

fement, malgré les injections sous-cutanées de sérum, malgré les piqûres d'éther, elle resta dans cet état, et elle succomba à 7 heures du soir.

Si donc je vous ai dit, en commençant, que mes trois observations s'étaient terminées par la mort, vous voyez que, dans la dernière, celle où j'ai agi par l'ancienne incision iliaque, le décès n'a rien à voir avec l'occlusion intestinale, dont j'avais complètement triomphé. Mais, d'après ce que j'ai constaté au cours de ma troisième opération, je crois que, lors de la seconde, j'aurais mieux fait de commencer par la libération complète des anses grêles et de l'appendice dans la fosse iliaque et d'établir secondairement l'anus artificiel, si cela avait été utile. J'espérais que la percussion me permettrait d'arriver tout de suite sur l'intestin au-dessus de l'obstacle ; j'avais compté sans le passage partiel des gaz, en sorte que deux ponctions ont d'abord été blanches, et c'est de cette multiplicité des orifices qu'est résultée la grande gravité de la dernière opération. Et depuis, j'ai lu un intéressant travail où M. Marion, dans deux cas fort analogues, nous dit avoir constaté également qu'une incision de l'intestin, dans un paquet d'anses agglutinées, n'avait à peu près rien vidé.

Dans les deux cas de Marion, il y avait des adhérences presque généralisées ; dans mes deux premiers, tout le petit bassin en était rempli ; il semble bien qu'alors un procédé quelconque soit impuissant. Mais chez ma troisième malade, l'événement a prouvé que l'action locale pouvait être heureuse, et elle l'a été : d'où la conclusion que nous devons opérer dans l'ancien foyer, comme nous le faisons au fond du vagin, je le répète, pour les occlusions consécutives à l'hystérectomie vaginale.

Un moment, je me suis demandé si l'on n'éviterait pas, en partie au moins, ces accidents secondaires par l'opération très précoce et, en tout cas, par la résection immédiate de l'appendice, de parti pris, dans le foyer purulent, deux pratiques qui, vous le savez, ne sont en principe pas les miennes. Les deux observations de M. Marion ont calmé mes craintes : ces deux malades ont, en effet, été opérés d'urgence, sitôt le chirurgien appelé ; l'un d'eux avait même alors une appendicite « tout à fait au début » ; et chez

les deux avait été faite la résection immédiate de l'appendice. Malgré la différence des techniques initiales, le résultat définitif a donc été exactement le même.

II

Nous venons de voir à quels accidents précoces peuvent donner lieu les adhérences plus ou moins étendues qui se constituent toujours, et rapidement, autour des foyers enkystés d'appendicite. Voyons maintenant quelles conséquences tardives peuvent en résulter.

La règle est que, une fois éteinte la poussée péritonéale, les adhérences se résorbent d'une manière remarquable, et j'en ai eu la preuve à maintes reprises. D'abord, vous le savez, toutes les fois que c'est possible, j'attends la chute des phénomènes aigus pour enlever à froid l'appendice, quelques semaines après la crise ; or, dans ces conditions, il est de règle, même quand, pendant la crise, a existé un large plastron inflammatoire, que, lors de l'opération, la région iléo-cæcale apparaisse nette. Quelquefois il ne reste plus d'adhérences du tout, en général il n'y a plus que des filaments insignifiants ; je ne parle pas, cela va de soi, de ce qui entoure l'appendice lui-même, mais seulement des brides et coutures capables d'obstruer plus tard l'iléon.

D'autre part, après les incisions d'abcès, les éventrations ne sont pas rares ; d'où, pour suturer la brèche, une occasion d'aller explorer la région autrefois enflammée. Or si, dans ces cas, il est très fréquent de trouver l'épiploon adhérent à la cicatrice derrière laquelle il s'étale, — c'est même là, je crois, une des causes principales de l'éventration, — au-dessous de cet épiploon on arrive presque toujours sur une fosse iliaque où le cæcum et les anses grêles voisines sont parfaitement souples et mobiles. On est même souvent frappé de voir combien se sont réparées les lésions de l'appendice lui-même, réduit à un petit cordon fibreux, dur et blanc.

Mais si cette évolution favorable est celle de la majorité, elle

n'est pas celle de la totalité des appendicites refroidies ou cicatrisées après incision d'un abcès, et, au cours de plusieurs opérations, j'ai vu certaines dispositions inquiétantes au point de vue spécial où je me place aujourd'hui.

D'abord, l'appendice lui-même, adhérent par sa pointe en un lieu quelconque, peut, s'il est ascendant et interne, passer en pont au devant de l'iléon, à son embouchure dans le cæcum. Ainsi, chez une fille de six ans, que j'ai opérée pour une appendicite subaiguë non suppurée, l'appendice remontait au-devant de l'iléon, contre le cæcum, et allait adhérer par sa pointe à la face postérieure du tablier épiploïque. Or vous vous rappelez que dans mon troisième cas d'occlusion à la période aiguë, l'appendice ainsi remontant, pour aller se fixer à une anse descendante du côlon transverse, avait assez aplati la terminaison de l'iléon pour rendre définitif un anus artificiel établi juste au-dessus d'elle.

Lorsque l'appendice enfoui ou tout à fait libre ne peut causer aucune striction par lui-même, autour de lui des adhérences peuvent être dangereuses. Ainsi, faisant, le 2 juillet 1900, la cure d'une éventration à un garçon de douze ans auquel j'avais ouvert, le 1^{er} février, un abcès iliaque, je vis que non seulement l'épiploon adhérait à la cicatrice, mais qu'au delà sa pointe allait se fixer au bord libre d'une anse grêle, d'où une tendance à la coudure. En outre, l'appendice chroniquement enflammé — et que je réséquai — sortait comme un battant de cloche d'une sorte de niche située sous l'angle iléo-cæcal rempli d'un magma inflammatoire; et de là partait une bride qui passait devant la terminaison de l'iléon pour aller au bord libre d'une deuxième anse grêle, elle aussi légèrement coudée. Pendant les cinq mois qui venaient de s'écouler, l'enfant n'avait présenté aucun trouble d'occlusion, mais vous vous rendez compte qu'un rien eût suffi pour en provoquer. De même chez un garçon de neuf ans que j'opérai le 9 février 1900, un mois après le début d'une crise refroidie : presque transversal en dedans, l'appendice adhérait par sa pointe au promontoire en passant derrière la dernière anse de l'iléon, et jusqu'à lui, pour s'y attacher par la pointe, descendait l'épiploon qui cravatait de la sorte l'intestin grêle et l'appliquait contre le détroit supérieur. Ici

encore, il n'eût pas fallu grand'chose pour provoquer l'occlusion.

Ces trois malades, qui ont parfaitement guéri, n'ont pas été opérés pour occlusion intestinale; mais ils avaient tout ce qu'il fallait pour en faire tôt ou tard, et je pense qu'ils sont instructifs pour vous faire comprendre les conditions anatomiques des occlusions tardives consécutives à l'appendicite, pour vous faire voir le rôle possible de l'appendice lui-même, de l'épiploon, des brides péritonéales.

Elles vous démontrent de plus que, malgré l'attache fixe des brides dans la fosse iliaque, les lésions étaient parfaitement justifiables de la laparotomie médiane, et à cet égard les occlusions tardives doivent être opposées aux occlusions précoces pour lesquelles je suis arrivé à la conclusion inverse. Vous allez voir, dans un instant, que cette opinion est justifiée par le siège possible des lésions plus ou moins loin de la fosse iliaque droite.

Quelle est la fréquence de ces occlusions tardives? La question est difficile à résoudre, car il est bien possible que l'ancienne appendicite causale soit assez souvent méconnue.

Quand j'étais chirurgien du Bureau central et que, convoqué pour les cas d'urgence, j'opérais de nombreuses occlusions intestinales aiguës, j'avais acquis la notion que, pour aller vite et trouver la pie au nid, il fallait envoyer tout de suite la main dans les fosses iliaques, car là était le siège le plus fréquent de l'obstacle; et j'ai été frappé de la fréquence relative des brides vers la fosse iliaque droite. Quant à fournir la preuve d'un lien étiologique avec l'appendicite, je ne le saurais, car dans les laparotomies de ce genre il faut opérer vite pour réussir, et les recherches anatomo-pathologiques sur le vivant compromettent gravement le résultat; nous en sommes donc réduits aux commémoratifs pour rapporter une occlusion à sa cause appendiculaire, et vous comprenez que cela échappe sans peine chez des malades vus par hasard, opérés au milieu de la nuit.

Parmi mes propres opérés d'appendicite, une seule fois j'ai eu à déplorer une occlusion tardive. Il s'agit d'un garçon de treize ans et demi auquel, en décembre 1897, j'avais réséqué l'appendice chroniquement enflammé. L'opération avait été laborieuse

au milieu d'adhérences infectées, avec suture d'un cæcum friable, en sorte que j'avais mis dans le foyer un gros drain en caoutchouc, entouré d'une mèche iodoformée pour protéger le reste du péritoine. J'avais bien fait d'agir ainsi, car la suture lâcha partiellement, et pendant quelques jours exista une fistulette stercorale, qui d'ailleurs se ferma spontanément. L'enfant sortit guéri le 18 janvier 1898 et fut d'abord très bien portant. Mais, le 29 juin, il fut pris, sans cause connue, de vives douleurs abdominales, avec arrêt complet des matières et des gaz. La marche de cette occlusion fut suraiguë, et l'état était des plus graves, lorsqu'on amena l'enfant à l'hôpital Trousseau, le 1^{er} juillet, à 3 heures de l'après-midi.

En mon absence, on appela le chirurgien de garde, mon distingué collègue Arrou, dont la première idée fut qu'il s'agissait, malgré l'apyrexie, d'accidents récidivant dans l'ancien foyer. Il incisa donc sur la cicatrice iliaque et vit sortir un peu de sérosité péritonéale; mais le cæcum était sain. Aussi l'incision latérale fut-elle tout de suite recousue, et le ventre ouvert par la laparotomie médiane, ce qui permit de trouver dans la fosse iliaque droite une anse grêle coudée en U par une double bride du bord mésentérique. Après section de ces brides l'anse redevint perméable et Arrou referma le ventre; mais l'occlusion persista et le lendemain matin l'enfant succombait, n'ayant pas été à la selle et ayant continué à rendre des vomissements fécaloïdes. L'autopsie expliqua pourquoi, en faisant trouver derrière le cæcum et le côlon ascendant un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles. Sur le cæcum, le moignon appendiculaire était parfaitement souple et sain.

De quand dataient ces adhérences : de la crise initiale d'appendicite ou de la réaction autour d'un foyer opératoire que j'avais dû tamponner et qui avait suppuré? La question est malaisée à résoudre et n'a d'ailleurs pas d'intérêt. Mais remarquez que l'incision iliaque ne permit pas de voir l'obstacle; que l'incision médiane fut indispensable et qu'elle l'aurait été encore bien plus si l'on avait trouvé et cherché à libérer les anses agglutinées.

Voilà l'histoire du seul malade atteint d'occlusion intestinale

tardive parmi ceux que j'ai soignés d'appendicite : je prends à mon compte aussi bien la terminaison que le début, car tel que je connais mon ami Arrou, je suis sûr que la laparotomie finale a été aussi correcte que possible. Quant aux deux malades que j'ai opérés moi-même pour occlusion aiguë tardive, je n'avais rien eu à voir dans leur passé appendiculaire.

Chez les deux j'ai eu recours d'emblée à la laparotomie médiane, qui m'a fourni une mort et une guérison.

Le premier est un enfant qui, après avoir été opéré le 25 juillet 1898 d'appendicite par un de mes collègues, avait guéri rapidement sans suppuration; et depuis sa santé était restée excellente, lorsque, le 19 février 1899, il fut pris d'accidents aigus d'occlusion, avec vomissements vite fécaloïdes et constipation absolue pour les matières et les gaz; la température monta à 37°9. C'est le 23 février seulement que le malade fut apporté à l'hôpital Trousseau, après avoir été en vain purgé et lavementé à l'eau de Seltz; il était dans un état déplorable, avec l'abdomen très tendu, le facies grippé, les extrémités froides, le pouls misérable, la température à 38°2. Quoique la situation me parût désespérée, ce dont j'avertis la famille, je pratiquai aussitôt la laparotomie médiane sus-ombilicale, et ma main sentit dans la fosse iliaque droite la jonction entre les anses distendues et les anses affaissées. Tout fut amené au dehors sur des compresses aseptiques, et je vis qu'une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum. Je la sectionnai entre deux ligatures, je vis les matières reprendre leur cours, et je refermai le ventre après réduction des anses météorisées. L'opération avait pu être vivement menée, n'avait pas duré plus de vingt minutes; mais elle était certainement trop tardive, et l'enfant succomba au bout de quelques heures. Le moignon appendiculaire était tout à fait sain.

Dans ce cas, l'incision iliaque eût très bien conduit sur l'obstacle, mais pas mieux que la médiane, grâce à laquelle l'opération fut très aisée; et dans le cas suivant elle eût été bien mal commode, pour ne pas dire plus, car une anse était coudée par une bride insérée sur la paroi gauche du bassin. D'après l'état anatomique des parties, le malade précédent aurait dû guérir, s'il

avait été laparotomisé à temps : la section précoce d'une bride est une opération bénigne, comme va vous le prouver ma dernière observation, celle qui est venue rompre la série noire dont je vous ai jusqu'à présent entretenus; et je fus particulièrement heureux que ce jour ait été marqué d'une pierre blanche, car ce fut une matinée consacrée à un de mes élèves les plus chers.

Aujourd'hui, âgé de trente et un ans, notre jeune confrère avait subi, il y a quatorze ans, une crise d'appendicite nette, avec empatement, guérie par le traitement médical, et il en avait guéri sans rechutes, ayant conservé seulement quelque disposition à des coliques suivies de diarrhée et survenant sans cause connue.

Mais en général son intestin fonctionnait bien, et je puis même vous dire que c'était une belle fourchette. Depuis quelques semaines, il éprouvait une sensation inexplicée de fatigue, une diminution d'appétit, des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'amaigrissement, lorsque brusquement, dans la rue, le 7 juillet 1900, à 3 heures, il fut pris d'une douleur atroce vers l'ombilic : cette colique fut soulagée pour quelques instants par un résultat, bien maigre il est vrai, obtenu aux water-closets de l'Odéon. Mais à quelques mètres plus loin, une fois hors de l'édicule, cela recommença pendant la traversée du Luxembourg, et le malade arriva à grand'peine, plié en deux, tenant son ventre, à la clinique Baudelocque. Il y resta juste le temps nécessaire pour que mon ami Varnier le renvoyât chez lui dans un fiacre; fatigué par les cahots de la voiture, il y fut pris d'une syncope et s'en remit chez un pharmacien qui le fit étendre, lui fit respirer de l'éther et prendre de l'élixir parégorique. Avant de rentrer chez lui, il passa voir un de ses amis, à qui il « refroidissait » une appendicite, craignit encore d'avoir une syncope, mais une fois à domicile se trouva beaucoup mieux, écrivit quelques lettres, et ressentit « une faim terrible, qu'un bol de bouillon suffit à calmer ». Température et pouls normaux, nuit agitée avec cauchemars.

Le lendemain matin, à 6 heures, commencèrent les vomissements bilieux; les douleurs abdominales, toujours vives, furent calmées par l'application d'une vessie de glace. A midi arriva

M. Le Dentu, qui écarta l'hypothèse d'une rechute d'appendicite et, sentant quelque chose de résistant à gauche de la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, quelque chose aussi par le toucher dans le cul-de-sac recto-vésical, soupçonna un volvulus et ordonna de grandes irrigations rectales à l'eau chaude. On n'amena ainsi au dehors que quelques boules durcies de matières fécales, mais les symptômes s'amendèrent, les vomissements cessèrent, la nuit fut assez bonne; le matin, un bol de café au lait fut supporté. Tout semblait aller si bien que le père du malade, lui aussi médecin, quitta Paris, où il avait été la veille mandé en toute hâte.

Une heure plus tard, j'arrivais, revenant de la campagne où j'avais passé le dimanche, et avec M. Le Dentu nous constatons que les accidents reprenaient avec intensité; et cette fois les vomissements étaient fréquents, bilieux, pas encore fécaloïdes. Nous décidâmes d'essayer l'effet d'un lavement électrique, qu'à 4 h. 1/2 administra M. Gautier. Le résultat fut nul, et le soir à 7 heures, nous étions en face d'une occlusion évidente, avec vomissements fécaloïdes et hoquet particulièrement intense. Mais le pouls était très bon et nous pensâmes qu'au lieu d'une opération faite la nuit avec un mauvais éclairage, nous pouvions remettre au lendemain matin la laparotomie, dont l'indication était claire, qu'il s'agit d'un volvulus comme l'admettait plutôt M. Le Dentu, ou d'une bride comme je le pensais en raison de l'appendicite ancienne.

L'opération me fut confiée et M. Le Dentu voulut bien m'aider. Après incision médiane sous-ombilicale, je trouvai d'abord, en suivant de la main les anses distendues, une anse grêle coudée par une bride insérée sur la paroi gauche du bassin et sous laquelle je pus passer l'index recourbé en crochet : je la sectionnai entre deux ligatures et j'eus encore à libérer aux ciseaux quelques adhérences qui maintenaient accolés les deux chefs de l'anse coudée. Cela fait, je constatai que vers la fosse iliaque droite, il y avait encore des anses affaissées; et autour d'une nouvelle anse grêle, la serrant circulairement, j'incisai une seconde bride. Après quoi la perméabilité du canal me parut partout rétablie, et je suturai sans drainage.

Les suites furent idéales. La chloroformisation, que le malade avait trouvé délicate au début, grâce à l'habileté de son ami M. Lapointe, ne provoqua même pas une nausée. A partir de 6 heures du soir, le champagne frappé fut toléré; dès le soir des gaz furent rendus, le surlendemain une selle fut provoquée par deux pilules de cascarine, et dès lors l'appétit revint : lait pendant deux jours, œufs le quatrième jour après l'opération, bifteck le cinquième jour.

L'apyrexie fut complète et, au vingtième jour, le malade se levait; il pouvait les vingt-quatre et vingt-cinquième jours venir faire des communications au Congrès international de médecine, et depuis sa santé est restée parfaite, sa cicatrice résiste au lawn-tennis, à la bicyclette.

Le premier enseignement à tirer de ces trois faits me paraît être que la méthode suivie pour traiter la crise aiguë est indifférente dans l'espèce : une résolution sans opération, une résection à chaud presque immédiate, une résection retardée après refroidissement, tel est leur bilan, et ces trois conduites sont les seules possibles. C'est à la même conclusion que nous sommes arrivés pour les occlusions de la période aiguë, en comparant mes observations à celles de Marion.

Mais le diagnostic et le traitement sont fort différents ici de ce qu'ils étaient pour les faits de la première série. Tandis que, pour ceux-ci, nous étions en face d'occlusions lentes, dont les purgatifs venaient par moments à bout, tandis que nous avions dès lors à nous demander s'il s'agissait d'occlusion proprement dite ou seulement d'un peu de réaction péritonéale persistante, tandis qu'enfin nous avions été amenés à agir dans la première incision, pour libérer des anses et au besoin établir un anus contre nature, nous sommes maintenant en présence d'occlusions aiguës, offrant le type des occlusions par bride, pour lesquelles l'opération est urgente, parce que la vitalité de la paroi intestinale serrée est compromise, pour lesquelles la laparotomie médiane précoce est la seule thérapeutique convenable.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

LES ABCÈS PELVIENS DE L'APPENDICITE

- I. — Abscess pelviens supérieurs et postérieurs. Difficultés de leur constatation; ils peuvent être méconnus jusqu'au moment où éclate la péritonite diffuse. Difficulté de leur recherche opératoire; gravité de la laparotomie médiane; si possible, mieux vaut attendre la formation d'adhérences vers la fosse iliaque.
- II. — Abscess pelviens inférieurs remplissant le cul-de-sac de Douglas. Indication d'ouvrir par incision du rectum si l'abcès y bombe; cette voie est préférable à l'incision vaginale ou à l'incision périnéale. Guérison spontanée possible à la suite d'évacuation naturelle de l'abcès par le rectum.

Même en faisant abstraction des exceptionnelles inversions du cæcum à gauche, on sait que cæcum et appendice peuvent avoir, dans la cavité abdominale, une situation très variable; et si l'on songe, en outre, que l'appendice peut prendre, par rapport au cæcum, une direction très changeante, ascendante en dedans ou en dehors, descendante dans le bassin, transversale en dedans, si l'on se rappelle quelles différences considérables de longueur il présente d'un sujet à l'autre, on se rend compte des sièges divers où peuvent se former, dans le ventre, les abcès provoqués par la perforation de cet appendice en un point quelconque de ce trajet. Le cas habituel, c'est l'abcès dans la fosse iliaque droite, mais on connaît bien, aujourd'hui, les collections appendiculaires postéro-supérieures, vers la fosse lombaire; celles que l'on trouve sous le foie ou même entre lui et le diaphragme, celles qui remplissent le petit bassin, celles enfin qui viennent pointer à gauche. Et si,