

j'y ai eu plusieurs fois recours : mais je n'oserais pas en prolonger l'application, surtout quand l'occlusion dure depuis plusieurs jours.

Il n'en est pas de même des affusions et des applications d'eau fraîche, déjà conseillées par Hippocrate dans les inflammations récentes et dans le tétanos, érigées en méthode par plusieurs médecins de l'antiquité, d'après le témoignage de Celse, et qui ont été recommandées par Fr. Hoffmann. Ce dernier raconte l'observation d'un malade chez lequel, après avoir commencé le traitement par les saignées et par les émoullients, on fit des affusions d'eau froide toutes les deux minutes, en commençant par les pieds et remontant jusqu'au pubis ; puis on le fit marcher sur un carreau couvert d'eau froide ; et, en outre, il plongeait alternativement l'un et l'autre pied dans un bassin qui en était rempli. Trois jours de suite on revint à cette médication, et le troisième jour le malade fut guéri. Il rapporte un autre cas dans lequel une constipation opiniâtre, datant de quarante-trois jours, céda après dix minutes d'affusions sur les jambes et les cuisses, répétées deux fois par minute.

Le froid sur les pieds a provoqué dans ce cas une action réflexe des fibres intestinales. On pourrait aujourd'hui obtenir cet effet à l'aide de douches froides dirigées sur les extrémités inférieures et principalement sur la plante des pieds. Cette médication aurait dû être rangée parmi

latérale d'une autre valvule ; les parois du ventricule droit étaient entièrement infiltrées de graisse, les fibres charnues ne paraissaient que çà et là comme des lignes ou marbrures brunes au milieu d'un tissu graisseux.

Dans le cœur gauche, je trouvai de l'induration et une légère déformation des valvules sigmoïdes dont deux offraient à leur bord libre de petits agrégats de concrétions fibreuses en forme de choufleurs ; au-dessous, la valvule présentait une surface un peu inégale. La valvule mitrale, épaissie, présentait dans plusieurs points des indurations fibreuses, jaunâtres ; dans d'autres, des concrétions rougeâtres ayant l'aspect de la gelée de groseille.

Dans le poumon on trouvait des tubercules crus, enkystés, dont quelques-uns dépassaient le volume d'une amande ; d'autres, plus petits, demi-transparents, avec un point gris jaunâtre au centre ; on en voyait quelques-uns demi-transparents dans toute leur épaisseur, du volume d'un grain de chènevis, recevant un petit conduit qu'on pouvait regarder comme une petite bronche.

Nous avons dans cette observation un exemple d'étranglement par simple torsion de l'intestin ; une atonie, une sorte de parésie de l'intestin et la compression exercée par les anses voisines météorisées ont probablement maintenu cette situation vicieuse qu'un léger mouvement semblait pouvoir dégager.

Une circonstance remarquable est la délimitation de l'inflammation aux deux tiers inférieurs de l'abdomen ; y a-t-il eu quelque lésion vasculaire ? Je regrette que les artères et les veines mésentériques n'aient pas été examinées.

celles qui sollicitent les contractions de l'intestin. J'ai été conduit à en parler ici à propos de l'action antiphlogistique du froid.

Une fois l'inflammation développée, si l'état des forces le permet, des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées peuvent être indiquées. J'y ai eu recours dans des cas où on sentait dans un point du ventre une rénitence douloureuse à la pression, et c'était au niveau de ce point que je prescrivais ces applications. Quant à la saignée générale, autrefois si en vogue, tombée aujourd'hui en désuétude, elle ne peut répondre qu'à une indication tirée de l'état général, comme serait la pléthore.

On oppose encore à cette complication inflammatoire les fomentations et les bains avec des liquides émoullients, de larges onctions sur le ventre avec de l'onguent mercuriel belladonné. On peut aussi étendre sur la peau une couche de collodion élastique.

Tout en combattant l'inflammation, il ne faut pas perdre de vue l'indication dominante, celle de rétablir la liberté du canal intestinal. Aux lavements purgatifs on substituera des lavements huileux, des suppositoires belladonnés.

J'ai employé deux fois avec succès le calomel, associé à la belladone, dans des cas où l'étranglement était compliqué de phénomènes inflammatoires : de gastro-entérite dans un cas, de péritonite dans l'autre. J'ai prescrit des paquets composés de 10 centigr. de calomel et 1 centigr. de racine de belladone, et j'en ai fait prendre un toutes les deux ou trois heures, sans dépasser la dose de huit dans les vingt-quatre heures. Je faisais prendre après chaque paquet une petite cuillerée de glace pilée ; en même temps, je faisais sur le ventre des onctions avec une pommade belladonnée, et après avoir mis dans le rectum des suppositoires contenant 1 à 2 centigrammes d'extrait de belladone, je faisais injecter des lavements huileux. Le calomel me paraissait préférable aux autres purgatifs à cause de ses propriétés antiphlogistiques et de son action souvent utile dans les inflammations des membranes séreuses.

Que cette opinion soit fondée ou non, il importe, après avoir introduit dans le tube digestif une dose importante de calomel, d'en assurer l'expulsion. S'il n'y a pas de péritonite confirmée, je fais prendre après le rétablissement du cours des matières, 10 à 15 grammes de magnésie, que j'administre habituellement d'après la formule suivante :

℥ Mucilage de gomme arabique.....	125	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.....	45	—
Sirop de menthe.....	25	—
Magnésie anglaise.....	12	—

On prend cette potion en deux doses à demi-heure d'intervalle, et on boit par-dessus quelques petites tasses de thé léger.

Si on avait affaire à une péritonite, on devrait craindre l'ébranlement causé par un nouveau purgatif, et je me contenterais pour laver l'intestin de faire boire au malade des boissons aqueuses : de l'eau de gruau coupée avec du lait ; tout au plus je lui donnerais des lavements huileux et de petites doses de magnésie, s'il n'avait pas d'évacuations suffisantes, et je le tiendrais pendant deux ou trois jours au régime lacté.

Quand les phénomènes d'étranglement ne durent que vingt-quatre à quarante-huit heures, au milieu du désordre tumultueux des organes digestifs, il n'est guère permis de songer à leur fournir des substances alimentaires ; si cependant le malade était très-faible, si les forces étaient très-déprimées, on tâcherait de lui faire tolérer quelques boissons alcooliques en les mêlant à de la glace pilée. Cette indication sera plus accentuée, si la lutte se prolonge : chez la pauvre dame dont j'ai parlé, qui lutta pendant six semaines, l'estomac était devenu moins irritable ; ses contractions réflexes provoquées par l'occlusion étaient devenues plus rares ; elle ne vomissait plus, pour ainsi dire, que par plénitude ; nous pûmes lui faire supporter du lait, du jus de viande, des vins généreux. Aux lavements laxatifs ordinaires, j'avais substitué ou intercalé des lavements de lait ou de bouillon additionnés d'huile et de jaune d'œuf ; j'y ajoutais, en outre, de la pepsine pour rendre assimilables les matières albuminoïdes contenues dans ce mélange.

Telles sont les principales indications du traitement médical dans les occlusions intestinales de cause mécanique. Quand on peut reconnaître que le rétrécissement est de cause organique, ce qui n'est pas toujours possible, il faut être plus modéré dans l'emploi des purgatifs et éloigner les drastiques. Il y a en effet, dans ce cas, un obstacle qui ne peut être franchi que par des matières d'un petit volume, quelquefois même que par des matières liquides. Dans de pareilles conditions, les mouvements violents imprimés à l'intestin pourraient être dangereux. L'huile de ricin à l'intérieur, les onctions belladonnées sur le ventre réussissent quelquefois. Il n'est pas rare de voir des sujets succomber à des occlusions intestinales, après en avoir subi déjà plusieurs attaques, et chez lesquels on trouve à l'autopsie des rétrécissements intestinaux, portés quelquefois à un tel degré qu'on s'étonne qu'ils aient pu guérir des obstructions dont ils avaient déjà été atteints, et que la vie et même la santé aient pu se maintenir avec une pareille lésion.

Quand l'occlusion résiste aux moyens que je vous ai indiqués, quand la lutte se prolonge sans succès au milieu d'inexprimables angoisses et d'intolérables souffrances, alors l'intervention chirurgicale se présente au médecin comme une ressource suprême, assez souvent efficace pour qu'on soit autorisé à y recourir, assez dangereuse pour qu'on ne le fasse qu'en cas d'absolue nécessité et lorsque le malade ne peut pas guérir autrement.

C'est au tact du médecin à décider quand il y a plus d'inconvénients à différer qu'à agir : il ne faut pas attendre le développement de complications inflammatoires qui rendraient l'opération presque fatalement mortelle, ou une dépression des forces qui ne permettrait pas à l'organisme de supporter un si grave traumatisme.

C'est là une des déterminations les plus délicates et les plus anxieuses qu'un médecin puisse être appelé à prendre. Jamais l'occasion n'est plus fugitive : *Occasio proceps* ; il importe de la saisir à point.

La gastrotomie n'est pas une opération nouvelle : Praxagoras, cité par Cælius Aurelianus, avait proposé dans l'antiquité d'ouvrir l'intestin, et, après l'avoir vidé, d'en faire la suture. Depuis le xvii<sup>e</sup> siècle, Barbotte, Nuck, Bonnet, ont pratiqué ou vu pratiquer avec succès cette opération. Dans ces derniers temps, M. Maisonneuve et Nélaton l'ont remise en honneur et ont sauvé ainsi la vie de plusieurs malades.

Sans m'étendre sur le manuel opératoire, je vous dirai qu'on fait une longue incision oblique ou semi-lunaire dans la région iliaque droite, coupant couche par couche, liant ou tordant les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés ; on attire au dehors la première anse qui se présente entre les lèvres de l'incision ; toute la partie de l'intestin qui est derrière l'obstacle est distendue, dilatée outre mesure, et fait effort contre la paroi abdominale qui gêne son expansion, tandis que la partie située au-dessous est vide et refoulée par la première ; il en résulte que l'anse qui se présente appartient presque certainement à la partie supérieure, et on peut espérer qu'elle est assez éloignée de l'estomac, d'après le siège de l'incision, pour que la portion d'intestin située au-dessus suffise à l'entretien de la fonction nutritive.

On fixe cette anse à la paroi abdominale à l'aide de plusieurs points de suture entre lesquels on incise l'intestin pour établir un anus contre nature. Les gaz et les liquides stercoraux s'échappent par le bout supérieur dans lequel on introduit une canule pour soustraire au contact de ces matières irritantes les lèvres de la plaie.

Le ventre s'affaisse ; les anses intestinales météorisées et occluses par

leur flexion et leur compression mutuelle se vident et se déplissent de proche en proche ; et souvent, s'il s'agit d'une occlusion de cause mécanique, elle se résout spontanément. Si elle persiste, on peut tenter dans le bout inférieur des injections laxatives lorsque les adhérences de l'intestin à la plaie extérieure sont solidement organisées.

Quand la perméabilité du tube digestif est rétablie dans tout son parcours, on n'a plus qu'à traiter l'anus contre nature pour en obtenir l'oblitération. Si, au contraire, l'occlusion persiste, ou si elle est de cause organique et par conséquent presque nécessairement incurable, il faut maintenir définitivement la fistule stercorale pour acheter la prolongation de la vie au prix d'une pénible infirmité.

Lorsque, d'une manière ou d'une autre, l'obstacle est levé et lorsque l'occlusion a disparu, le malade ne reviendra que graduellement à son régime habituel. Il faut songer que l'intestin ne peut pas retourner subitement à ses conditions normales : irrité, phlogosé ou au moins congestionné par la maladie et par le traitement, affaibli dans sa contractilité, demi-paralysé dans certaines parties, souvent même ayant subi dans la portion étranglée des altérations plus profondes, il pourrait ne pas supporter une alimentation très-substantielle. Il est important de ne lui confier pendant quelques jours que des aliments légers, commençant par les boissons alimentaires : le bouillon, le lait, les potages ; éprouvant la tolérance et le mode fonctionnel des organes digestifs avant de passer aux aliments solides, explorant la sensibilité du ventre, veillant sur sa liberté, car, comme nous l'avons vu dans une de nos observations, l'occlusion tend quelquefois à se reproduire.

Quand on permettra au malade de se lever, on lui fera porter une ceinture de flanelle qui soutienne et comprime légèrement les viscères abdominaux, relâchés et affaiblis par la distension qu'ils ont subie. Le malade devra éviter les efforts et les secousses violentes. Enfin, rendu à la santé complète, il s'interdira les excès de table et veillera avec soin à la régularité des fonctions intestinales.

## DES REINS FLOTTANTS (1)

*Sommaire.* — Aperçu historique.

Conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'ectopie rénale. — Influence des congestions répétées.

Symptômes. — Des douleurs qui accompagnent les reins flottants : elles peuvent occuper divers sièges.

Quelques faits de guérison spontanée.

Difficultés du diagnostic. — Manière d'examiner les malades.

Traitement. — Moyens de contention.

Observations.

MESSIEURS,

Les reins flottants ont été signalés par d'anciens observateurs : Riolan les décrit et attribue le déplacement de ces organes à la présence de tumeurs ou de calculs ; M. Rayet, dans ces derniers temps, a surtout contribué à rappeler l'attention sur l'ectopie mobile des reins. Dans une note de son excellent *Traité des maladies des femmes*, le docteur West analyse dix observations de cette affection sous le titre de *Tumeurs abdominales flottantes* ; il craint d'affirmer que ces tumeurs soient constituées par des reins déplacés, et cependant cette hypothèse lui semble très-probable. Fritz, trop tôt enlevé à la science, a résumé, dans un mémoire inséré aux *Archives de médecine* en 1859, la plupart des observations publiées jusqu'à cette époque. Plus tard, Trousseau a fait sur les reins mobiles une de ces leçons dont les échos de l'Hôtel-Dieu garderont longtemps le souvenir, dans lesquelles l'incomparable éclat de la forme faisait ressortir l'originalité puissante et l'ingéniosité du fond ; et il nous y a initiés aux recherches du docteur Walther. Enfin, M. Becquet, en 1865, a exprimé des vues nouvelles sur la pathogénie de cette affection.

L'ectopie mobile des reins est incontestablement plus commune chez

(1) Leçon publiée dans l'*Union médicale*, 1867, 20 et 25 juin.