

prouverait par son apparition leur absolue nécessité à qui les négligerait sur la foi de Kolloch. On aveugle une première, une deuxième, une cinquième perforation, mais il y en a souvent une huitième, une quinzième, une vingtième, une vingt-huitième comme dans un cas célèbre. Et j'affirme qu'une opération est difficile lorsque des chirurgiens habiles et soigneux comme Peyrot, Périer, Nélaton et Berger, referment le ventre en laissant une perforation inoblitérée; lorsque Jordan Lloyd méconnaît une plaie du mésentère et une contusion de la vessie; lorsque Annandale pratique une suture qui laisse filtrer les matières intestinales, lorsque Jersey voit la gangrène se produire sous la striction de ses fils, lorsque Pozzi rétrécit des deux tiers la cavité de l'intestin, remplaçant ainsi la déchirure par un obstacle qui, si l'opéré eût survécu, aurait substitué la mort par obstruction à la mort par péritonite; lorsque Briddon oblitère bien une plaie de l'estomac, mais laisse quatre ouvertures sur le seul jéjunum.

Elle est enfin fort dangereuse, ainsi qu'en témoignent les statistiques: le D^r Coley fournit les tables, aussi complètes que possible, des laparotomies qui ont été pratiquées. La première comprend les observations où l'ouverture du ventre fut faite dans les douze premières heures de l'accident; il y a 40 cas avec 22 décès et 18 guérisons, soit une mortalité de 55 p. 100; la deuxième renferme les faits où l'intervention n'a eu lieu qu'après la douzième heure; ils sont au nombre de 22, avec 17 décès et 5 guérisons, soit une mortalité de plus de 77 p. 100; enfin la troisième rassemble ceux où l'on ne signale pas le temps écoulé entre l'opération et le traumatisme;

ils se chiffrent par 12, avec 7 morts et 5 guérisons, soit une léthalité de plus de 58 p. 100. En réunissant les trois relevés, la moyenne de la mortalité est de 60 p. 100. Dans un tableau que j'ai dressé avec Noguès et qui porte sur 102 cas, nous comptons 37 guérisons et 65 décès, soit une mortalité de près de 63 p. 100. Norton note 110 cas, avec une mortalité de plus de 67 p. 100. Enfin, une dernière statistique de Coley, qui porte sur 165 cas, donne une même mortalité moyenne, c'est-à-dire 67,2 p. 100, de telle sorte que loin de s'améliorer, comme on l'affirme sans cesse, la laparotomie ne deviendrait pas plus favorable.

Je sais bien ce que l'on peut dire de ces statistiques en bloc et des cas disparates qu'elles rassemblent; il ne s'en dégage pas moins l'effroyable mortalité qui suit la laparotomie. Certes, mes adversaires ne méconnaissent pas ces statistiques, et Jalaguier qui les relève avec le plus grand soin dans son excellent article, nous oppose que « aucun des blessés laparotomisés jusqu'ici en France n'aurait guéri spontanément. Si donc ils avaient été abandonnés à eux-mêmes, et si leurs observations avaient été publiées, on serait forcé de les inscrire au tableau nécrologique des cas traités par l'abstention. » Cette objection ne me paraît pas valable: d'abord parce que nous ne savons absolument pas quels sont les cas qui guérissent spontanément et ceux que la mort doit terminer; l'extrême gravité des lésions constatées par la laparotomie n'est pas un critère suffisant, et n'a-t-on pas vu un individu survivre à une double perforation par balle de chassepot? Ensuite, ma statistique est surtout faite avec des cas français, et à une époque où la

laparotomie n'avait pas atteint le chiffre de 10. J'aurais donc pu les mettre dans mes relevés sans beaucoup en altérer la proportion favorable. Enfin, notre ami oublie ceux de Stimson, portant sur les faits qui précèdent la date fatidique de 1885, époque où l'on s'abstenait toujours. Le reproche de M. Jalaguier ne saurait donc atteindre cette statistique.

M. Chaput objecte à la doctrine générale de l'abstention, d'abord que je devrais mettre, en regard des observations de guérisons spontanées que j'ai recueillies, le chiffre complet des morts survenues après l'abstention. Mais c'est ce que j'ai essayé de faire; j'ai inscrit, sur mon tableau, tous, absolument tous les cas que j'ai trouvés dans les services, dans les mémoires spéciaux, dans les recueils; j'ai mis les morts d'un côté, les guéris de l'autre. Que pouvais-je faire de plus? M. Chaput dit que les chiffres de Stimson ne prouvent pas en faveur de l'expectation, puisque avec l'abstention et l'intervention, la mortalité est à peu près la même des deux côtés; je ferai d'abord remarquer que 10 à 15 p. 100 en faveur de l'abstention ne me paraît pas à dédaigner, et qu'aucune statistique sérieuse où il est parlé de laparotomie, n'a donné 44 p. 100 de succès. Et je me permettrai de rappeler, en outre, que Stimson a supprimé de sa statistique nombre de cas où l'intestin était peut-être — je dirai sans doute — troué, mais qu'il a écartés parce qu'aucun signe très net ne venait prouver la perforation. Or, je vous répète que la clinique démontre que l'intestin peut être ouvert sans provoquer de symptômes locaux ou généraux appréciables.

M. Chaput nous objecte enfin que « toutes les fois que

la laparotomie échoue, c'est qu'elle a été faite trop tard ou qu'on a commis des fautes opératoires : oubli d'une perforation, mauvaise suture, ou suture occasionnant un rétrécissement marqué. Inversement, quand la laparotomie sera faite de bonne heure, — dans les quatre heures — et avec une bonne technique, elle donnera des guérisons constantes, s'il n'y a pas de lésions trop considérables. » Que répondre à M. Chaput? Dans l'immense majorité des cas, il le sait aussi bien que nous, la laparotomie ne pourra être pratiquée dans les quatre premières heures après l'accident. Nos mœurs ne sont pas faites à cet appel immédiat du chirurgien; le blessé est apporté dans une pharmacie ou chez lui; on cherche un médecin qui doit faire appeler lui-même un opérateur et la dixième, la quinzième heure est passée avant qu'une intervention puisse être tentée. Qu'on relise les observations, et l'on verra que telle est l'histoire des neuf dixièmes de nos blessés. Opérer dans les quatre premières heures, c'est, du premier coup, demander l'impossible, et ruiner la laparotomie dans près des trois quarts des cas.

Et puis interviendrez-vous dans tous les milieux, et l'ouverture du ventre, cette laparotomie particulièrement délicate, dirai-je, avec les minuties et les précautions infinies que nécessite l'exploration de l'intestin, avez-vous la prétention de la pratiquer ailleurs qu'à l'hôpital ou dans certaines maisons de santé? Non, si vous ne voulez pas courir au-devant d'une catastrophe certaine, et voilà déjà que la chirurgie d'armée ne peut bénéficier de votre laparotomie précoce. Rappelez-vous ce qu'en disait Delorme au Congrès des chirurgiens

français, et ce qu'il répète dans son remarquable et sage traité. Dans les petites villes et dans les campagnes, l'intervention sera totalement impossible, et en définitive, sur tout le territoire, vous en arriverez à limiter cette intervention aux grands hôpitaux de nos grandes villes. Et, pour nous assurer le succès, sans parler des « lésions trop considérables », qui prémunira contre les fautes opératoires, si fréquentes dans les mains les plus habiles et les plus soigneuses? N'avons-nous pas montré les meilleurs chirurgiens de France et de l'étranger méconnaissant plusieurs perforations, rétrécissant outre mesure le calibre de l'intestin, ou faisant des sutures mauvaises?

Il est donc possible que, dans les conditions que réclame M. Chaput « les guérisons soient constantes »; mais, ces conditions, et j'ai surtout ici en vue les quatre premières heures de l'accident, sont le plus souvent irréalisables. Et la question se trouve posée dans les termes suivants: Lorsque le malade nous est amené, on a passé l'heure psychologique, l'opération se présente dans les conditions déplorables qui font nos statistiques actuelles, et l'argumentation de M. Chaput tombe d'elle-même. Le problème n'a pas avancé d'un pas, et nous en revenons à notre point de départ et à notre discussion dont le dernier terme est que, à cette heure et dans les conditions spéciales de date ancienne de l'accident et d'installation opératoire insuffisante, l'abstention systématique me paraît encore donner plus de succès que nos interventions fatalement précaires.

Mais supposons que nous arrivons à la première heure, dans un milieu où l'intervention est propice:

quelle sera notre règle? Faut-il ou ne faut-il pas intervenir? Ainsi posée, la question est infiniment délicate: il est certain que les intestins, en pleine digestion, sont remplis de matières; si les orifices sont nombreux et béants et si l'inoculation de la séreuse doit se faire, la laparotomie primitive avant le développement de la péritonite et le météorisme du ventre, sera beaucoup plus facile et pourra donner des succès qu'il ne faudrait point espérer plus tard, lorsque les phénomènes généraux auront éclaté et lorsque les anses distendues seront devenues un obstacle presque insurmontable aux manœuvres du chirurgien. Mais, en général, rien ne décèle au premier moment la gravité des lésions; on sait tout au plus que le blessé est ou n'est pas à jeun; rien n'indique si les perforations sont multiples, si elles sont ou non oblitérées par le bouton muqueux, par l'adhérence précoce de l'épiploon ou d'une anse intestinale voisine.

Que faire? Faut-il attendre la réaction péritonéale qui indiquera l'inoculation de la séreuse? Mais alors ne sera-t-il pas trop tard? Les interventionnistes répondent: « Laparotomisez, laparotomisez toujours; s'il n'y a pas de perforation intestinale, l'opération est innocente, et, dans l'immense majorité des cas, on referme le ventre sans encombre et sans grand danger dans des milieux et avec un chirurgien aseptiques. Si, au contraire, les perforations existent, vous les oblitérez et vous avez quelques chances de sauver un blessé, qui, sans votre intervention, serait mort. » Voilà le raisonnement; moi, je ne l'accepte pas dans son intégralité; je crois qu'il y a des cas où les perforations sont mieux, et à moins de frais, fermées par la nature que par le chi-

urgien; je crois, comme la chose m'est arrivée une fois, qu'on peut détruire des adhérences qui eussent été suffisantes, tandis que pour aveugler des orifices anormaux il vous faut, à vous chirurgiens, toute une opération longue et qui peut tuer votre malade. Ne nous racontait-on pas qu'un de nos collègues les plus habiles ouvrait récemment un ventre pour des perforations par balle de revolver; il trouve et ferme un orifice, puis deux, puis trois, puis quatre; mais l'état général devenait si inquiétant que, pour ne pas voir le blessé lui rester dans les mains, il ferme le ventre malgré les trous qui restaient encore à oblitérer.

Allez-vous conclure de cette longue plaidoirie que je suis un abstentionniste quand même? Non, et j'ai essayé de formuler les conditions cliniques qui me paraissent commander l'intervention, cette intervention à résultat si aléatoire, mais qui, enfin, me paraît alors moins précaire que l'abstention: je conseille la laparotomie quand des signes que je n'ai pas à exposer ici me font croire à l'existence d'une *hémorragie*; un vaisseau est ouvert, il faut le fermer; c'est une règle de chirurgie générale. Je la conseille encore lorsque l'*issue immédiate de gaz* et de *matières intestinales* par la plaie révèle une plaie large qui va inoculer le péritoine; j'interviendrai aussi lorsqu'un *tympanisme localisé*, qu'on reconnaît le plus souvent à la sonorité particulière de la région hépatique, prouve l'existence d'une perforation qui, capable de laisser fuser les gaz, pourrait aussi livrer passage aux matières solides ou liquides. J'ai laparotomisé récemment un blessé sur ce seul signe, et j'ai trouvé une rup-

ture totale de l'intestin grêle; j'interviendrai encore lorsque la *réaction péritonéale* commence, qui prouve l'infection de la séreuse. Mais c'est alors bien tard et j'avoue ne pas trop insister, car si les interventionnistes fournissent des observations mémorables où la laparotomie a paru sauver le blessé, les abstentionnistes montrent aussi la péritonite tournant court, et le malade survivant sans opération.

Mais, d'après ces règles, l'intervention est si souvent légitimée qu'il serait sans doute plus simple de dire quand — moi qu'on range parmi les abstentionnistes les plus fervents, — je déconseille l'ouverture du ventre. Eh! mon Dieu! j'en arrive à déclarer que, malgré mon long plaidoyer, mes conclusions sont, en pratique, à peu près identiques à celles des interventionnistes, et je souscris à ce que déclare Jalaguier, l'un d'eux: lui aussi s'abstient comme moi, « lorsqu'il voit un blessé à jeun et qui vient d'être frappé soit par un projectile de petit calibre, soit par un instrument piquant, fin et acéré, et si, après un examen attentif, il ne constate aucun symptôme local ou général ». Peut-être ma formule serait-elle à la fois plus courte et plus large et je dirais volontiers: « Je m'abstiens lorsque, dans une plaie pénétrante de l'abdomen, aucun symptôme général, aucun signe local ne vient me forcer la main. »

Vous voyez les concessions immenses que j'ai toujours faites et que je fais de plus en plus à l'intervention, et j'espère ne pas m'arrêter là: déjà nos installations hospitalières sont telles que, le plus souvent, nous pouvons opérer sans craindre d'être nuisible au blessé par quelque inoculation septique venue de nous ou de nos

instruments ; mais ce n'est pas assez, et nous espérons que la technique des sutures intestinales qui a fait déjà tant de progrès, et un outillage plus parfait encore nous permettront d'oblitérer plus vite et mieux les orifices anormaux. Alors, pour atteindre l'idéal que nous promet M. Chaput, la guérison presque constante, il ne restera plus qu'à être appelé dans les quatre premières heures auprès de nos blessés transportés dans des milieux propices. En attendant que ce jour arrive, l'abstention me paraît quelquefois préférable à l'intervention à outrance préconisée par la plupart de nos collègues.

II

Sur deux observations d'obstruction intestinale.

MESSIEURS,

J'ai opéré, en moins d'un mois, deux femmes atteintes d'étranglement interne. A l'une j'ai pratiqué un anus artificiel ; pour l'autre, j'ai eu recours à la laparotomie. Je voudrais, à propos de ces deux cas, vous entretenir d'une question, la plus ardue peut-être de la thérapeutique chirurgicale, et vous montrer pourquoi nous errons, presque toujours sans boussole : faut-il s'abstenir ou faut-il intervenir, et si l'on se décide à intervenir, faut-il ouvrir largement le ventre ou simplement l'intestin après une simple boutonnière à la paroi abdominale ? Le problème, nettement posé depuis le triomphe de l'antisepsie, ne paraît pas avoir reçu encore de solution définitive ; nous verrons que les indications, d'apparence précise, fournies par le raisonnement et la logique pure, ont été si souvent et si brutalement démenties par la clinique que, en présence de chaque cas nouveau, les hésitations nous reprennent, et ce n'est jamais délibérément et sans arrière-pensée que nous adoptons un parti.

Voici d'abord mes observations : le 22 février, on apporte dans nos salles, au moment de la visite, une con-