





J.-F. MALGAIGNE

MÉDECINE
OPÉRATOIRE

2



RD32

M3

1889

t. 2

MANUEL
DE
MÉDECINE OPÉRATOIRE

MANUEL
DE
MÉDECINE OPÉRATOIRE

DE

J.-F. MALGAIGNE

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine, etc.

NEUVIÈME ÉDITION

PAR

LÉON LE FORT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine

617.9
M249
1889

Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.

SECONDE PARTIE

OPÉRATIONS SPÉCIALES

AVEC 434 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1889

Tous droits réservés

RD3a
M39
1889
t. 2

PRÉFACE

Vérité dans la science, moralité dans l'art.
(Société de chirurgie de Paris).

Il n'est pas dans les usages de mettre une préface en tête d'un second volume. Si je contreviens aux habitudes reçues, c'est que j'y suis amené par la nécessité de ne pas répéter, à propos des nombreuses opérations dont ce volume renferme la description et l'appréciation, les considérations générales sur lesquelles je m'appuie pour repousser l'usage de quelques-unes d'entre elles et pour critiquer, quelquefois sévèrement, l'abus qu'on me paraît faire d'un certain nombre.

Dans la très longue introduction placée en tête de cet ouvrage, je me suis expliqué sur les causes qui ont amené une diminution considérable de la mortalité hospitalière et, comme conséquence, après les opérations faites, dans la clientèle civile, par des chirurgiens qui transmettaient à leurs opérés de la ville les germes contagés, les germes infectieux puisés par eux à l'hôpital. La libre dissémination de ces germes créait ce que, depuis Hippocrate, on regardait comme des épidémies; j'ai montré, le premier dès 1865, que ces soi-disant épidémies n'existaient pas et n'étaient que de la contagion.

Pendant cette même période, c'est-à-dire depuis la publication de ma huitième édition, une autre révolution s'est faite dans la pratique des opérations. Leur cadre s'est étendu, de nombreuses

opérations nouvelles, comprises pour la plupart dans ce que l'on appelle la chirurgie abdominale, ont été imaginées; d'autres, qui jusque-là n'avaient été pratiquées qu'à titre exceptionnel sont entrées dans le cadre ordinaire de la chirurgie. On a réséqué l'estomac cancéreux, extirpé la rate et le rein, enlevé les tumeurs de la vessie, pratiqué l'ablation de l'utérus et des trompes, on a castré un grand nombre de femmes en leur enlevant les ovaires même lorsqu'ils étaient sains, ouvert l'articulation du genou pour suturer les fragments d'une simple fracture de la rotule, ouvert le ventre pour fixer à la paroi abdominale l'utérus prolabé et même à titre de simple moyen de diagnostic, etc.

Je ne suis pas, on doit le savoir et je l'ai suffisamment montré, ennemi des innovations chirurgicales et des opérations réputées difficiles ou dangereuses, quand elles me paraissent constituer un progrès. J'ai introduit en France, en 1859, par mes publications et mes opérations, la pratique des résections articulaires du genou et de la hanche; j'ai pratiqué, un des premiers, en 1870, la laparotomie de préférence à l'entérotomie dans l'étranglement interne; j'ai, par mon mémoire de 1867 et aussi par mon exemple, remis en honneur en France l'opération du trépan, si bien repoussée par tous, que de 1856 à 1866 les recueils scientifiques français n'en rapportent que trois observations. J'ai fait le premier en France l'ablation du rein; j'ai pratiqué à peu près toutes les opérations actuellement entrées dans la pratique: thyroïdectomie, hystérectomie vaginale, gastrostomie, ablation par la voie abdominale des tumeurs fibreuses utérines, de sarcomes ovariens, de kystes hydatiques du foie, les opérations d'Estlander, d'Alexander, d'Emmet, etc.; cependant, s'il est peu d'opérations que je repousse d'une manière absolue, comme la résection de l'estomac cancéreux, il en est beaucoup, même de celles que j'ai pratiquées, dont je condamne hautement l'abus qui en est fait actuellement, et c'est pour m'expliquer nettement sur ce point, pour ne pas être obligé de me répéter à propos de chacune d'elles, que je place en tête de ce volume le résumé des considérations sur lesquelles est basée mon appréciation générale des opérations qui y sont décrites.

Ce qui frappe, lorsqu'on étudie la marche actuelle de la chirurgie, c'est de voir quelques chirurgiens, d'une notoriété acquise,

pratiquer plusieurs centaines de fois certaines opérations, ou quelques jeunes chirurgiens les répéter un grand nombre de fois, en quelques semaines ou en quelques mois de pratique hospitalière. Ce qui frappe également, c'est que ces opérations se font par séries en quelque sorte alternantes et périodiques: avant-hier c'était la thyroïdectomie, hier la néphrectomie, puis l'hystérectomie totale; à un moment ce fut la castration féminine, à un autre l'opération d'Estlander, aujourd'hui c'est la salpingotomie, la cure radicale des hernies, l'hystéropexie, demain ce sera la néphroraphie ou autre chose. Et quand je vois les opérations se succéder et se multiplier pour des affections dont une pratique hospitalière de plus de quarante ans m'a démontré soit la rareté relative, soit la curabilité par un traitement non opératoire, je suis amené à croire que beaucoup de ces chirurgiens, au lieu de se demander quelle est l'opération que la maladie et l'insuccès de tout autre traitement les obligent à pratiquer à leur malade, se demandent quel est le malade auquel ils pourront bien faire subir l'opération en ce moment à l'étude, pour ne pas dire à la mode. Je suis loin, du reste, d'être le seul à déplorer cette exagération. Ève, Martin, Polk, Goodel, Spencer Wells, Emmet s'élevèrent avec force contre l'abus que l'on fait partout de certaines opérations.

Quelles sont les causes de cet abus, on pourrait presque dire de cette folie opératoire? Dans son discours de Grenoble, discours qu'il prononça comme président du Congrès pour l'avancement des sciences et qui suscita tant de colères qui l'honorèrent, mon collègue et ami M. Verneuil, s'élevant contre ces excès, se demandait si on ne pouvait pas soupçonner ces chirurgiens si pressés d'opérer et d'appliquer au malade le précepte: *time is money*, de vouloir compléter la phrase en ajoutant: *operation is money also*. On serait tenté de le croire quand on voit ce que tendent à devenir nos mœurs professionnelles. Des habitudes commerciales, acceptables et logiques dans des professions où le but légitime et avoué est de gagner de l'argent, se sont introduites en médecine. Le chirurgien paie d'un malhonnête courtage, que ni l'un ni l'autre n'oserait avouer au malade qui le leur fournit à son insu, le médecin qui lui procure une opération, voire même une consultation. Il donne au médecin qui

l'appelle un quart, un tiers, la moitié même des honoraires, qu'il est censé ne réclamer que pour lui-même, et l'on a inventé à ce sujet le mot de partage dichotomique. Le médecin est ainsi amené à rechercher non plus celui qui peut lui donner le meilleur conseil, proposer et pratiquer le meilleur traitement, mais à rechercher avant tout celui qui lui fera la plus forte remise, et comme une opération se paie bien autrement qu'un traitement non opératoire, quelque complet et heureux qu'en soit le résultat, médecin et chirurgien ont un intérêt pécuniaire commun à proposer comme indispensable et à faire accepter une opération qui pourrait ne pas être faite. De ces tristes pratiques résulte nécessairement une élévation parfois incroyable du chiffre des honoraires, de telle sorte que si, avec la maladie, le chagrin et quelquefois le malheur entrent dans les familles, trop souvent la nécessité de recourir à certains chirurgiens, qu'on leur représente comme seuls capables de pratiquer l'opération, équivalant pour elles à un grave revers de fortune.

J'ai signalé le mal parce qu'il est tellement indéniable qu'il autorise des industriels à nous proposer cyniquement par des circulaires, dont je conserve le dossier, des remises pécuniaires sur les appareils, médicaments, etc., prescrits par nous à nos malades. Je l'ai signalé parce que je me refuse à regarder la médecine et la chirurgie comme une profession que l'on embrasse dans le seul but de s'enrichir; parce que ce mal tend à l'abaissement d'une carrière que je veux continuer à voir honorable et honorée. Je l'ai signalé parce que, limité d'abord à quelques-uns, il tend constamment à s'accroître, et parce qu'on montre pour ceux qui en tirent profit une indulgence dont je ne veux pas être complice. Je l'ai signalé, malgré l'inconvénient d'étaler publiquement nos misères devant l'étranger, qui du reste n'en est pas partout exempt, parce que je ne veux pas que la médecine française se déshonore, parce que je ne veux pas que, par l'extension du mal, nos jeunes chirurgiens se trouvent dans quelques années placés dans cette alternative de ne pouvoir soutenir le *struggle for life*, ou d'être contraints de subir des habitudes pour lesquelles ils éprouvent une vive et salutaire réprobation. Si j'ai signalé le mal, c'est qu'on peut encore espérer le guérir, car il n'atteint heureusement qu'une faible minorité. Rejeté avec mépris par

la majorité de nos collègues parisiens, il est inconnu dans la majeure partie de nos provinces, inconnu dans la plupart des pays de l'Europe, et par conséquent ce n'est pas à lui qu'on doit attribuer les abus opératoires actuels, puisque ces abus sont communs à la chirurgie du monde entier.

Quelles sont donc les causes de la *furia operativa* actuelle qui sévit bien plus gravement encore sur la chirurgie étrangère que sur la chirurgie française? La première et la plus légitime est la confiance absolue, inébranlable, j'oserais même dire aveugle, que donne à presque tous les chirurgiens la mise en pratique des précautions antiseptiques. L'état général, les diathèses, les influences physiques ou morales particulières au malade ne sont plus rien; tout le danger est dans les germes atmosphériques; et, pouvu qu'on sache s'engarantir, on croit pouvoir, sans le moindre péril, ouvrir le ventre, les articulations. A quoi bon perdre du temps dans un traitement long et ennuyeux, quand, par une opération dont on se refuse à reconnaître les dangers évidents, on peut, en quelques jours, amener une guérison? A quoi bon s'ingénier à faire un diagnostic exact, quand on n'a qu'à faire une incision pour savoir à quoi s'en tenir sur l'existence ou la non existence du mal que l'on soupçonne? Ma malade, disait en décembre dernier un chirurgien, était âgée de dix-neuf ans, elle souffrait du ventre et je ne pouvais établir mon diagnostic que par le toucher vaginal; or, comme elle était vierge et, comme en le pratiquant, je craignais d'amener la défloration, je crus préférable de faire l'incision exploratrice de l'abdomen et je constatai qu'il n'y avait aucune maladie. Préférer l'ouverture du ventre au toucher vaginal, qu'on peut avec quelques précautions pratiquer tout en respectant l'hymen, voilà où l'on en est arrivé!

Pour quelques fanatiques, la mort après les opérations ne devient possible que si l'on a négligé quelques précautions, oublié un détail qui a laissé passer quelques germes, employé une soie phéniquée qui ne venait pas d'un bon fournisseur, ou un catgut non préparé d'après la formule nouvelle. Que l'ovariotomie tue une opérée sur sept, l'hystérectomie totale une sur quatre, la nephrectomie un sur trois, l'ablation de fibromes par la voie abdominale une sur deux, il n'importe! L'opération n'y est pour rien,

les opérés n'ont succombé que par suite d'une négligence quelconque des règles de l'antisepsie, de telle sorte que le chirurgien devient ainsi responsable de la mort. Sans doute, ce fanatisme n'est que le fait d'un petit nombre; mais il n'est pas moins certain que la confiance de tous, confiance justifiée sans doute, mais fort exagérée, dans l'efficacité de la méthode antiseptique, est venue encourager puissamment le *prurigo secandi*.

D'autres causes concourent à amener l'abus des opérations. Il y a peu de temps encore, on n'arrivait à une certaine notoriété chirurgicale qu'après la publication de mémoires importants, de découvertes sérieuses, et cela n'était possible qu'après de longues années d'étude et d'expérience. Aujourd'hui, quelques mois de pratique hospitalière suffisent à faire connaître à tous le nom d'un chirurgien. Il n'est pas besoin pour cela de rien inventer, il suffit d'emprunter à une chirurgie étrangère quelque opération nouvelle, surtout si elle est hasardeuse. On recherche tous les malades susceptibles de pouvoir subir cette opération, on opère tout ce qu'on trouve; si l'opération a été heureuse, on s'empresse de publier l'observation et de montrer le malade aux académies et sociétés savantes et l'on a à peu de frais la notoriété, avec ses avantages... pratiques. D'ailleurs, comme la science se fait de plus en plus avec les faits, ce qui est un bien; comme la plupart des travaux scientifiques s'appuient sur les observations et les statistiques, ce qui est un progrès, on a le plaisir de se voir cité dans tous les mémoires publiés sur le même sujet, et de se faire à peu de frais, pour soi, le renom d'un habile et *hardi* opérateur.

La hardiesse opératoire est encore un de ces mots dont on abuse. J'ai connu la hardiesse opératoire au début de mes études, alors que mes premiers maîtres ne pratiquaient pas encore l'anesthésie, alors que l'opéré se débattait, criait, hurlait sous le couteau. Il fallait alors avoir de la résolution, du sang-froid pour réséquer un maxillaire supérieur, faire une opération césarienne, pratiquer certaines résections ou l'ablation de certaines tumeurs; mais aujourd'hui, avec l'anesthésie, les opérations ne sont plus que des autopsies sur le vivant; l'opéré pendant toute la durée de l'opération est passé à l'état de cadavre, et je ne sais vrai-

ment ce qui pourrait troubler l'âme du chirurgien s'il n'avait pas la conscience des dangers ultérieurs que son intervention peut faire courir au malade. L'anesthésie, en supprimant pour l'opéré la douleur et la conscience du danger que lui fait courir une opération dont il n'est plus témoin, en supprimant pour le chirurgien la plupart des difficultés et toutes les émotions, a heureusement rendu possibles bien des opérations qui sont de véritables bienfaits pour l'humanité; mais elle a aussi contribué à permettre l'abus de quelques-unes d'entre elles.

Nous pourrions encore mettre en lumière d'autres causes ayant pour résultat une trop grande facilité à recourir au bistouri. A une époque où l'on est impatient de l'espace et du temps, où l'on s'efforce de supprimer le plus possible l'un et l'autre, on n'aime ni les longs traitements, ni les longues incertitudes. Un traitement médical amènerait sans danger la guérison, mais elle serait longue à obtenir, tandis que, si l'opération fait courir quelques périls, elle procure une prompte guérison ou tout au moins une prompte solution. Le malade lui-même encourage cette tendance; il n'aime pas les opérations, mais comme on lui en laisse ignorer les dangers possibles, comme il est impatient de guérir, il accepte volontiers une intervention opératoire. Qu'il guérisse après un long traitement médical ou mécanique, il attribuera sa guérison à la force de sa constitution, à sa résignation, à sa patience, voire même à la nature, et c'est à peine s'il en attribuera quelque part à son chirurgien. Qu'il guérisse après une opération, il se fera sans nul doute honneur de son courage; mais il ne se refusera pas à attribuer à son chirurgien l'honneur... et les honoraires que comporte cette rapide guérison. Il ne faut donc pas s'étonner si toutes ces causes réunies ont eu pour résultat de multiplier outre mesure les opérations. Mais si je combats l'abus qu'on en fait, je dois aussi indiquer les principes qui doivent en régler l'usage et guider le chirurgien dans le choix et la nature de son intervention.

Avoir le pouvoir de guérir une maladie par une opération ne donne pas, par cela seul, le droit de la pratiquer. Il faut que la gravité de l'opération soit proportionnée à la gravité de la maladie; il faut que le bénéfice que le malade doit, ou peut en retirer, soit proportionné aux dangers auxquels elle l'expose.

Prenons deux exemples : une femme est atteinte d'un kyste de l'ovaire. La maladie entraînera la mort dans un temps plus ou moins long, mais la malade peut vivre encore quelques années et l'ovariotomie peut la tuer en quelques heures; dois-je opérer? certainement oui! Le danger de l'opération est grand, mais non excessif, et si la malade survit au traumatisme opératoire, elle a presque la certitude d'être pour toujours guérie de sa maladie. Ici, le bénéfice à tirer de l'opération dépasse dans une immense proportion les dangers opératoires.

Au contraire, un malade est atteint d'un cancer de l'estomac; la gastrectomie lui fait courir soixante-quinze à quatre-vingts chances de mort sur cent, et s'il guérit, l'expérience prouve que cette guérison ne durera que quelques mois et qu'il mourra bientôt de récurrence. Je repousse complètement cette opération, parce que les dangers immédiats qu'elle fait courir à l'opéré sont énormes et hors de proportion avec le bénéfice très incertain qu'il peut en retirer.

J'en dirai presque autant de l'hystérectomie totale pour cancer; car les périls opératoires sont le plus ordinairement supérieurs au bénéfice probable de l'opération. Elle est justifiée si la mobilité de l'utérus, la faible étendue du mal, etc., en même temps qu'elles diminuent les dangers de l'opération, augmentent les chances de voir la récurrence notablement retardée. Si au contraire le mal a dépassé les limites de l'utérus, les chances de récurrence augmentent tellement avec les chances de mort opératoire, que l'opération cesse d'être acceptable. Je pourrais en dire autant d'un certain nombre d'opérations faites pour enlever des tumeurs cancéreuses. Il ne faut pas oublier que dans la plupart des cancers à marche rapide, la récurrence presque immédiate est à peu près certaine; que dans beaucoup de cancers à marche lente, la récurrence, activée dans son évolution par le traumatisme chirurgical, amènera une mort plus prochaine que si aucune opération n'avait été faite.

On objecte, il est vrai, que la maladie étant par elle-même mortelle, une intervention active est justifiée, comme étant la seule chance d'obtenir la guérison. Je n'admets pas qu'on soit autorisé à tout tenter par la raison que la maladie doit fatale-

ment et à bref délai entraîner la mort. Quoiqu'il soit profondément triste de se sentir impuissant devant la maladie et la mort, il faut parfois savoir se résigner et je n'accepte le : *melius anceps remedium quam nullum* que s'il n'est pas en contradiction avec ce principe primordial : *primo non nocere*. Avant tout, il ne faut pas nuire et, par conséquent, il faut savoir s'abstenir toutes les fois que les dangers de l'opération seront supérieurs aux chances de guérison qu'elle peut procurer, toutes les fois que ces dangers immédiats seront supérieurs aux bénéfices temporaires qu'on peut légitimement en attendre.

Le chirurgien ne devra pas mettre en péril la vie du malade pour le débarrasser d'une infirmité, d'une maladie, d'une difformité qui ne menace la vie ni de près ni de loin. Si, parfois, il est amené à contrevenir à cette loi, il ne le fera qu'après avoir pesé dans sa sagesse, sa prudence, les raisons puissantes rendant son intervention nécessaire. Pratiquer une opération pouvant entraîner la mort pour une difformité compatible avec la vie est une faute; cependant, il est des circonstances où la difformité est telle que le malade préfère s'exposer aux plus graves périls plutôt que de la conserver; il en est où la difformité, qui ne serait qu'un motif de chagrin pour un malade riche, empêche un malade pauvre de pouvoir trouver dans le travail le moyen de gagner sa vie, et ce qui dans le premier cas serait une opération de complaisance devient dans le second une opération de nécessité. L'ankylose d'un membre dans une attitude qui le réduit à l'impuissance, un genu-valgum très marqué, des déviations rachitiques considérables, un pied-bot accompagné d'ulcérations rendant la marche fort difficile pourront très légitimement exiger une résection, une ostéotomie, voire même une amputation. Mais, exposer à la mort un malade atteint d'une hernie simple, même congénitale, pour lui éviter l'ennui de porter un bandage, alors que, dans presque tous les cas d'opération, même heureuse, il n'est pas délivré de cet ennui; l'exposer à une mort prochaine, pour lui éviter les risques, fort peu probables, de voir sa hernie s'étrangler vingt ou trente ans plus tard; l'exposer au péril d'une opération qu'on peut lui éviter, en sachant lui faire construire un bandage approprié, est une conduite que je ne saurais imiter. On se consolera moins facilement des cas de mort qui suivent, rare-

ment je le veux bien, mais trop souvent encore, les opérations, si on pouvait être témoin des conséquences qu'elles entraînent au dehors de l'hôpital. Cet homme était jeune, bien portant, un bandage bien fait eût suffi pour maintenir sa hernie; on l'opère, il meurt; qu'arrive-t-il? Sa femme, ses enfants qu'il soutenait de son travail, tombent dans la misère, et les enfants viennent grossir le nombre des vagabonds qui pullulent dans les grandes villes. Voilà quel a été le résultat d'une opération dont on aurait pu, dont on aurait dû s'abstenir et dont on se serait peut-être abstenu, si on avait songé aux conséquences indirectes qu'elle pouvait avoir, et qui auraient bien autrement impressionné le chirurgien qu'un insuccès opératoire plus ou moins vite oublié.

Sans doute, le chirurgien objecte que le malade a demandé l'opération; mais on sait ce que vaut ce cliché qu'on retrouve aujourd'hui dans tant d'observations, comme si la conscience du chirurgien l'amenait malgré lui à plaider, pour sa justification, les circonstances atténuantes. Le malade a, dit-on, demandé l'opération; il serait souvent plus juste de dire qu'il l'a acceptée; mais sait-il ce qu'est l'opération, sait-il les risques qu'elle lui fait courir? On se garde en général de le lui dire, et le chirurgien se croit le droit d'être partout et toujours le seul juge de ce qu'il convient de faire. J'accepte la théorie quand il s'agit de ces cas où l'opération s'impose comme une nécessité absolue, où le salut ne peut se trouver que dans l'opération; pourquoi alors troubler l'esprit du malade, augmenter ses inquiétudes? Mais quand il s'agit de ces opérations dont on peut s'abstenir, quand il s'agit d'une maladie dont on peut espérer la guérison par d'autres moyens, d'infirmités auxquelles on peut remédier par un traitement palliatif, et que l'opération, toute justifiée qu'elle soit, pourrait entraîner la mort, il est du devoir du chirurgien d'hôpital d'éclairer le malade sur les conséquences possibles de l'opération qu'il lui propose. Combien de malades la refuseraient s'ils savaient quelles peuvent en être les conséquences possibles; combien de femmes accepteraient la castration, la salpingotomie si elles savaient qu'elles seront pour toujours condamnées à la stérilité!

Avoir pour la vie de ses semblables le respect qu'elle mérite,

placer avant toute autre considération l'intérêt du malade, peser avec sagesse, avec prudence les dangers de la maladie et ceux de l'opération, comparer le bénéfice que l'opéré peut en retirer aux périls immédiats qu'elle lui fera courir, livrer le moins possible au hasard, chercher la guérison non dans les interventions brillantes et dangereuses, mais dans les moyens thérapeutiques les plus sûrs, telle doit être la conduite du chirurgien. Quand il hésitera, quand il se demandera avec anxiété quel parti il doit prendre: qu'il se recueille, qu'il consulte sa conscience, qu'il se demande ce qu'il ferait, ce qu'il conseillerait s'il s'agissait de sa mère, de sa femme, de ses enfants; que sa réponse dicte sa conduite. Souvent alors, il repoussera les moyens héroïques, mais hasardeux; il fera moins d'opérations, il arrivera, peut-être, plus difficilement à la notoriété et n'arrivera probablement pas à la fortune; mais il sera sûr d'agir toujours en bon et honnête chirurgien, d'être à l'égard de ses malades le *vir bonus medendi peritus*.

15 avril 1889.

LÉON LE FORT.