

CHAPITRE V

AFFECTIONS DE L'INTESTIN

I

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

MESSIEURS,

La discussion toujours pendante sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen semble un peu assoupie, et le débat périodique qui, depuis 1884, se déroule devant la Société de chirurgie n'a pas été repris cette année. Les arguments sont épuisés de part et d'autre, et les faits, malheureusement, ne parlent pas encore assez haut pour convaincre les adversaires. Je me bornerai donc à vous exposer la position actuelle des deux camps en présence.

Vous savez les étapes parcourues : avant l'antisepsie, la question d'intervention ne pouvait se poser, pratiquement, veux-je dire, car il y a toujours des précurseurs et des apôtres pour tout prévoir et pour tout oser; mais ouvrir le ventre était, en ces temps de complications des plaies, une entreprise trop téméraire pour des chirurgiens de bon sens. Après la découverte des pansements

actuels, surtout après les merveilleux succès de la plupart des laparotomies, l'idée d'inciser les parois abdominales pour aller à la découverte des intestins perforés ou déchirés ne devait pas tarder à se produire, et nous apprimes tout à coup que l'ouverture avait été plusieurs fois tentée, en Amérique spécialement : les succès retentissants que l'on publia n'étaient certes point pour décourager. Et, de fait, bientôt la majorité de nos collègues, je parle des plus habiles et des plus savants, acceptèrent l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen comme une des conquêtes de la chirurgie contemporaine.

Voici quel était et quel est encore leur raisonnement : tout projectile ou tout instrument aigu qui pénètre dans le ventre y blesse une anse intestinale ; de nombreuses expériences faites à ce sujet nous montrent que, à peine 6 ou 7 fois sur 100, l'estomac, l'intestin grêle ou le gros intestin ont échappé à la perforation. Aussi peut-on dire, en pratique, que le diagnostic de pénétration de la paroi abdominale entraîne aussi celui de pénétration de l'intestin. Interventionnistes et abstentionnistes sont ici d'accord, et il est heureux que nous ayons ce moyen grossier de nous y reconnaître, car, au début de l'accident, les signes sont bien précaires et délicats qui nous révéleraient les lésions intestinales ; dans la grande majorité des cas, autant dire qu'ils font totalement défaut. Ce premier point est donc établi, et, de la pénétration de la paroi abdominale, on peut conclure à la perforation de l'intestin.

Mais une perforation de l'intestin doit avoir pour conséquence fatale l'issue des matières dans la séreuse, l'en-

vahissement d'une péritonite suraiguë rapidement mortelle. La clinique semblait corroborer cette affirmation ; Trélat n'affirmait-il pas, sur la foi des statistiques, que 99 p. 100 des plaies de l'intestin traitées par l'expectation étaient dévolues à la mort ? La léthalité, un peu moindre pour les lésions du gros intestin, atteignait cependant 92 à 96 p. 100. La conclusion était facile à tirer : puisque, depuis l'antisepsie, la laparotomie est un jeu d'enfant, ouvrons donc le ventre, allons à la recherche de l'anse ou des anses perforées, oblitérons leurs plaies par une suture, et peut-être sauverons-nous nos opérés. En tous cas, opine Godwin, « l'état du malade ne sera pas sensiblement aggravé par l'opération », car, dit un autre clinicien, « toute la gravité des plaies de l'abdomen vient de la lésion des viscères ; la laparotomie n'y ajoute rien par elle-même ».

Presque seul, je dois le dire, j'ai essayé de remonter ce courant. J'en ai appelé tout d'abord du sombre pronostic porté par Trélat, et montré par l'anatomie pathologique, la clinique et l'expérimentation, que les plaies de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin peuvent guérir spontanément ou sous le couvert d'un traitement médical ; j'ai prouvé que certains individus dont les viscères sont une ou plusieurs fois perforés ont guéri de ces perforations ; grâce à une mort survenue par des causes indépendantes du traumatisme abdominal, des examens nécropsiques ont, plusieurs fois, permis de constater cette cure spontanée sans contestation possible, et dans un mémoire publié en collaboration avec mon ancien interne, M. Paul Noguès,

j'ai pu relever un certain nombre de faits de ce genre.

Puis, avec les anciens expérimentateurs et les anciens observateurs, je rappelais le mécanisme de ces guérisons spontanées. Dans certains cas, lorsque les plaies sont très petites, le parallélisme de leurs lèvres au niveau des diverses tuniques intestinales ou stomacales peut se détruire, et le trajet est oblitéré malgré la solution de continuité des tissus; dans d'autres, la muqueuse s'exprime pour ainsi dire au travers des autres couches et, en se herniant sur la séreuse, ferme complètement la plaie intestinale; dans d'autres encore, l'épiploon vient entourer l'anse blessée et aveugler le trou anormal; dans d'autres enfin, une anse voisine ou un repli de mésentère, ou le péritoine pariétal — en un mot, un feuillet séreux voisin, — s'accôle à la solution de continuité, des adhérences se font, et la guérison définitive peut en être la conséquence. C'est ce dernier mécanisme que nous tenons pour le plus efficace et pour le plus fréquent.

Et ceci n'était point une vue de l'esprit : tous ces faits et tous ces modes de guérison s'appuient soit sur des expériences vieilles comme la physiologie, soit sur l'examen de pièces que les laparotomies, si fréquentes dans ces dernières années, ont permis de multiplier; le bouchon muqueux avait été nié : Berger et moi nous l'avons montré existant et suffisant, — c'est-à-dire s'opposant au passage des matières de l'intestin dans le péritoine, — sur deux anses perforées l'une par un projectile et l'autre par un couteau; l'arrêt des matières par la destruction du parallélisme des lèvres de la plaie a été aussi observé au cours des laparotomies, et pour ma part j'ai vu, dans une ouverture du ventre pratiquée

trente-six heures après une blessure de revolver, deux orifices, au moins, aveuglés déjà par l'adhérence d'une anse voisine qui avait empêché l'effusion des matières. Tous ces faits sont désormais indiscutables.

Nous montrions ensuite que quelques chiens pouvaient survivre à des plaies pénétrantes : trois sur six des animaux ainsi frappés ne moururent pas, et l'autopsie démontrait que des adhérences précoces avec des anses voisines avaient amené la guérison. M. Estor qui poursuivait des expériences analogues pour démontrer, il est vrai, la nécessité de l'intervention dans les plaies pénétrantes, voyait aussi 3 chiens sur 6 survivre malgré la perforation d'une anse grêle. Enfin, et ceci était mon principal argument, une statistique — certainement incomplète, assurément critiquable, mais faite avec toute la rigueur que comportent des cas forcément disparates, — a été dressée par M. Noguès et par nous avec une bonne foi sur laquelle nous n'avons pas besoin d'insister. Nous avons recueilli 88 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par petits projectiles et traitées par l'abstention systématique; or, celle-ci nous donne 66 guéris pour 22 morts seulement, — soit une léthalité de 25 p. 100.

Cette statistique est évidemment trop favorable; mais en voici une qu'on ne saurait récuser, car elle émane d'un chirurgien américain, Stimson, que l'on ne soupçonnera pas de zèle abstentionniste. Stimson note les cas traités dans les hôpitaux à New-York douze ans avant 1885, époque où la laparotomie systématique a supplanté l'abstention. Ces cas sont au nombre de 37, sur lesquels nous trouvons 20 morts et 17 guérisons. Si la guérison s'observe ici moins fréquemment que dans notre tableau,

nous pourrions expliquer cette différence par ce fait que l'auteur a écarté de son relevé les observations où des signes très nets, douleurs, vomissements, météorisme, choc, ne venaient pas affirmer le diagnostic de perforation. Nous n'en avons pas agi ainsi, sachant très bien que l'intestin peut être troué sans présenter de troubles fonctionnels, de symptômes locaux ou généraux appréciables, et, malgré des critiques dont nous ne méconnaissons pas la valeur, nous préférons notre statistique à la sienne.

Mais nous ne l'acceptons pas moins telle quelle, cette statistique de Stimson, et nous voyons ce qu'est devenue l'ancienne affirmation si longtemps soutenue à la Société de chirurgie, que les plaies de l'intestin ne guérissent pas, ou ne guérissent que dans la proportion de 1, 2, 3, 4 et 5 pour 100. Au contraire, elles guérissent très souvent sans intervention, et je crois les succès beaucoup plus nombreux avec l'abstention qu'avec la laparotomie. Ici est le nœud du débat et je l'étudierai, je vous l'assure, sans passion, fort ennuyé de me trouver à peu près seul de mon avis; je cherche même à me laisser convaincre par mes collègues, et je me dis, qu'après tout, il faut tenir compte de cette sorte d'unanimité qui s'est faite contre mon opinion. Et cependant les observations nouvelles ne me donnent pas tort, car, à côté de quelques succès bruyants et magnifiques, combien nombreux sont les échecs à la suite de l'intervention! Moi-même j'ai eu quatre fois recours à la laparotomie; je l'ai pratiquée aussi rapide que possible, dès que j'ai été en présence du blessé, et quatre fois la mort est survenue.

En effet, la laparotomie pour plaie pénétrante de l'ab-

domen est grave par elle-même: ce n'est plus cette simple ouverture du ventre, intervention sans péril et dont la mortalité se réduit presque à zéro. C'est une opération longue, difficile et dangereuse, celle qui consiste à explorer l'intestin pour y découvrir les blessures et pour les oblitérer si elles existent. Elle est longue, puisque les tableaux que nous avons dressés prouvent qu'elle peut durer deux à trois heures et que la moyenne est de sept quarts d'heure; or, il n'est pas indifférent de manier l'intestin pendant un tel laps de temps; il faut, pour ainsi dire, épilucher les anses centimètre par centimètre sur toutes leurs faces et sur tous leurs bords: souvent les perforations ne sont pas béantes et se cachent derrière l'estomac, les régions profondes du duodénum, sous le mésentère, au fond d'un repli, et, pendant ces recherches, l'intestin inspecté, dévidé, manipulé hors de la séreuse, est soumis à de nombreuses chances d'infection. L'inoculation septique risque fort de se faire, et les laparotomistes les plus impeccables nous parlent de péritonites survenues à la suite de ces longues interventions.

Elle est aussi fort difficile, et nous ne savons vraiment ce que veut dire Kolloch, lorsqu'il raconte que, pour oblitérer deux perforations du gros intestin et une de l'intestin grêle, il a procédé avec succès à la laparotomie « sans assistance médicale et sans aucun des accessoires regardés comme si importants dans la pratique hospitalière ». Le chirurgien qui, sur une telle assurance, ouvrirait un ventre, s'exposerait à de cruels mécomptes, et si les « accessoires regardés comme si importants » signifient les mille détails de l'antisepsie, la péritonite