

calcul, d'un polype, d'une masse fécale durcie, d'un rétrécissement fibreux ou cancéreux, ou bien enfin d'une paralysie intestinale et du pseudo-étranglement qu'elle provoque? Certes on a multiplié les recherches sur ce point, et on a trouvé des signes de toute sorte pour établir ce diagnostic étiologique, mais ces signes sont si précaires, leur caractère est si douteux, leur analyse si délicate, que vous atteignez très rarement la probabilité, exceptionnellement la certitude. Aussi un de nos cliniciens, le plus sagace peut-être et le plus avisé, nous disait-il souvent: « Diagnostiquez donc toujours obstruction par cancer! vous aurez au moins, vu la fréquence de cette cause, 70 chances sur 100 de tomber juste! »

Or, la précision du diagnostic aurait la plus grande importance pour le traitement: en effet, les pseudo-étranglements, les paralysies intestinales, certaines torsions, les invaginations récentes, les engouements stercoraux peuvent guérir sans intervention chirurgicale, par les irrigations anales et les lavements électriques; les brides et les diverticules, les corps étrangers, les hernies internes, les anneaux accidentels, les vieilles invaginations nécessitent la laparotomie, tandis que la plupart des cancers seront plutôt justiciables de l'anus de Nélaton. Que faire si l'on ignore la nature de l'obstacle? Un point, du moins, est établi: notre ignorance de la cause étant admise, on tentera toujours le traitement médical qui peut guérir le malade sans lui faire courir les risques d'une intervention chirurgicale. D'après les statistiques, 25 à 50 p. 100 et même plus se rétablissent, des individus traités par l'opium, les injections rectales d'eau simple ou d'eau gazeuse amenées très haut dans

l'intestin par une sonde flexible. Mais n'oubliez pas que cette médication a un côté négatif des plus importants: la proscription absolue des purgations si populaires encore auprès de tant de nos confrères. Dans les deux cas que nous avons rapportés, n'avons-nous pas vu les malades purgées coup sur coup, et pendant quatre jours consécutifs?

Nous devons au traitement médical, absence de purgations, opium, lavements gazeux portés haut, un assez grand nombre de succès. Dans la clientèle de notre maître Féréol, nous avons vu des étranglements internes céder une fois au quatrième jour, et deux fois au sixième. Nous soignons, avec le docteur Ettinger, un libraire qui, en quatre ans, a eu trois crises d'obstruction intestinale; or, malgré de vives appréhensions, elles ont toujours été conjurées par ces larges irrigations rectales, auxquelles, une fois, nous avons dû ajouter le lavement électrique, méthode excellente et dont Boudet de Paris a bien réglé la technique. Sauf les cas exceptionnels d'indication immédiate d'intervention, tout étranglement interne, au début, sera traité par le lavement électrique: en 1884, Boudet de Paris n'a-t-il pas eu 59 succès sur 76 cas, et, plus récemment, son élève Larat 10 sur 19? Aucun autre traitement ne peut se targuer d'aussi beaux résultats.

Le traitement opiacé, le lavement électrique ont échoué, que faire? La laparotomie, répond-on; et les arguments abondent pour défendre cette méthode. D'abord, puisqu'on ignore la cause de l'obstruction, qu'on ouvre donc le ventre! On trouvera l'obstacle, et l'on saura

d'une façon précise quelle conduite tenir : on sectionne la bride, comme dans notre cas, on désenclave l'intestin dans les invaginations, on le détord dans le volvulus, on coupe le diverticule, on débride les anneaux accidentels, on réduit les hernies internes, on extrait les corps étrangers ou les polypes, on fait progresser les matières fécales durcies, on résèque les rétrécissements cicatriciels ou les cancers s'ils sont petits ; s'ils sont trop volumineux pour être extirpés, on en est quitte pour refermer le ventre après avoir saisi l'anse intestinale où l'on ouvrira un anus artificiel en bon lieu. Il n'est guère de raisonnement plus logique et plus séduisant : aussi fit-il fortune dès qu'il fut formulé, et, pour ma part, en 1881, dans une clinique sur l'étranglement interne, je disais : « Dès que le diagnostic d'obstruction est établi, ouvrez la cavité abdominale, cherchez l'obstacle et levez-le. »

C'est bien simple, mais que de mécomptes a donnés la pratique ! Et, en premier lieu, les faits prouvent qu'il faut renoncer à l'espoir de toujours reconnaître l'obstacle : Curtis a relevé 328 cas de laparotomies pour étranglement interne, où, 28 fois, l'origine ne fut pas découverte ; Lawson Tait, dont on proclame partout l'audace et l'habileté, n'aurait pu, cinq fois sur six laparotomies, trouver la cause de l'obstruction. Et puis la trouver n'est pas tout, il faut pouvoir la lever ; or, des statistiques de Curtis, il ressort que, 75 fois, on dut y renoncer. Ajoutons que proclamer la nécessité de la laparotomie c'est bien, mais on ne peut la pratiquer partout ; si le malade est transporté à l'hôpital ou dans certaines maisons de santé, on aura la sécurité suffisante et l'outillage nécessaire pour cette opération, une des plus

déliçates de la chirurgie ; ailleurs, c'est souvent impossible, car il n'y a pas seulement à protéger contre toute inoculation un intestin distendu et prêt à faire irruption hors du péritoine, il faut être en mesure de pratiquer les interventions les plus difficiles, l'entérectomie, par exemple, et la suture intestinale. C'est la déféctuosité du milieu qui nous fit repousser la laparotomie chez la malade de notre seconde observation.

Enfin, une intervention aussi délicate et aussi longue sur les intestins ne peut être tentée que chez un individu encore résistant, car le collapsus guette nos opérés ; trop souvent les médecins ne nous appellent que lorsque, après quatre ou cinq, six ou sept jours de purgations infructueuses, de massage abdominal, le malade, empoisonné et affaibli, est incapable de supporter le moindre choc. Les relevés démontrent que les tentatives hâtives donnent de moins mauvais résultats. Il faudrait donc intervenir au plus tôt, — mais qui oserait ne pas essayer du traitement médical, eu égard aux 30, 40 ou 50 p. 100 de succès qu'il donne, et qui négligerait de gâter de cœur cette chance de salut, même au risque d'aggraver la future laparotomie si elle devient nécessaire ? Qui sera assez téméraire pour ouvrir de prime abord le ventre, lorsqu'on songe aux résultats plus que médiocres obtenus par les opérateurs les plus habiles ?

De nombreuses statistiques ont été publiées par Bulteau, Trèves, Peyrot, dont on se rappelle la remarquable thèse d'agrégation, par Ashurst. Les relevés de ce dernier portent sur 356 laparotomies, avec une mortalité

de 69 p. 100; ceux de Curtis, que nous avons signalés à plusieurs reprises, donnent des résultats identiques. C'est un peu moins de 69 p. 100 au lieu d'être un peu plus, et la différence n'est que de quelques fractions. Et si nous échappons à ces statistiques faites de pièces et de morceaux, si nous nous en tenons à la pratique d'un seul chirurgien, celle d'Obalinski, que cite Jalaguier dans son excellent article de notre *Traité*, nous voyons que sur 38 laparotomies, cet opérateur a eu 15 guérisons et 23 morts, soit une léthalité de plus de 60 p. 100. Heureusement, depuis l'antisepsie, peu d'interventions chirurgicales accusent d'aussi déplorables résultats. Et nous en arrivons à conclure que la laparotomie, qui devait avoir comme double avantage de préciser la nature de l'obstacle et de lever cet obstacle, ou bien laisse le diagnostic en suspens, ou ne peut supprimer l'obstruction, ou ne le fait qu'au prix d'une mortalité véritablement effrayante.

La laparotomie n'a donc pas tenu ses magnifiques promesses. Faut-il, alors, nous rejeter sur l'entérotomie de Nélaton et ouvrir, au-dessus de l'obstacle, une voie dérivée pour les matières fécales? En certains cas, c'est bien l'opération de choix, et dans les pseudo-étranglements que les irrigations intestinales et les lavements électriques ne guérissent pas, l'anus artificiel est le seul traitement. J'ai déjà publié l'observation d'un vieillard opéré le 1^{er} mai 1884, pour une obstruction que je croyais due à un cancer situé à l'union de l'S iliaque et du rectum; je pratiquai la colotomie inguinale; la longue survie de mon malade prouve le mal fondé de mon

diagnostic; il s'agissait d'une simple paralysie car, aujourd'hui, c'est-à-dire huit ans après mon intervention, mon individu vit encore, et, bien qu'octogénaire, son existence ne semble pas menacée. Dans les cancers et les invagination inopérables, dans tous les cas où la chirurgie est impuissante à lever l'obstacle, la création d'un anus artificiel est aussi l'opération de choix. Elle l'est lorsque l'obstrué est empoisonné, affaibli par une trop longue attente ou une thérapeutique malencontreuse, lorsqu'il est désormais incapable de supporter le choc qu'entraînerait l'ouverture du ventre; elle l'est encore, lorsqu'on se trouve dans un milieu tel et avec un tel outillage, qu'une intervention aussi délicate que la laparotomie est impraticable.

Elle l'est enfin lorsque le météorisme abdominal est excessif. Au dernier congrès de chirurgie, notre ami Gabriel Maunoury, de Chartres, a beaucoup insisté sur cette indication de l'anus artificiel. Dans ces cas, en effet, la mortalité par la laparotomie est excessive; l'opération est des plus laborieuses; les anses paralysées se distendent; elles échappent par l'incision de la paroi, et on ne peut les rentrer dans le ventre qu'au prix d'une véritable lutte où les intestins refoulés en un point s'échappent en un autre; il en résulte un véritable pétrissage qui paralyse les tuniques musculaires, exagère le choc, et l'opéré ne tarde pas à mourir dans le collapsus; il est des cas où l'intervention n'a pu être terminée; le malade s'éteint avant la dernière suture.

Si quelques-unes de ces indications de l'entérotomie, et en particulier celles qui ont trait à la faiblesse du malade, à un météorisme exagéré, ou bien à l'insuffisance

de l'outillage et du milieu, sont faciles à établir, les autres, celles que l'on tire de la nature de l'obstacle, sont, nous l'avons vu, le plus souvent ignorées et la question se trouve posée en ces termes : nous avons une opération, la laparotomie, qui donne fréquemment le diagnostic de l'obstruction et qui parfois lève l'obstacle : elle peut amener alors des guérisons aussi brillantes et aussi radicales que celle dont je vous ai raconté l'histoire au début de cette conférence, mais elle achète ces incontestables avantages au prix d'une effroyable mortalité ; nous avons une autre intervention, l'entérotomie, qui laisse souvent dans l'incertitude sur la cause du mal, qui n'y remédie que rarement, et qui, lorsqu'elle y parvient, ne le fait qu'au prix d'une pénible infirmité, mais qui, du moins, a pour elle de ne point être dangereuse et de pouvoir se pratiquer en tous lieux ; avec l'anesthésie à la cocaïne quelques minutes y suffisent, et l'opération est si simple qu'elle ne saurait aggraver en rien l'état précaire du malade.

Eh bien ! cette simple considération, l'innocuité de l'entérotomie, a rallié à cette méthode un grand nombre de chirurgiens qui font de l'anus de Nélaton l'opération de choix. Et nous ne parlons pas ici de ceux de nos compatriotes qu'on gratifie si volontiers du qualificatif de « timides », de « craintifs » ou de « réactionnaires ». Au seizième congrès de chirurgie d'outre-Rhin, Schede, Mikulicz, Madelung, Schonborn proclament qu'ils ont recours à l'entérotomie dans les cas douteux. Czerny réserve la laparotomie pour « des faits rares d'étranglement interne, dans lesquels les forces du patient sont conservées, le ventre souple, et où la palpation dans la

narcose permet de sentir, avec quelque certitude, l'emplacement de l'obstacle ». Kronlein considère l'ouverture du ventre comme le traitement d'exception. Von Wahl, qui ne craint pas cependant d'inciser la ligne blanche, du pubis à l'appendice xyphoïde, rejette la laparotomie lorsque le siège et la nature de l'obstacle sont indéterminés, et c'est pour lui « une aveugle vivisection ». Nous tenions à bien marquer ce mouvement de réaction des Allemands en faveur de l'opération française, imaginée par le vieux Maunoury, de Chartres, pratiquée pour la première fois, nous dit Jalaguier, par Gustave Monod, et magistralement réglée par Nélaton.

Que dirai-je, après cela ! Ce que je disais en commençant : que la question est obscure et terriblement inquiétante ; qu'on hésite toujours devant le problème à résoudre, et qu'une fois la décision prise, on est néanmoins tourmenté par la terrible responsabilité qu'on encourt. Les cas sont fort rares où le diagnostic est établi ; certes, il faut, par une analyse minutieuse des symptômes, tâcher de multiplier ces faits ; alors, le choix sera facile, et de la nature de l'obstacle découlera l'indication du traitement ; mais que faire dans les cas douteux, dans ces cas qui, en définitive, forment la grande majorité de ceux que les médecins nous soumettent ?... Pour ma part, j'essaierai tout d'abord des moyens médicaux, des lavements électriques ; s'ils échouent et si le malade est encore résistant, si le tympanisme est modéré, si, d'ailleurs, je suis bien outillé, dans un hôpital où l'asepsie est possible, j'aurai recours à la laparotomie ; mais, s'il

s'agit d'un malade météorisé, refroidi, incapable de supporter une longue intervention, et s'il se trouve dans un milieu où l'inoculation du péritoine soit à redouter, l'entérotomie me semble indiquée : si elle laisse peut-être mourir plus de malades, sûrement elle en tue beaucoup moins.

III

Typhlite et appendicite tuberculeuses.

MESSIEURS,

Les observations de tuberculose du cæcum s'accroissent et, depuis quelques années, les faits de Bouilly, de Terrier, de Hartmann, de Reynier, de Broca et les nôtres ; ceux de Roux, de Salzer, de Billroth, d'Hoehenegg ; les recherches anatomiques de Duguet, de Spillmann, de Hérard, Cornil et Hanot ; les récentes descriptions de Pilliet et de Le Bayon, ont jeté quelque clarté sur cette affection naguère méconnue. A cette heure, les cas en sont assez nombreux, leur relation est assez précise pour qu'on puisse présenter un tableau d'ensemble de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuses. Je vais l'essayer devant vous à propos de deux observations personnelles où l'examen clinique, longtemps continué, a pu être contrôlé par l'étude des pièces anatomiques.

La première a trait à une femme, jeune encore, qui me fut envoyée à Broussais pour une énorme tuméfaction de la fosse iliaque droite ; la malade ne savait dire à quel moment la grosseur s'était développée ; un soir, elle avait éprouvé des douleurs vives dans la région, puis, beaucoup plus tard, étaient survenus des phénomènes