médecine, sont un bon exemple de la difficulté de libérer l'intestin occlus :

OBSERVATION LXXXI. — M. L..., âgé de 57 ans, est depuis sa jeunesse atteint de constipation opiniâtre, malgré une vie très active et un régime alimentaire sévère où les laitages entrent pour une grande partie.

Depuis deux années, la constipation est devenue plus opiniâtre. M. L... prit l'habitude de se purger quotidiennement et d'absorber deux à trois litres de lait par jour. Il prenait, en outre, un lavement laxatif tous les jours.

Le 30 mai 1887, M. L... alla à la garde-robe comme d'habitude le matin.

Le 31, il accuse du malaise, du gonflement abdominal, des envies de vomir.

Le Dr Moutard-Martin, appelé, constate de la submatité dans la fosse iliaque droite et dans le colon ascendant. Diagnostic : obstruction intestinale.

Après cet examen, qui fut pratiqué de la manière la plus douce et sans provoquer de douleur, M. Moutard-Martin s'était mis en demeure de formuler son ordonnance, lorsque, pendant qu'il écrivait, M. L... poussa tout à coup un cri de douleur. Une souffrance très aiguë vient de se produire dans la fosse iliaque droite. En même temps, anxiété du malade et altération des traits.

Dans la pensée qu'une perforation intestinale pouvait s'être produite, qu'il se développait tout au moins une péritonite aiguë, vingt sangsues furent appliquées *loca dolenti*. Cataplasmes ; boissons glacées ; opium en pilules ; injection hypodermique.

Le soir, les vomissements avaient cessé, la douleur amoindrie, mais pas d'évacuation.

Consultation, à dix heures du soir, avec le professeur Trélat, qui confirme le diagnostic.

Les jours suivants, l'état local reste le même, mais une complication