

interne. L'autopsie démontra l'existence d'une grave lésion du cæcum. La même année, M. le professeur Laugier faisait remarquer que souvent après la réduction des hernies, on observait la persistance des accidents de l'étranglement intestinal, aussi conseillait-il, en pareille circonstance, d'ouvrir l'abdomen pour faire l'entérotomie, et il ajoute que la gastrotomie pourrait convenir encore dans quelques étranglements autres que ceux qui résultent de la réduction des hernies.

Tous ces faits étaient à peu près restés dans l'oubli lorsque M. Maisonneuve vint lire à l'Académie des sciences, en 1844, l'observation d'une malade qu'il avait opérée d'une hernie étranglée en débridant l'anneau supérieur du canal inguinal. Immédiatement après la réduction de la hernie il y avait eu soulagement, cependant dès le lendemain s'étaient manifestés les signes d'un étranglement interne. M. Maisonneuve n'hésita point à rouvrir la plaie inguinale et il constata que l'intestin était bien réduit, mais qu'il y avait adhérence du collet du sac à l'intestin et que cette adhérence était la cause probable de la rétention des matières. En effet, l'intestin était engoué par des matières en ce point, et le chirurgien, après s'être assuré de l'adhérence de l'intestin au collet du sac et de ce dernier à l'ouverture du canal inguinal, fit une incision sur la partie engouée de l'intestin, il créa ainsi un anus artificiel. La guérison fut complète et rapide.

L'année suivante, l'observation recueillie par M. Maisonneuve servait de texte à un mémoire très-intéressant du même auteur (1).

A leur tour, MM. Denonvilliers et Nélaton se déclarèrent partisans de la gastrotomie dans les cas d'étranglement interne. M. Nélaton érige même en principe qu'on doit pratiquer l'entérotomie dans tout étranglement interne (2). Pour mon collègue, la gastrotomie conduit nécessairement à l'entérotomie; pour nous, au contraire, nous pensons que l'entérotomie ne doit être faite que dans le cas où il y a nécessité absolue d'ouvrir un anus artificiel, c'est-à-dire dans les cas où l'intestin est gangrené ou rétréci par des lésions de tissu; mais lorsqu'il y a simplement volvulus, invagination de date récente, ou étranglement par brides cellulaires, par adhérences de l'appendice iléo-cæcal ou d'un diverticule de l'intestin, nous pensons que, ces causes d'occlusion étant reconnues et l'intestin n'étant point gravement lésé, il suffit de détruire les différentes causes de l'étranglement interne. Une observation rapportée par Velse prouve que, dans les cas de volvulus ou d'invagination, il suffit parfois de rendre à l'intestin ses rapports normaux pour mettre fin aux accidents; il en sera de même assurément dans les autres causes d'obstruction que nous avons énumérées. Mais afin d'obtenir semblable résultat il faudrait, en un point de la paroi abdominale, faire une incision assez grande pour que la main et l'œil de l'opé-

(1) Maisonneuve, *Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe* (Archives générales de médecine, 1845, t. VII, p. 448).

(2) Savopoulo, thèses de Paris, 1854.

rateur pussent aller à la recherche du siège et de la cause de l'occlusion intestinale.

De plus, pour agir avec chance de succès, il faudrait procéder avec lenteur et suivre en cette opération de la gastrotomie les préceptes dont on a déjà eu à s'applaudir dans l'ovariotomie. Enfin dans les cas où l'état local de l'intestin, une menace de perforation, un commencement de gangrène rendraient nécessaire l'incision de l'intestin, deux questions devront se présenter à l'esprit de l'opérateur. Devra-t-il créer un anus artificiel, ou bien l'intestin étant vidé par l'incision pratiquée sur lui, serait-il téméraire de réunir les lèvres de la plaie intestinale par adossement de la séreuse et de terminer l'opération comme dans les cas où la gastrotomie eût permis de redresser un volvulus ou de rompre des adhérences anormales? La pratique chirurgicale a établi, en effet, que, dans l'opération de la hernie étranglée, on a pu, après avoir jeté quelques points de ligature sur les perforations intestinales, faire rentrer avec succès la partie herniée dans la cavité abdominale.

Il ne m'appartient point d'insister plus longuement sur les considérations chirurgicales, et je veux terminer cette conférence en vous citant deux faits heureux qui peuvent être donnés comme des encouragements en faveur de l'entérotomie ainsi que l'a pratiquée M. le professeur Nélaton dans des cas d'étranglement interne.

J'étais mandé en consultation, il y a seize ans, auprès d'un jeune peintre de Hambourg. Je constatais tous les symptômes de l'étranglement interne: vomissements de matières analogues aux matières stercorales, et qui duraient depuis six ou sept jours; ballonnement considérable du ventre; excavation des yeux, refroidissement général. La mort paraissait imminente. On me disait que le malade était affecté de hernie; je cherchai, en conséquence, s'il n'existait pas quelque tumeur dans la région inguinale, il n'y en avait point. Je me demandai alors si les accidents n'étaient pas produits par un étranglement situé au collet du sac, et je priai M. Nélaton de venir me donner son avis. Mon honorable collègue reconnu, ainsi que moi, tous les symptômes caractéristiques de l'occlusion, mais sans pouvoir, plus que moi, en préciser la cause. Cependant le danger était pressant et la gastrotomie nous sembla pouvoir seule le conjurer. Il fut décidé que l'on ouvrirait un anus contre nature, et l'opération fut faite. Les accidents cessèrent aussitôt. Huit ou dix jours après, le jeune homme était rétabli, il avait repris de l'appétit et digérait bien ce qu'il mangeait. Trois mois plus tard il était complètement guéri, l'anus contre nature était fermé, et lorsqu'il y a quatre ans j'entendis parler de notre malade, j'apprenais qu'il était parfaitement bien portant.

Il y a neuf ans, un de nos honorables confrères de Paris m'appela pour la troisième ou quatrième fois pour voir sa femme, qui, à plusieurs reprises, avait présenté tous les accidents de l'occlusion intestinale. Ces accidents coïncidaient avec une constipation opiniâtre, dont les purgatifs drastiques triomphaient habituellement. Requin et Beau étaient appelés en même temps que moi. En

examinant la malade, nous décidâmes, d'un commun accord, qu'il fallait insister sur l'emploi des drastiques, et combiner leur action avec celle des cataplasmes belladonnés, des applications de glace sur le ventre, des bains prolongés, afin de vaincre ce que nous croyions être des accidents de même nature que ceux éprouvés précédemment. Malgré ces différents moyens, les accidents persistaient; la tympanite était considérable, les vomissements avaient pris l'aspect caractéristique qu'ils offrent dans la hernie étranglée, et la vie nous semblait devoir s'éteindre dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures. Dans cette occurrence, M. Nélaton fut invité à se joindre à nous, et la gastrotomie fut décidée. L'an us contre nature établi donna passage à une grande quantité de gaz et de matières, et le soulagement fut immédiat. La convalescence ne se fit pas attendre, et aujourd'hui la dame dont je vous parle jouit d'une santé parfaite.

Ce sont là, messieurs, des faits considérables et que vous ne devez pas oublier; quelque rares qu'ils puissent être, ils ont leur importance quand il s'agit d'une affection qui, abandonnée à elle-même, est presque fatalement mortelle.

Quelles sont maintenant les règles à suivre pour pratiquer l'opération de la gastrotomie?

Peut-être devrais-je laisser à vos maîtres en chirurgie le soin de traiter cette question: mais, puisque je parle à des médecins qui peut-être un jour se trouveront dans la nécessité pressante d'agir par eux-mêmes, sans pouvoir compter sur le secours d'un autre, permettez-moi de vous dire ce que je conseillerais, ce que je ferais, dans le cas où cette nécessité se présenterait devant moi, si pourtant je ne préférerais une large éviscération analogue à celle que l'on pratique pour l'ovariotomie.

On commence, comme le conseille M. Nélaton, par faire du côté droit une incision à 2 ou 3 centimètres à peu près au-dessus du niveau de la crête de l'os des îles, parallèlement au ligament de Poupart; on donne à cette incision 8 à 10 centimètres de longueur. En divisant couche par couche la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les aponévroses, liant à l'occasion les vaisseaux un peu volumineux qui seraient compris dans l'incision, on arrive sur l'aponévrose la plus profonde. Procédant toujours avec une extrême lenteur, ayant soin de faire éponger soigneusement la plaie, on incise cette aponévrose, et l'on arrive sur le péritoine. On le saisit alors avec une petite pince et on l'incise; puis avec les plus grandes précautions, on traverse à l'aide d'une fine aiguille courbe, armée d'un fil d'argent, l'intestin d'abord et les parois abdominales ensuite: puis on fait quatre points de suture, deux de chaque côté de l'incision; on en fait deux autres, l'un à l'angle supérieur, l'autre à l'angle inférieur de la plaie; mais, cette fois, en traversant d'abord les parois abdominales, puis l'intestin, puis les parois abdominales opposées. L'intestin se trouve ainsi fixé de toutes parts, latéralement, en haut et en bas, aux parois de l'abdomen; de telle sorte que tout épanchement dans la cavité du péritoine est désormais impossible. C'est alors seulement qu'il faut inciser l'intestin par

une très-petite ponction à l'aide d'un bistouri pointu. M. Nélaton ne donne pas même un centimètre à la plaie de l'intestin qui va livrer passage aux matières fluides contenues dans ce canal.

Voilà l'opération; elle requiert plus de prudence que d'habileté, bien que, sans aucun doute, il soit toujours de beaucoup préférable de la confier à des mains exercées.

C'est ce procédé que l'habile professeur de la Clinique a mis en usage dans les circonstances que je vais dire. M. le docteur Olliffe m'avait fait l'honneur de m'appeler en consultation auprès d'un des plus grands dignitaires de l'empire russe. Ce général souffrait d'une grave perturbation des fonctions digestives. Il y avait deux mois environ que ses garde-robes avaient commencé à devenir plus rares et plus pénibles. Son appétit était moins vif. Peu à peu le ventre s'était ballonné, puis, des gaz inodores d'abord, fétides plus tard, furent rendus par la bouche. Quand je vis le général, il avait déjà notablement maigri et perdu ses forces. Sa figure avait le type abdominal. Cependant on n'y découvrait ni l'aspect d'une cachexie très-prononcée, ni la teinte caractéristique du cancer. A travers les parois abdominales amaigries, on distinguait les bosselures formées par les anses intestinales distendues. Le ballonnement était considérable. Il n'y avait de douleur nulle part. Depuis huit jours le malade vomissait: les vomissements avaient d'abord été composés des aliments ingérés, puis ils étaient devenus horriblement fétides, jaunâtres, et étaient très-évidemment stercoraux. Il y avait un hoquet des plus pénibles. Les garde-robes spontanées étaient absolument nulles. A peine de temps à autre, et au prix de grands efforts, le malade expulsait-il quelques gaz par l'an us. Je conseillai d'abord des douches ascendantes. On administra ainsi de quatre à six litres de liquide deux fois par jour. Le liquide pénétrait, était rendu, mais n'entraînait jamais qu'une très-petite quantité de matières fécales, lesquelles étaient de petit calibre et un peu rubanées. L'occlusion intestinale était certaine, et il était vraisemblable qu'elle siégeait dans le gros intestin, en raison de la forme spéciale des matières rendues. D'ailleurs le doigt introduit dans le rectum, ni même une sonde très-longue ne pouvaient atteindre le rétrécissement. Quant à la nature de ce rétrécissement, on pouvait espérer qu'elle était fibreuse et non cancéreuse, en raison de l'absence de cachexie prononcée comme d'antécédents héréditaires. Tous les moyens ayant échoué (drastiques énergiques et douches ascendantes), l'entérotomie fut résolue et merveilleusement bien faite par M. Nélaton. Il employa le procédé que je viens d'indiquer. L'incision de l'intestin donna issue à des flots de matière jaunâtre, liquide, excessivement fétide; il en sortit ainsi près de trois grandes cuvettes.

Le soulagement fut immédiat et très-grand. L'opération avait été faite le 22 juin 1863; et, pendant sept jours, il s'écoula par l'an us contre nature des matières teintées par la bile, des gaz; le malade put manger, reprendre des forces et du courage. Le 29 juin, au soir, il eut des coliques assez vives, et

rendit deux gaz par l'anus, bientôt suivis d'une garde-robe de matière moulée. Il y eut une autre selle dans la nuit. Malheureusement le lendemain il survint un accès de fièvre violente, qui dura près d'une heure. Puis un nouvel accès le surlendemain. Cependant la plaie n'était pas devenue très-douloureuse et il n'y avait pas d'indice de péritonite. Quoi qu'il en soit, le 1^{er} juillet, neuf jours après l'opération, le général succombait, après avoir donné pendant sept jours les plus grandes espérances de guérison.

Cherchons maintenant à nous expliquer le mécanisme de la guérison de l'occlusion : je parle des cas où cette guérison est définitive et ne s'opère pas au prix d'un anus contre nature définitivement incurable.

Dans ces derniers cas, en effet, ce n'est qu'une guérison fort imparfaite; c'est arracher un malade à la mort qui le menace prochainement, et assurément c'est là déjà une grande affaire; mais c'est le condamner à vivre pour un temps plus ou moins long avec une infirmité dégoûtante.

Cette solution est cependant la seule qu'il nous soit permis d'espérer quand il s'agit d'une occlusion intestinale dépendant, soit d'une compression exercée sur l'intestin par une tumeur développée en dehors de lui, soit d'un rétrécissement causé par des affections organiques de l'intestin lui-même.

Mais lorsqu'il s'agit d'une invagination intestinale, d'un étranglement par une bride, d'un renversement de l'intestin, il n'en est plus ainsi, et l'entérotomie peut, quelque rares, je le répète, que soient les cas heureux, nous permettre d'espérer une guérison complète et radicale.

Comment donc s'opère cette guérison ?

Dans l'invagination, elle s'opère suivant deux mécanismes que je vous ai déjà exposés. Ou bien l'invagination cesse d'elle-même, par suite des mouvements péristaltiques de l'intestin, qui replacent les choses dans leur situation normale, ou bien la portion invaginée se sphacèle, se détache, tombe et est rejetée par les voies naturelles, laissant les deux bouts du conduit soudés intimement ensemble par suite d'un travail de réparation dont les parties ont été le siège.

Or, la gastrotomie, d'une part, a pour résultat de faire cesser des accidents qui allaient entraîner prochainement la mort, de prolonger l'existence, de donner enfin à la guérison, lorsqu'elle doit s'opérer par les seuls efforts de la nature, le temps de s'accomplir; d'autre part elle aide à cette guérison de la façon que je vais vous expliquer.

Si l'intestin reste fermé, les matières et les gaz vont s'accumuler de plus en plus dans sa cavité, le distendre outre mesure et augmenter encore son occlusion. Si la guérison devait s'opérer par l'élimination de la portion invaginée, au moment où cette élimination va avoir lieu, la distension, le tiraillement des parois, pourrait empêcher la réunion des bouts qui allaient se souder l'un à l'autre, et entraîner l'épanchement des matières dans le péritoine et une péritonite promptement mortelle. Qu'au contraire, la gastrotomie vienne ouvrir au dehors une issue aux matières et aux gaz, l'intestin s'affaissant sur

lui-même le travail de réparation ne sera plus entravé et l'accolement des deux bouts du conduit divisé pourra se faire.

Dans les cas où l'étranglement est produit par des brides ou par le renversement de l'intestin sur lui-même, voici ce qui se passe :

Lorsque, sur le cadavre, on insuffle avec précaution un intestin dont une certaine portion est ainsi enroulée, on voit l'air cheminer à travers le conduit et le dérouler au fur et à mesure qu'il avance; mais s'il existe un obstacle un peu résistant et que l'on insuffle violemment, l'air s'accumule au-dessus de cet obstacle, distend l'intestin sans le dérouler, comme il le faisait dans l'expérience précédente, et vient compliquer, en l'augmentant, l'occlusion déjà existante.

Mêmes choses vont arriver dans un intestin vivant. Une bride exerce une légère pression sur lui, ou bien, par un mécanisme qui nous échappe, cet intestin a momentanément perdu sa direction normale, dans une partie de son trajet; il en est résulté une certaine gêne dans le cours des matières qu'il contient; une sécrétion un peu exagérée de gaz s'est produite, et leur accumulation va distendre les parois du tube dont elle paralyse la contractilité musculaire, jusqu'au moment où le dégagement du gaz pouvant se faire, l'intestin reprendra sa capacité normale.

Il en sera ici comme il en est pour certaines hernies qui, passant à travers des orifices assez larges, sortent et se réduisent alternativement avec la plus grande facilité, jusqu'au moment où, venant à s'engouer, elles ne peuvent plus rentrer, franchissant l'obstacle qu'elles franchissaient auparavant.

Si la ponction de l'intestin dans l'étranglement interne suffit quelquefois, en donnant issue aux gaz, pour faire cesser les accidents, il est des cas, et ces cas sont de beaucoup les plus nombreux, où ce moyen ne suffit plus, et alors c'est de l'entérotomie qu'il faudra tout attendre.

Elle est formellement indiquée lorsque les symptômes de l'occlusion durent déjà depuis six ou huit jours; que le ballonnement du ventre est considérable; que les matières des vomissements ont ce caractère particulier que je vous ai dit; lorsque enfin la persistance de ces accidents, la gravité des phénomènes généraux font présager une mort imminente.

En lui-même, l'établissement d'un anus contre nature, quelque grave que soit cette opération, ne comporte pas cependant autant de dangers qu'on serait tenté de le supposer; ces dangers, d'ailleurs, ne sauraient être mis en parallèle avec ceux que la gastrotomie est appelée à combattre. Il est donc de notre devoir de la pratiquer quand les autres moyens ont échoué; ainsi il y a peu d'années que, par ce moyen, mon savant collègue M. Velpeau, appelé par M. Briquet, sauvait la vie à une malade dont la position était désespérée.

Pour mon propre compte, je l'ai déjà conseillée cinq fois dans le cours de ma carrière médicale, et j'ai le bonheur d'avoir vu guérir deux de ces malade qui étaient perdus sans retour. Je vous ai raconté leur histoire.

LXXVIII. — COLIQUES HÉPATIQUES, CALCULS BILIAIRES.

Maladie plus commune chez les femmes que chez les hommes. — Survient rarement chez les enfants. — Composition, forme, volume des calculs. — Gravelle biliaire. — La cause de cette maladie nous est inconnue. — Quelquefois héréditaire. — Elle peut coïncider avec la gravelle urinaire et être l'expression de la diathèse goutteuse. — Coliques hépatiques. — Leur diagnostic est souvent très-difficile. — Elles peuvent être confondues avec la gastralgie, la colalgie, l'hépatalgie. — Les douleurs et l'ictère ne sont pas des signes essentiellement pathognomoniques. — Ils peuvent manquer. — Ils peuvent être le symptôme d'autres affections : de l'hépatite, de l'hépatalgie, de la colique hépatique causée par des ascarides lombricoïdes, par des hydatides. — La présence des calculs dans les garderobes est le seul élément positif du diagnostic. — Accidents causés par les calculs : hépatite aiguë, rétention de la bile dans le foie, dans la vésicule; hydropisie de la vésicule; rupture de la vésicule, des conduits excréteurs. — Fistules biliaires. — Paraplégie réflexe, consécutive. — Traitement de l'affection calculeuse du foie.

MESSIEURS,

Voici comment Morgagni s'exprime à propos des calculs biliaires (1) : « Je crains fort que ce qui avait lieu du temps de Fernel n'ait lieu encore de nos jours et à l'avenir, c'est-à-dire qu'on ne trouve pas *des caractères évidents au moyen desquels ces corps puissent être reconnus d'une manière certaine et facile*, et que nous n'en restions *aux conjectures*. » Les progrès de la science moderne n'ont rien changé à cette proposition; pour nous comme pour nos devanciers, le diagnostic des coliques hépatiques reste nécessairement incomplet, tant que le malade n'a pas rendu quelque calcul ou au moins quelque fragment de calcul. Jusque-là nous n'avons que des présomptions, présomptions plus ou moins fondées, il est vrai, et qui, dans certains cas, peuvent acquérir une très-grande force.

Il est évident, par exemple, que, lorsque des individus se plaindront d'avoir éprouvé à différentes reprises, et à des intervalles plus ou moins éloignés, des douleurs violentes occupant l'hypochondre droit, le creux de l'estomac, le pourtour de l'ombilic; que ces douleurs irradiant dans tout l'abdomen, remontant dans la poitrine jusqu'à l'épaule droite, seront assez vives, assez atroces, non-seulement pour arracher des cris aux malades, pour les jeter dans une agitation presque convulsive, mais encore pour amener quelquefois la syncope; qu'elles seront accompagnées de nausées, de vomissements, et

(1) Trente-septième lettre de ses *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*.

qu'après avoir duré cinq ou six heures, elles seront suivies d'un ictère qui apparaîtra le lendemain, il est évident que, dans ces circonstances, nous pourrions nous prononcer presque sans crainte et poser un diagnostic qui tôt ou tard recevra son entière confirmation.

Mais il s'en faut de beaucoup que les coliques hépatiques soient toujours caractérisées par un ensemble de symptômes aussi nettement tranchés. Le plus souvent les malades ne se plaignent que de ce qu'ils appellent des *crampes d'estomac*, auxquelles ils sont sujets par intervalles, trois, quatre fois par an, plus ou moins. Ils ne se rendent compte en aucune façon de ce qui en a provoqué le retour. Ce qu'ils savent, c'est qu'elles sont accompagnées d'un sentiment d'anxiété, de malaise, quelquefois d'envies de vomir, etc.; que la crise ayant duré quatre, cinq, six heures, tout est rentré dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque ramène de nouveau leurs souffrances. Si vous leur demandez s'ils ont remarqué que ces attaques fussent suivies de jaunisse, la plupart ne savent pas vous le dire; cependant lorsque vous êtes appelés auprès d'eux, peu de temps après une crise, vous constatez que leur peau, que leurs membranes muqueuses ont une teinte jaunâtre, qui n'est nulle part plus marquée que sur les conjonctives, principalement dans le sillon oculo-palpébral.

En quelques circonstances cette teinte ictérique n'existe pas; mais en d'autres cas, elle est au contraire très-prononcée et très-générale: j'aurai à vous donner la raison des différences que ce phénomène peut présenter. Quand il existe, il ne se manifeste d'ordinaire que le lendemain de l'attaque; alors aussi les matières des garderobes, qui sont rares et plus ou moins dures, deviennent quelquefois grisâtres, cendrées, et les urines prennent la coloration particulière, acajou, qui caractérise l'ictère. Au moment même de l'attaque, les urines, extrêmement abondantes, sont au contraire d'une limpidité comparable à celle de l'eau de roche, comme le sont les urines dites *nerveuses*.

Quelque passagères que soient habituellement ces crises de coliques hépatiques, il n'est pas rare qu'elles se prolongent pendant un temps plus ou moins long, avec des alternatives d'exacerbation et de calme qui n'est jamais alors absolu. C'est ainsi que je voyais avec mon collègue de l'hôpital Sainte-Eugénie, M. le docteur Bergeron, une malade chez laquelle une attaque dura six mois; chez un autre que je voyais avec mon ami M. le docteur A. Joux (de la Ferté-Gaucher), des coliques hépatiques, accompagnées d'un ictère vert, durèrent presque sans interruption pendant près de trois mois; elles se prolongèrent pendant plus longtemps encore chez un honorable négociant de Paris que je suivis pendant plus d'un an, sans pouvoir reconnaître autre chose que les symptômes d'une hépatite caractérisée par le gonflement du foie, qui était très-douloureux à la pression, par l'ictère, par un mouvement fébrile revenant presque continuellement, par de l'inappétence, par une grande faiblesse générale.

Messieurs, je vous disais que le diagnostic des coliques hépatiques restait