

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-

cierge de 30 ans, dont nous pouvons résumer rapidement l'histoire : peu d'antécédents morbides ; nous ne notons qu'une anémie profonde à dix-huit ans, une constipation rebelle qui dura un an et demi, et des ménorrhagies abondantes. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, un samedi, elle est prise, vers dix heures du soir, d'une douleur vive dans le ventre ; elle se couche, mais les souffrances augmentent et durent toute la nuit avec une intensité croissante ; le dimanche matin, le médecin prescrit un purgatif vomi presque aussitôt ; la glace et le champagne ne calment pas les nausées, et la crise persiste aussi grave pendant la nuit du dimanche au lundi ; le lundi matin on ordonne 30 grammes d'huile de ricin, que l'estomac rejette au bout d'une heure. La journée, puis la nuit du lundi au mardi ne sont pas meilleures ; les douleurs, continues, s'exaspèrent au moindre mouvement, et les vomissements, alimentaires le samedi, bilieux le dimanche et le lundi, sont devenus fécaloïdes le mardi. Un lavement avec un siphon d'eau de Seltz reste sans effet, de telle sorte que depuis le samedi soir, début des accidents, il n'est sorti par l'anus ni matières fécales, ni gaz ; aussi, le mercredi matin le médecin, effrayé de cette obstruction persistante, fait porter la malade dans notre service et nous constatons l'état suivant :

La face est déjà grippée, les yeux sont caves, le nez est effilé, la voix grêle et cassée, le pouls petit et rapide ; la peau est froide et moite ; la soif est ardente, et chaque effort pour boire s'accompagne de nausée et de vomissement. Le ventre est modérément ballonné, peut-être un peu plus à droite qu'à gauche ; le son tympanique révélé par la percussion est général, et à aucun point on

ne trouve de matité ; une douleur sourde existe dans toute la région abdominale ; la pression l'exaspère, surtout dans le flanc gauche où une palpation, même légère, provoque une souffrance aiguë. Le toucher rectal ne nous révèle aucun obstacle dans ce segment de l'intestin ; le toucher vaginal est négatif aussi ; tous les orifices herniaires accessibles paraissent libres ; nous concluons à l'existence d'un étranglement interne dont il nous est impossible, d'ailleurs, de préciser la nature : torsion, invagination, brides, compression par une tumeur, cancer, toutes les hypothèses sont valables. Or, comme, d'une part, il n'y a pas de temps à perdre en nouveaux essais médicaux, puisque nous sommes en plein quatrième jour des accidents ; comme, d'autre part, bien qu'affaiblie, la malade présente encore une certaine résistance vitale ; comme, enfin, nous sommes à l'hôpital, dans notre salle d'opérations, milieu aseptique et bien outillé, nous nous décidons à ouvrir le ventre pour essayer de lever l'obstacle au libre cours des matières.

La laparotomie est pratiquée avec l'aide de notre collègue Chaput, présent à ma visite : une incision de 12 centimètres est faite sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis ; le péritoine est ouvert, et j'arrive sur l'épiploon tendu comme un tablier en avant des intestins, et très adhérent en bas, vers la vessie, au péritoine pariétal, de telle sorte que cet obstacle empêche d'explorer la cavité du ventre ; cependant, la main introduite entre lui et la séreuse, contourne l'épiploon à gauche, se met au contact des intestins et plonge d'abord vers les organes génitaux ; le pelvis est trouvé rempli par une tumeur arrondie, globuleuse, fluctuante et si régulière, qu'on se demande

s'il ne s'agirait pas de la vessie distendue ; mais une sonde introduite par l'urèthre ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine ; il s'agit d'une tumeur dépendant des annexes : salpingite volumineuse ou petit kyste de l'ovaire. Mais nous ne poussons pas plus loin l'analyse, car, malgré quelques adhérences filamenteuses qui partent des intestins et du mésentère pour s'insérer sur cette tumeur, il nous paraît évident que là n'est pas le siège de l'obstruction.

Nous avons porté d'abord la main dans le flanc gauche, car c'est là que la malade accusait le maximum de douleur ; mais les intestins distendus, examinés rapidement, ne nous y avaient révélé rien d'anormal ; nous nous dirigeons alors vers la fosse iliaque droite, où les anses nous paraissent très dilatées, et tout à coup nous sommes arrêté par une bride des plus nettes, que nous soulevons avec le doigt et que nous ne lâchons plus. Mais notre incision abdominale est trop étroite pour vérifier la nature de cet obstacle et pour le lever avec sécurité ; aussi pratiquons-nous une section nouvelle, perpendiculaire à la première, et qui se dirige vers le flanc droit. A ce moment, nous éprouvons les plus grandes difficultés pour empêcher les anses intestinales rouges, congestionnées, distendues, de s'échapper de l'abdomen ; des compresses aseptiques cependant, et des éponges maintenues par des aides y suffisent, et nous pouvons enfin découvrir notre doigt recourbé en crochet, et soulevant la bride qu'il est difficile de faire émerger au milieu des anses intestinales, dont les unes sont vineuses et comme insufflées par les gaz, et les autres sont vides, aplaties et décolorées.

Cette bride a la forme d'une pyramide dont la base part du mésentère, tandis que le sommet, effilé, mais terminé par un petit noyau du volume d'un grain de mil, blanchâtre, résistant, fibreux, s'insère sur la face convexe d'une anse intestinale grêle. Il ne s'agit donc pas d'un lien annulaire, et la lumière de l'intestin se trouve oblitérée par la coudure brusque que lui imprime l'adhérence de cette bride fibreuse, dont la longueur ne dépasse pas 3 centimètres. Sa résistance est telle, que malgré des efforts sérieux, trop brutaux peut-être, malgré un gratage avec l'ongle, nous n'avons pu ni la détacher ni la déchirer ; elle reste fixée aussi bien à l'intestin qu'au mésentère, et c'est avec des ciseaux que nous la coupons à son point le plus rétréci, au niveau de son petit noyau fibreux. Pas une goutte de sang ne s'écoule. Immédiatement l'intestin retenu s'échappe, la coudure s'efface, les gaz gagnent le bout inférieur, flasque, et qui se gonfle incontinent. L'opération était terminée ; sa durée totale avait été de cinquante minutes.

Nous n'avions pas touché, il est vrai, à la tumeur pelvienne ; nous ne voulions pas compliquer, par un choc nouveau, une opération de cette importance, et nous laissons, sans même en préciser le diagnostic, la masse contenue dans le petit bassin. Nous étanchons, avec des éponges montées, le liquide séreux qui s'était accumulé déjà dans le péritoine, et le ventre est refermé. Les suites opératoires furent des plus rassurantes : dès le soir, des gaz sortaient spontanément par l'anus ; dès le lendemain, la malade buvait quelques gorgées de lait sans les vomir et, dans la nuit, une véritable débâcle remplissait, presque coup sur coup, trois vases de matières fécales. La

température qui, après notre intervention, était montée à 38 degrés, redevient normale; l'alimentation se fait régulièrement; au septième jour, les fils de suture sont enlevés; la réunion est parfaite; au quinzième jour, notre opérée commence à marcher, et au vingt-cinquième elle quitte l'hôpital, absolument guérie. Elle doit revenir pour sa tumeur pelvienne.

Ce cas est un des plus beaux que l'on puisse mettre à l'actif de l'intervention chirurgicale; par malheur, notre seconde observation ne lui ressemble guère. Je suis appelé auprès d'une couturière de 30 ans qui, le 13 janvier, dans la nuit, avait été prise de douleurs violentes du ventre et de vomissements alimentaires d'abord, ensuite bilieux, que rien ne pouvait arrêter; la veille elle était allée à la garde-robe, mais, depuis le début des accidents, ni matière, ni gaz ne sortaient plus par l'anus; on avait prescrit des injections de morphine qui furent sans effet; l'état reste sans modification le 14 janvier; le 15, une seconde purgation est vomie de nouveau; le 16, le médecin persiste, mais avec un insuccès toujours croissant, à ordonner l'huile de ricin et même l'eau-de-vie allemande; le 17, les vomissements deviennent fécaloïdes; le 18, l'état semble plus grave encore et je suis appelé; les douleurs, les vomissements fécaloïdes, l'absence absolue d'émission de gaz par l'anus, le météorisme ne laissent aucun doute sur l'existence d'une obstruction intestinale, dont je ne puis cependant préciser la nature.

J'aurais voulu pratiquer la laparotomie; mais il eût été plus que téméraire d'y recourir dans un semblable milieu où l'asepsie et l'antisepsie étaient également impossibles. J'insiste pour qu'on transporte la malade à l'hôpital; elle

s'y refuse, et je pars après avoir ordonné des lavements avec la sonde œsophagienne portée le plus haut possible dans l'intestin, et avec le siphon d'eau de Seltz. Cette médication est renouvelée le lendemain sans résultat, et comme la situation est loin de s'améliorer, je suis appelé de nouveau le 20 janvier, sept jours après le début des accidents. Il fallait opérer sans tarder et je n'avais plus le choix pour le mode d'intervention; le transport à l'hôpital fut aussi systématiquement refusé que la première fois et l'état général se montrait des moins brillants; le pouls était petit et rapide, la face grippée, la voie cassée, la peau froide. Je pratiquai séance tenante, et sous l'anesthésie cocaïnique, l'entérotomie de Nélaton qui fut terminée en quelques minutes. Grâce à l'issue abondante de matières fécales liquides, la malade fut très soulagée; les vomissements cessèrent; on put tenter avec quelque succès l'alimentation; mais les forces ne revinrent pas; le nouvel anus était sans doute trop haut placé pour permettre l'absorption; la faiblesse persista, et notre opérée succomba sans secousse et sans souffrance au seizième jour de sa maladie, au neuvième de notre intervention.

Que voyons-nous d'abord dans ces deux cas? C'est que, si le diagnostic d'étranglement interne ou d'obstruction intestinale s'établit d'ordinaire avec la plus grande facilité, on ne peut, la plupart du temps, déterminer la nature de l'obstacle: s'agit-il d'une invagination, d'un volvulus, d'une coudure, ou bien d'une bride, d'un diverticule, d'un anneau accidentel, d'une hernie interne, d'une compression par tumeur ou par adhérences sur une surface étendue, ou bien encore d'un corps étranger, d'un