

sance des autres moyens de contention, je fis faire à la malade un caleçon étroitement ajusté sur le modèle des anciens bas à lacets usités pour les varices des jambes. Cette dernière combinaison fut de beaucoup supérieure à toutes les précédentes. La malade descendait au jardin, marchait presque sans douleurs et à peine inclinée en avant.

Le pus s'écoulait dans les mêmes proportions, mais par intervalles il devenait un peu fétide.

Le 9 juin, la malade fut en état de quitter l'hôpital. La famille qui l'avait si paternellement accueillie lui offrait une résidence à la campagne avec les soins les plus attentifs. Les longs séjours dans un milieu hospitalier entravent les convalescences : le régime, les habitudes de la vie n'ont pas une suffisante variété, et, à un moment donné, dût-on précipiter les événements, il y a profit à rompre l'uniformité.

Je prescrivis, outre le régime réconfortant, un bain froid de rivière tous les jours pendant quatre à six minutes. La localité se prêtait à cette médication. Dès le quatrième bain les règles, supprimées depuis le mois d'août 1863, reparurent. L'écoulement du pus ne cessait pas; mais, à mesure que la santé se ravivait, le pus était plus normal et inodore.

Le 4 août 1864, en sortant du bain par une température assez froide, F..... fut prise d'une violente réaction à laquelle succéda une éruption profuse d'urticaire. Si minime que fût en apparence la complication, elle devint plus tard une gêne considérable et persistante. Les bains furent suspendus, mais il était impossible d'arrêter le suintement du pus par la fistule et l'irritation constamment entretenue au voisinage de l'ombilic. Chaque fois que la peau s'irritait davantage, l'urticaire reprenait de l'intensité; elle troublait le sommeil et maintenait la malade dans un état d'excitation nerveuse particulièrement désavantageux. Les bains tièdes étaient plus nuisibles qu'utiles. Les purgatifs énergiques, si souvent efficaces dans l'urticaire, étaient formellement contre-indiqués. On revint à l'expectation, et, sous ces influences multiples, la santé s'abaissant, le pus reprit une certaine fétidité.

Au mois de septembre 1864, la malade demanda à rentrer à l'hôpital. L'orifice de la fistule avait été obstrué en partie par des tubercules charnus; le pus ne coulait que par intervalles; l'abdomen était plus tuméfié, les douleurs sinon plus vives, au moins plus durables et plus incommodes.

On introduisit dans la fistule une sonde de caoutchouc laissée à demeure pendant un temps variable et qui facilitait l'écoulement du liquide. Plus tard, on pratiqua des injections d'abord avec de l'eau tiède à titre de lotions; plus tard avec une solution atténuée de teinture d'iode. Ce mode de traitement fut suivi durant deux mois avec des avantages évidents.

Au mois de décembre de la même année, la malade se plaignit d'une douleur dans l'intestin, accompagnée de ténésme. Deux jours après, elle rendait avec les garde-robes une certaine quantité de pus. Il était hors de doute que l'intestin avait été perforé. Loin de m'en plaindre, j'espérai que l'ouverture intestinale ne tarderait pas à se substituer à la fistule ombilicale, dont la persistance ne me laissait pas sans inquiétude pour l'avenir.

En effet, vers la fin du mois de décembre, le pus cessa de s'écouler par l'ombilic dont l'ouverture néanmoins n'était pas close. La malade se sentait mieux, elle avait recouvré sa liberté d'action et ne restait plus couchée que la nuit. Cependant l'évacuation était insuffisante, l'épanchement s'accumulait dans la tumeur enkystée, l'abdomen était plus distendu, et, cette fois, on n'avait plus prise sur une fistule inaccessible au cathétérisme.

C'est dans ces conditions déjà peu favorables que la malade fut prise d'une bronchite subaiguë qui sembla compromettre toute chance de guérison. Le sommet du poumon gauche est le siège d'une congestion révélée par une matité incomplète, par quelques râles sous-crépitaux et par une expiration prolongée.

La première appréhension qui se présentait à l'esprit, et elle n'était que trop justifiable, c'est qu'une tuberculisation subaiguë allait clore la série des accidents. La suppuration du péritoine



avait-elle, comme il arrive si souvent, eu pour conséquence une tuberculisation d'abord locale et qui n'avait pas tardé à se généraliser?

Fallait-il abandonner tout traitement et se résigner à demeurer le spectateur expectant d'une maladie au-dessus de nos ressources? Eussé-je encore gardé moins de confiance, il était cruel d'abandonner une malade habituée à une incessante intervention. L'affection thoracique échappait à son contrôle, mais l'affection péritonéale, manifestée par des signes visibles, était devenue son unique objectif.

L'amaigrissement faisait des progrès; l'appétit avait diminué malgré la sollicitude inventive des religieuses. L'écoulement du pus, redevenu fétide, ainsi qu'il était arrivé toutes les fois que la malade était plus souffrante, ne s'opérait plus par le gros intestin. L'évacuation par l'ombilic avait cessé d'être permanente: elle se supprimait pendant quatre ou cinq jours; le ventre augmentait de volume et devenait douloureux; la poche purulente se distendait, et, sous sa pression, l'orifice était de nouveau perméable.

Chaque fois que le pus recommençait à s'écouler, il donnait lieu à une violente poussée d'urticaire. Des plaques se montraient d'abord et surtout à la face; de là elles s'étendaient au cou, à la poitrine, au tronc, aux membres inférieurs et supérieurs. La malade, en proie à une intolérable démangeaison, s'agitait sans sommeil; la fièvre éprouvait un redoublement sans que les fonctions digestives fussent entravées. Dès que l'évacuation irritante s'arrêtait, ces symptômes se calmaient d'eux-mêmes, et quelques jours de répit permettaient une sorte de réparation jusqu'au retour de l'écoulement et de l'érythème ortié.

L'orifice fistuleux, de plus en plus étroit, était presque obturé par deux ou trois gros bourgeons charnus et bridé par une bandelette fibreuse résistante. J'eus encore une fois recours à la dilatation et à la compression abdominale qui hâtait la sortie du pus. Seulement l'introduction de la sonde occasionnait de pénibles douleurs et déterminait une vive poussée d'urticaire.

Force était d'établir une sorte de compensation entre tous les accidents et de n'intervenir par le cathétérisme que si la tension du ventre, qu'on réussissait à diminuer, semblait moins supportable que l'urticaire qu'on était sûr de rappeler.

Ces moyens termes ne pouvaient être indéfiniment prolongés. Si menaçante que fût la tuberculisation pulmonaire, j'hésitais à la regarder comme un fait acquis. En tout cas, elle était secondaire, et ne devait-on pas tout risquer pour supprimer la suppuration abdominale par laquelle elle avait été provoquée, par laquelle elle était certainement entretenue?

J'avais alors pour interne un jeune chirurgien, M. Cocteau, dont l'habileté m'inspirait toute confiance et qui, depuis, a été nommé au concours prosecteur des hôpitaux. Provoquer une consultation de mes collègues, c'était vraisemblablement multiplier des arguments que je ne savais que trop contre une tentative assez hardie sur un sujet réputé tuberculeux.

Après mûre réflexion, je décidai qu'on risquerait un dernier effort en pratiquant une contre-ouverture et en donnant ainsi, au point déclive, une seconde issue au pus contenu dans le péritoine. Je confiai l'opération à mon interne, qui la pratiqua sous mes yeux.

On recommença à dilater la fistule avec des sondes d'un calibre de plus en plus considérable, et plus tard avec des morceaux d'éponge préparée.

Le 11 mars, on introduit une sonde d'argent pour s'assurer du point le plus déclive. La sonde descend jusqu'à 1 centimètre du corps du pubis; il n'y a pas d'anse intestinale entre la sonde et la paroi abdominale antérieure.

Le lendemain 12 mars, l'opération est pratiquée de la manière suivante :

La malade est chloroformée. Une sonde d'argent, introduite par l'orifice ombilical, est portée vers le pubis. Le bec de la sonde, légèrement recourbé, soulève la paroi de l'abdomen sur la ligne médiane, et à 2 centimètres de la symphyse pubienne.

M. Cocteau fait à la paroi une incision de 2 centimètres, guidé



par la sonde qu'il est facile de sentir au fond de la plaie. Les différentes couches ayant été incisées, le bec de la sonde est poussé par cette ouverture; un stylet d'argent mince et flexible, armé d'un fil de chanvre solide, est glissé dans la cavité de la sonde et sort par un des orifices de l'autre extrémité, entraînant le fil avec lui. La sonde est enlevée; au chef du fil resté libre est fixé un tube de caoutchouc de 6 millimètres de diamètre, de 30 centimètres de longueur, percé sur les côtés de nombreux trous.

Ce tube à drainage est attiré à l'aide du stylet et du fil, puis les deux extrémités du tube sont fixées l'une à l'autre de manière à former un anneau dont une portion est à l'intérieur du péritoine et l'autre à l'extérieur.

Le pus, qui s'écoule facilement, est recueilli sur un bourdonnet de charpie maintenu en place par un bandage peu serré. Les suites de l'opération sont aussi simples que l'opération elle-même. Il ne survient ni réaction ni mouvement fébrile.

Pendant les premiers jours, je fais pratiquer des injections d'eau tiède. La seringue est introduite par l'orifice latéral du tube, le plus rapproché de la plaie supérieure. Une pression sur le tube, à sa sortie par la plaie inférieure et sur la plaie elle-même, empêche le liquide de s'échapper trop rapidement et le force à passer dans la poche, qu'il lave.

La santé générale est satisfaisante; la bronchite s'est considérablement amendée; l'urticaire ne reparait plus que peu intense et à de très rares intervalles.

A partir du 17 mars jusqu'au 15 avril, les injections ont lieu par le même manuel opératoire; seulement on ajoute au liquide injecté de la teinture d'iode, d'abord à la dose d'un quart, puis en proportions croissantes jusqu'à moitié. La suppuration diminue rapidement; elle n'a plus de fétidité. La malade se sent à l'aise; elle est remontée physiquement et moralement.

Le 16 avril, le tube est remplacé par un autre de même forme, mais d'un moindre calibre; les injections n'ont plus lieu que tous les deux ou trois jours. Dans les premiers jours de mai, la

malade accuse un redoublement de douleur, la sécrétion du pus est plus abondante; elle soutient avoir rendu avec les garde-robes une certaine quantité de teinture d'iode, sans que nous puissions le constater. Cet accident, qui n'était pas fait pour nous tranquilliser, n'a pas d'autres suites.

Le 10 mai, l'appareil est enlevé; il n'y a ni écoulement ni suintement de pus durant la journée. Le 18 du même mois les deux plaies sont cicatrisées. La malade quitte l'hôpital le 23 mai pour retourner à la campagne; elle marche aisément, quoique encore un peu courbée en avant. Peu à peu elle se redresse, et quelques semaines après, elle est en état de reprendre ses occupations actives.

Depuis la fin de mai 1865, j'ai continué à voir la malade à des intervalles éloignés. Elle jouissait d'une santé parfaite. L'abdomen, naturellement peu développé, avait repris graduellement ses dimensions. Au bout de l'année, on ne sentait plus ni dureté, ni tension, ni traces aucunes de la maladie guérie, et, n'était la cicatrice sus-pubienne, on n'aurait pu soupçonner, malgré le plus attentif examen, l'existence antérieure d'une lésion complètement disparue.

Malheureusement, en décembre 1866, une nouvelle bronchite se déclara; j'ai le droit de dire une nouvelle, car, dans l'intervalle, la toux avait cessé absolument, et les signes stéthoscopiques n'existaient plus. Il fut bientôt impossible de méconnaître les symptômes évidents d'une dégénérescence tuberculeuse qui, depuis lors, a fait des progrès lents mais incontestables. Le ventre est resté et est encore indemne; il n'est pas survenu de désordres intestinaux, et le péritoine, où s'étaient localisés tout d'abord les accidents, ne participe pas à leur seconde évolution.

J'ai, dans le cours de l'observation, insisté sur les points qui m'ont paru mériter de fixer l'attention; je ne crois pas avoir besoin, en terminant, de résumer les faits, et je m'abstiendrai, pour ne pas prolonger outre mesure ce récit, d'y ajouter une épicerise.

(Archives générales de médecine, 1867.)