

manœuvres de taxis soient pratiquées à ce moment, et tous ces produits éminemment septiques accumulés dans le sac feront évoluer en quelques heures une péritonite suraiguë. Dans d'autres circonstances, la réduction de l'intestin est obtenue sans rupture de celui-ci, mais ses tuniques sont déjà frappées de gangrène; si une kélotomie avait été pratiquée, le chirurgien aurait pu reconnaître les signes de la perforation imminente; les manœuvres aveugles du taxis ont refoulé dans l'abdomen cet intestin frappé de mort, et vingt-quatre ou quarante-huit heures après une péritonite par perforation éclate, emportant rapidement le malade.

2° *Persistance des accidents d'étranglement par position vicieuse des anses intestinales.* — Les accidents dus à des altérations de l'intestin peuvent être de tout autre nature. Les tuniques intestinales ont bien conservé leur vitalité, la réduction s'est effectuée complète, et pourtant les accidents d'étranglement persistent. Ils sont dus à ce que l'intestin, dans l'intérieur du sac herniaire, a pu contracter des altérations de position telles que la circulation des matières ne puisse se rétablir.

Dans cet ordre d'idées, nous devons signaler tout d'abord les *coutures à angles aigus*, avec formation d'un véritable éperon comme dans les vieux anus contre nature. Cette disposition, primitivement transitoire, devient définitive par suite des phénomènes inflammatoires qui se développent dans la hernie; des adhérences unissent les anses intestinales ainsi accolées en canon de fusil, et, lorsque la réduction est opérée, cette position vicieuse est cause de la persistance des accidents d'obstruction.

Dans d'autres circonstances, les *adhérences pathologiques* forment une sorte de collier au niveau du sillon d'étranglement, empêchent à l'intestin de reprendre son calibre normal, et s'opposent ainsi au passage des matières et des liquides intestinaux. D'autres fois, enfin, l'anse présentait une *torsion* complète dans l'intérieur du sac; cette torsion devient, elle aussi, sous l'influence des phénomènes inflammatoires, définitive, et lorsque le taxis aura réussi, la torsion persistera avec ses redoutables conséquences.

3° *Persistance des accidents par paralysie intestinale.* — Ce sont là des accidents de même ordre que les précédents, mais ici il n'y a pas d'altérations mécaniques s'opposant au rétablissement des fonctions de l'intestin. Il s'agit d'un état paralytique de l'anse herniée, en rapport probablement avec des causes multiples, troubles circulatoires, œdème, compression des plexus nerveux, infection, etc., et aboutissant à une destruction véritable. Nous nous sommes trouvé plusieurs fois en présence de cet accident à la suite de réduction sanglante; à plus forte raison l'observe-t-on dans ces cas de réduction manuelle qui n'a pas permis d'y parer préventivement. Quoi qu'il en soit, on trouve alors l'intestin comme fixé dans sa forme,

et tel qu'il était dans le sac lors de l'étranglement. Les sillons d'étranglement sont très profondément marqués et obstruent la lumière du conduit digestif; pourtant aucune bride, aucune adhérence n'est en cause. Les tuniques de l'anse étranglée sont œdémateuses et dépourvues de contraction; bref, si la vitalité est conservée, la motilité, l'élasticité sont complètement abolies.

Au cours d'une kélotomie, des malaxations, des lavages de l'intestin avec des liquides chauds préviennent généralement cette parésie intestinale, fréquemment observée à la suite du taxis. Et du reste tous les accidents que nous venons d'énumérer, tous ceux de la seconde catégorie, imputables aux altérations de l'anse herniée et réduite, sont dus uniquement à ce que les manœuvres du taxis sont aveugles.

En résumé, maintenant que nous avons passé en revue les dangers de la réduction manuelle, nous pouvons voir combien sont multiples et redoutables les accidents dus à cette méthode, d'autant plus multiples et redoutables que les manœuvres de taxis sont plus prolongées et plus forcées. Que reste-t-il donc au point de vue des indications de ce procédé, de l'opinion des anciens chirurgiens? Faut-il conclure que le taxis est définitivement et totalement condamné? C'est bien là presque la conclusion à laquelle nous arrivons aujourd'hui. *Nous croyons que le taxis ne doit être employé que comme un moyen de préciser le diagnostic d'étranglement vrai, définitif.*

Il devra être pratiqué sans anesthésie alors que tout sera préparé pour une intervention sanglante, car nous savons l'influence fâcheuse des pressions digitales sur les tuniques intestinales. Il devra n'être fait qu'avec des pressions modérées, douces et graduelles; on n'emploiera jamais de manœuvres brusques ou violentes. La séance de taxis doit être unique. Enfin il ne faut pas prolonger les manœuvres pour quelques minutes. Cette exploration sera, en effet, suffisante pour permettre au doigt de percevoir cette sensation spéciale de résistance, d'irréductibilité, qui veut dire qu'il s'agit d'un étranglement vrai; et alors, ce n'est plus à des manœuvres brutales qu'il faut avoir recours, c'est à une intervention sanglante, permettant de voir au grand jour ce que l'on fait: à la kélotomie.

**Kélotomie.** — Lorsque la kélotomie est décidée, les précautions antiseptiques et aseptiques doivent être prises avec minutie; la région sera rasée si elle est couverte de poils, comme c'est la règle dans les hernies crurales et inguinales, et tout de suite une première question se pose, celle de l'opportunité de l'anesthésie générale. Certains chirurgiens ont accusé l'anesthésie d'exposer les malades au collapsus, à des vomissements pouvant se compliquer d'accidents respiratoires, et enfin à des broncho-pneumonies secondaires, et ont conseillé d'avoir recours à l'anesthésie locale au moyen de la

cocaïne. Ce procédé peut être utile certainement dans des cas exceptionnels que nous précisons, mais nous pensons qu'on ne doit pas y avoir recours d'une manière générale, car il donne une anesthésie très incomplète, et surtout ne présente pas les avantages de la narcose au chloroforme ou plutôt à l'éther comme nous la pratiquons dans la région lyonnaise. L'anesthésie, en général, permet d'opérer sans se presser, sans être exposé à des mouvements de défense du patient, et surtout, par la résolution complète dans laquelle sont plongés les malades, favorise la rentrée des viscères dans la cavité abdominale. Grâce à l'anesthésie, on peut tenter avant l'intervention quelques légères manœuvres de taxis, qui quelquefois seront couronnées de succès.

Mais, à côté de ces avantages, l'anesthésie présente, il faut le reconnaître, certains inconvénients et même certains dangers. Elle favorise certainement la tendance au collapsus; on sait, en effet, que l'anesthésie abaisse environ d'un degré la température de l'individu, et c'est là évidemment une mauvaise condition chez des sujets où l'étranglement intestinal affaiblit la résistance générale. Aussi voyons-nous naître tout de suite une première contre-indication à l'emploi de l'éther et du chloroforme : celle tirée de l'état général du malade. Chez certains sujets avec affaiblissement du pouls, léger refroidissement des extrémités, état général mauvais, il ne faudra avoir recours à aucune anesthésie, et les opérer non endormis. Du reste, chez de tels malades, la sensibilité est éteinte, et l'on sera étonné de voir avec quelle facilité, aussitôt la peau incisée, on peut ouvrir le sac herniaire, débrider l'anneau, malaxer l'intestin et même le réséquer sans déterminer de trop vives douleurs.

Un accident plus grave consiste dans les phénomènes asphyxiques que l'on peut voir survenir au moment des secousses de vomissements, et alors que ceux-ci peuvent refluer partiellement dans la trachée et l'obstruer. Cet accident, fréquent dans l'étranglement herniaire, s'observe aussi dans les étranglements internes et dans certaines péritonites. Il a fait l'objet de discussions à la Société des sciences médicales de Lyon et à la Société de chirurgie de Paris, en 1894. Plus récemment, MM. Rochier dans sa thèse (1) et Tixier (de Lyon) (2) sont revenus sur la pathogénie de cet accident.

C'est là un danger redoutable contre lequel on a préconisé l'usage préventif des lavages de l'estomac (Rehn, Kummel) et que la trachéotomie hâtivement pratiquée peut seule conjurer lorsque l'asphyxie s'est manifestée. La possibilité d'une pareille éventualité ne

(1) ROCHIER, Des dangers et des contre-indications de l'anesthésie générale chez les sujets atteints de hernies étranglées et d'occlusion intestinale, thèse de Lyon, 1896.

(2) TIXIER, Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale, thèse de Lyon, 1897.

doit pas faire rejeter l'emploi des anesthésiques; il faudra seulement redoubler de précautions. Quant au reproche que l'on a adressé à la narcose de favoriser le développement de broncho-pneumonies, nous savons la valeur qu'il faut y attacher, étant donnée l'origine infectieuse de cette complication.

Nous croyons donc, d'après les considérations précédentes, qu'en dehors des cas où l'état général du malade est trop mauvais, il faut avoir recours à l'anesthésie générale, qui permettra d'opérer sans trop se presser, qui favorisera la réduction des anses intestinales, et évitera par résolution musculaire les efforts qui tendent à projeter au dehors le contenu de l'abdomen.

Quant au choix de l'agent anesthésique, nous croyons qu'on doit préférer l'éther, qui expose moins que le chloroforme aux syncopes cardiaques, d'autant plus redoutables que l'on opère sur un viscère tel que l'intestin, point de départ de réflexes généraux, si intenses.

*Opération proprement dite.* — On peut diviser l'opération de la kélotomie en cinq temps : 1° Incision des parties molles; 2° libération et ouverture du sac; 3° débridement; 4° réduction des viscères; 5° oblitération du sac et sutures.

1° INCISION DES PARTIES MOLLES. — L'incision de la peau varie évidemment avec les régions où siège l'étranglement; pourtant il est certaines règles générales que l'on doit suivre. L'incision doit être longue, il faut qu'elle dépasse les limites de la tumeur herniaire, afin que dans les manœuvres ultérieures on ait du jour; il est extraordinaire de voir combien une incision largement faite, facilite les différents temps de l'opération, et cela peut-être plus particulièrement encore pour les hernies crurales, où il faut aller souvent profondément sous l'arcade de Fallope (1). L'incision doit être faite suivant le grand axe de la hernie, et dépasser largement en haut le point où siège l'étranglement. C'est ainsi que le bistouri devra suivre un tracé vertical pour les hernies crurales et ombilicales, et oblique suivant l'axe du canal inguinal pour les hernies sorties par cet orifice. On recommandait autrefois de faire cette incision par transfixion d'un pli cutané, soulevé au devant de la hernie: ce sont là des tours de main d'une médecine opératoire d'un autre âge; il faut inciser purement et simplement sur la tumeur, et, aussitôt la peau divisée, sectionner, à coups de bistouri plus prudents, les couches graisseuses sous-cutanées jusqu'à ce que l'on arrive au voisinage du sac.

2° LIBÉRATION ET OUVERTURE DU SAC. — Aussitôt que l'exploration au doigt fait reconnaître que le sac est proche, il faut fixer le bistouri et, avec l'aide de ciseaux courbes et tenus fermés, de préférence à la sonde cannelée, dissocier, dilacérer les couches graisseuses qui séparent encore des enveloppes de la hernie et mettre celles-ci à nu.

Il est le plus souvent facile de reconnaître que l'on est arrivé sur le sac, qui se distingue par son indépendance relative des plans qui l'environnent, à la tension et à la fluctuation qu'on y peut percevoir. Le sac se présente alors sous forme d'une tumeur rénitente, globuleuse ou bosselée, arrondie ou ovoïde, de coloration grisâtre, à la surface de laquelle se trouvent des brides blanchâtres. Cet aspect brunâtre, cette forme arrondie, peuvent en imposer à des débutants pour l'intestin, mais il faut se rappeler que l'on n'a ouvert aucune collection liquide, et aussi cette remarque de Duplay, à savoir que lorsque l'on hésite on n'est pas encore sur l'intestin. Il faut détacher alors avec le doigt, par décollement, le sac de ses connexions avec les tissus périphériques, le circonscrire de toute part, comme si on voulait énucléer la tumeur herniaire, en la laissant seulement retenue par le pédicule. Cette manière de faire a l'avantage de bien laisser voir ce que l'on fait et de ne pas exposer à méconnaître un prolongement, un diverticule de la hernie.

Le moment est venu d'ouvrir le sac. Avec une pince à griffe on soulève l'enveloppe séreuse en un point, et, très doucement, avec la pointe d'un bistouri, ou mieux d'une paire de ciseaux, on déchire la membrane. Aussitôt un petit jet de liquide séro-sanguin jaillit, et rapidement avec les doigts on agrandit l'ouverture; on est dans le sac. Ici deux points sont à signaler. Le premier c'est que, malgré la succession des différents phénomènes que nous venons de signaler, on peut ne pas se trouver réellement dans l'intérieur de la hernie, la petite collection liquide qui a été ouverte n'étant autre qu'une bourse séreuse préherniaire. Ce cas est assez fréquent pour les hernies crurales, et nous l'avons plusieurs fois rencontré. Un fait, qui nous paraît important au point de vue de ce diagnostic, c'est que le liquide de ces bourses séreuses accidentelles est toujours citrin, contrairement au liquide ordinaire du sac, qui est séro-sanguin brunâtre.

Le second point à signaler, ce sont les précautions extrêmes qu'il faut prendre dans l'ouverture du sac pour ne pas blesser l'intestin qui y est contenu. Celui-ci peut être, en effet, directement accolé à l'enveloppe séreuse, et si l'on a recours au bistouri, on n'évitera pas sa blessure. Ce contact de l'intestin avec la paroi du sac est dû à deux causes : la première c'est l'absence de sérosité; nous avons signalé ce fait à l'étude de l'anatomie pathologique; on se trouve alors en présence de ce que l'on a décrit sous le nom de hernie sèche; la deuxième est plus grave encore, car la blessure de l'intestin est plus difficile à éviter : il s'agit des hernies avec sac séreux incomplet, ou sans sac séreux, dont des exemples sont rapportés dans le chapitre des hernies adhérentes. Le type le plus dangereux de ces hernies est représenté par certaines hernies du cæcum dans lequel l'intestin est directement en rapport avec le tissu cellulaire périherniaire, et par

conséquent exposé à l'action vulnérante du bistouri. Cet accident ne peut être évité que par l'examen attentif de la hernie et la reconnaissance de cette variété heureusement rare.

Aussitôt que le sac est largement incisé, on aperçoit l'intestin et souvent de l'épiploon plus ou moins modifiés. L'épiploon, lorsqu'il existe, est vascularisé, tuméfié, œdémateux; il a pris une teinte grise, un aspect terne, les pelotons graisseux qui le composent ont perdu leur coloration jaune franc pour prendre une teinte opaque; des adhérences unissent enfin entre elles les différentes franges de cette membrane. L'intestin apparaît, replié sur lui-même, fortement congestionné, souvent noirâtre, *boudiné*. Cette dernière comparaison est parfaitement exacte à tous les points de vue; d'autres fois il existe des exsudats blanchâtres, des adhérences de dates récentes, enfin on peut rencontrer des lésions de gangrène; nous reviendrons tout à l'heure sur leur diagnostic et la conduite thérapeutique spéciale qu'elles imposent. Pour bien connaître l'état de l'intestin, il faut voir les altérations des tuniques au niveau du collet; aussi, après avoir évacué le sac herniaire des liquides septiques qu'il contenait, l'avoir lavé et bien asséché, faut-il procéder au débridement de l'étranglement.

3° DÉBRIDEMENT. — C'est là un temps de l'intervention qui a beaucoup préoccupé les anciens chirurgiens, qui redoutaient deux dangers : la blessure de l'intestin d'une part, celle des vaisseaux artériels voisins de l'anneau fibreux, d'autre part.

La première de ces craintes, celle de la blessure de l'intestin, avait fait inventer une série d'instruments plus ou moins bizarres destinés à protéger ce viscère. Méry avait inventé sa sonde ailée, Vidal une spatule cannelée, Huguier une sonde en bateau, et enfin Cooper son bistouri herniaire, modification de celui de J.-P. Petit, qui figure encore dans tous les arsenaux de chirurgie. Ce bistouri se termine par une tige mousse à laquelle fait suite la partie tranchante qui n'a guère plus de un centimètre de longueur. Il suffirait de glisser l'extrémité mousse de l'instrument entre l'intestin et le collet du sac et de tourner vers ce dernier le tranchant de la lame, pour déterminer la section de ce contenu fibreux par un léger mouvement de bascule.

Nous allons voir qu'une instrumentation aussi compliquée n'est point nécessaire; elle est même dangereuse, car c'est à l'aveugle qu'on sectionne la bride d'étranglement, et une partie d'intestin sera quelquefois saisie et incisée en même temps que le collet du sac.

Le second danger, la terreur de l'hémorragie, avait inspiré la divulsion de l'anneau, les débridements petits et multiples. A l'heure actuelle, le manuel opératoire est plus simple, et les dangers que nous venons de signaler n'existent plus guère. Voici le manuel opératoire qu'il faut suivre :

La longue incision cutanée qui a été pratiquée permet de bien voir ce que l'on fait; il faut débrider l'anneau fibreux et le collet du sac à vue, en ayant l'agent de l'étranglement sous les yeux; alors, avec la lame d'une paire de ciseaux, on libère l'étranglement en se rappelant que, pour éviter les gros vaisseaux, il faut débrider en dedans et en bas sur le ligament de Gimbernat pour les hernies crurales, en haut et en dehors pour les hernies inguinales, pour ne pas blesser l'artère épigastrique: enfin, pour les hernies ombilicales, plusieurs incisions rayonnantes permettent d'agrandir l'orifice herniaire. Avec un tel manuel opératoire, on évitera sûrement la blessure de l'intestin, et si par hasard une anomalie artérielle existe, comme cela arrive pour l'obturatrice, une simple pince hémostatique assurera l'hémostase du vaisseau que l'on verra saigner à ciel ouvert.

Tout cela est très simple. Nous devons signaler pourtant deux particularités opératoires pour le débridement des hernies crurales et des hernies inguinales. Dans les hernies crurales, nous l'avons vu, l'agent de l'étranglement est presque toujours le ligament de Gimbernat, et, dans nombre de cas, il suffira, avec l'extrémité de l'index placé en dehors du sac, d'effondrer en dedans ce ligament pour libérer l'intestin sans qu'il soit nécessaire de toucher au collet. Pour les hernies inguinales, il faudra poursuivre loin la dissection du pédicule de la hernie, et surtout, lorsqu'il s'agira d'une variété congénitale, savoir que l'on peut se trouver en présence de collets multiples; il faudra donc débrider jusqu'à ce que l'on soit sûr que le canal vagino-péritonéal est libre dans toute son étendue et que le doigt pénètre librement dans la cavité abdominale.

4° RÉDUCTION. — Aussitôt que l'agent de l'étranglement est sectionné, il devient facile, par des tractions douces exercées sur l'intestin, d'attirer celui-ci au dehors; on le fera toujours et on ne craindra pas d'en attirer une assez grande longueur; on est sûr ainsi qu'il n'y aura plus d'obstacle à la réduction et l'on peut s'assurer de l'état de vitalité des tuniques intestinales. On verra surtout dans quel état se trouve le sillon de l'étranglement, on examinera s'il n'existe pas en ce point des menaces de perforations, et pour cela on constatera que la paroi intestinale a conservé son épaisseur, qu'elle n'est pas amincie, que les tuniques ne s'affaissent pas comme du papier mouillé; du côté de la convexité de l'anse, on s'assurera que là aussi l'intestin n'est pas aminci, qu'il n'existe pas de plaques jaunes feuille morte, indices de la gangrène; qu'en aucun point ne siègent des perforations; bref, que le sphacèle n'existe pas ou ne menace pas de se produire. Nous reviendrons tout à l'heure en détail sur les signes cliniques qui permettent de reconnaître cette complication.

La réduction de l'intestin doit alors être pratiquée après lavage de l'anse à l'eau tiède bouillie, pour la débarrasser des produits septiques qui se sont déposés à sa surface et favoriser la circulation sanguine.

Mais avant de réduire l'intestin, on s'assurera encore qu'il n'existe pas de brides d'adhérences pouvant faire continuer les accidents d'obstruction; il sera bon de malaxer la région du sillon pour lui rendre sa souplesse, pour éviter cet état paralytique que nous avons signalé, et alors toutes ces précautions étant prises, par des pressions douces et méthodiques, réduire dans la cavité abdominale l'anse intestinale; brusquement on sent que celle-ci file dans le ventre, la réduction est obtenue. Vérifier alors que la réintégration est bien parfaite en introduisant l'index dans le collet du sac, et en percevant que l'extrémité du doigt est libre dans l'abdomen.

Lorsque la hernie contenait en même temps de l'épiploon, la conduite à tenir est quelquefois un peu plus complexe. Si l'épiploon est senti non adhérent, opérer sa réduction purement et simplement. Si au contraire il est tuméfié, œdémateux, que son volume et son gonflement sont un obstacle à sa rentrée dans l'abdomen, il vaut mieux placer une ligature à la base de la portion herniée et réséquer celle-ci. Il en sera de même si l'épiploon a contracté de larges adhérences avec les parois du sac; si on libère celles-ci par décollement, les points ainsi détachés exposent à des suintements sanguins, à des hémorragies qui peuvent devenir inquiétantes; mieux vaut dans ce cas, selon nous, réséquer encore cette masse épiploïque. Dans toutes ces résections de l'épiploon, il faut faire des ligatures solides, et des ligatures en chaîne si la base du pédicule est un peu large, car les ligatures ont dans ces circonstances des tendances à glisser, et les hémorragies qui seraient la conséquence de la chute du fil sont particulièrement redoutables.

5° OBLITÉRATION DU SAC ET SUTURES. — Aussitôt la réduction obtenue, placer une ligature au niveau du pédicule de la hernie, et réséquer le sac comme dans une cure radicale. Du reste, dans un très grand nombre de cas, c'est par cette opération qu'il faut compléter la kélotomie, de façon à mettre du même coup le malade à l'abri de la récurrence. Pourtant, lorsque le hernieux sera dans un état général mauvais, il ne faudra pas, par une opération de perfectionnement, prolonger ce shock opératoire, et il vaudra mieux alors s'abstenir de toutes tentatives de restauration. Lorsque l'intervention aura été un peu longue, que le liquide du sac aura paru infectieux, il sera préférable de ne pas faire une réunion complète et d'assurer, par un petit drainage dans l'angle inférieur de la plaie, l'écoulement des liquides.

Et l'intervention est terminée; point n'a été besoin d'instrumentation compliquée: un bistouri, quelques pinces hémostatiques, une pince à griffe, et des ciseaux courbes ont suffi et ont avantageusement remplacé les instruments compliqués de l'ancienne chirurgie qui redoutait les grandes incisions et les manœuvres rationnelles à ciel ouvert.

Les soins consécutifs à la kélotomie sont simples : c'est le repos, une diète de vingt-quatre à quarante-huit heures suivant l'état dans lequel on a trouvé l'intestin, un lavement purgatif léger, pour lutter contre la paresse intestinale, si l'évacuation des matières n'a pas lieu spontanément ; et c'est tout.

Malheureusement, les choses ne sont pas toujours aussi simples ; nous avons supposé qu'au cours de la kélotomie nous avons trouvé l'intestin non encore compromis dans sa vitalité. Si, au contraire, la gangrène existe déjà, la conduite thérapeutique est profondément modifiée, comme nous allons le voir.

**Traitement de la gangrène herniaire.** — Si la gangrène de l'intestin est facile à reconnaître lorsque la perforation s'est produite et que les liquides intestinaux et des gaz ont fait irruption dans le sac, il n'en est pas de même lorsque l'anse, quoique frappée de mort, n'est pas encore perforée et a conservé un aspect extérieur à peu près normal. Si quelquefois avant la kélotomie certains signes cliniques, tels que l'œdème de la peau, la crépitation du tissu cellulaire, la sonorité diffuse de la région, ont pu faire soupçonner la gangrène intestinale, c'est lorsque le sac est ouvert, que l'intestin est largement attiré au dehors, qu'il importe au plus haut point de reconnaître le degré de vitalité des tuniques de l'organe. L'intestin qui est sous nos yeux vit-il encore, ou doit-il se sphacéler une fois réduit ? telles sont les questions qu'il faut trancher. D. Mollière, dans ses *Cliniques*, a donné une bonne étude de ce diagnostic souvent délicat. Il faut, pour conclure, examiner :

1° *L'odeur.* — L'intestin sphacélé a une odeur spéciale que l'on reconnaît quand on l'a déjà perçue, odeur persistante, dit D. Mollière, qui persiste malgré les lavages antiseptiques réitérés.

2° *La coloration.* — Celle-ci est variable ; il ne faut pas s'effrayer de la coloration brun sombre, noirâtre, que peut présenter l'intestin ; il suffit souvent de laver l'anse avec une solution tiède pour voir celui-ci reprendre sa coloration normale, ou tout au moins se vasculariser. Si, au contraire, l'intestin présente une teinte verte et irisée, il est mort.

Sa coloration bronzée est aussi un signe de sphacèle.

D'autres fois, on voit à la surface de l'anse des taches connues en clinique sous le nom de taches feuille morte, qu'il faut considérer comme un signe à peu près certain de gangrène ; pourtant, quelquefois on peut voir après lavages la plaque se vasculariser, et reprendre ainsi sous les yeux du chirurgien sa vitalité.

3° Enfin, la *consistance* a la plus grande importance au point de vue du diagnostic ; si l'intestin s'affaisse, si ses tuniques sont flasques, la gangrène est certaine ; on voit la consistance ordinaire, souple et élastique de la paroi de l'intestin, faire place à une membrane qui se laisse déprimer et plisser, comme un morceau de linge mouillé ; cet aspect est caractéristique.

Enfin l'anse saisie entre les doigts présente une extrême minceur ; dans certains cas, la tunique séreuse seule a l'air de persister.

Ces différents caractères d'odeur, de coloration, de consistance permettent d'affirmer le diagnostic de gangrène dans la plupart des cas ; il est pourtant des circonstances dans lesquelles les chirurgiens même les plus expérimentés sont hésitants. D'autres fois, le sphacèle est limité à une portion du sillon ; on a une plaque isolée, ou enfin toute l'anse gangrenée : toutes ces variétés cliniques sont justiciables de conduites thérapeutiques différentes et d'indications particulières, indications que nous allons étudier successivement suivant que : 1° la vitalité de l'intestin est douteuse ; 2° il existe de la gangrène, mais celle-ci est limitée ; 3° le sphacèle est étendu à la totalité ou à la plus grande partie de l'anse herniée ; 4° il existe un phlegmon herniaire avec état général très mauvais.

a. *LA VITALITÉ DE L'INTESTIN EST DOUTEUSE.* — Réduire l'intestin dans ces conditions, c'est s'exposer à une péritonite par perforation ; d'autre part, réséquer cette anse intestinale, c'est peut-être pratiquer chez le malade une intervention inutile et certainement grave. Aussi les chirurgiens ont-ils tenté de tourner la difficulté. Plusieurs manières de faire sont en présence. La première consiste à libérer l'intestin, à attirer largement l'anse herniée au dehors, à la protéger par des compresses de gaze aseptique et à laisser les choses en place ; de cette façon on peut surveiller l'anse intestinale qu'on a en quelque sorte sous les yeux, et voir ce qu'elle va devenir. Si au bout de quelques jours sa vitalité est définitivement prouvée, on pratique une réduction secondaire ; si au contraire elle se mortifie, on assiste à l'établissement d'un anus contre nature sans dangers d'infection de la cavité péritonéale. Cette pratique a été particulièrement recommandée par Reichel.

Ce procédé, en somme très prudent, expose pourtant les malades aux ennuis d'un anus contre nature, et aux dangers d'une deuxième intervention définitivement curatrice.

Aussi Helferich (de Greifswald), tout en adoptant le manuel opératoire précédent, s'est efforcé de traiter préventivement cet anus contre nature possible en établissant entre les deux bouts de l'aine ainsi laissée à l'extérieur une anastomose, afin que si la perforation se produit il ne se forme en réalité qu'une fistule stercorale qui guérira rapidement puisque le cours des matières sera rétabli par l'anastomose créée. Ce procédé, qui a donné entre les mains de son auteur et celles de Kredel et de Salzwedel d'heureux résultats, est malheureusement une opération compliquée, et comme la précédente elle expose aux ennuis d'une réduction secondaire ; aussi beaucoup de chirurgiens adoptent-ils une conduite plus simple qui consiste bien à réduire de suite l'intestin douteux, mais à le fixer à la paroi abdo-