

minale au niveau de l'orifice herniaire, de façon que, si une perforation se produit, elle aboutisse à une fistule stercorale qui sera d'autant plus curable qu'elle sera plus petite, et que l'intestin ainsi suturé ne présentera pas d'éperon, fonction si préjudiciable comme on le sait à la cure des fistules ou des anus contre nature. Cette dernière manière de faire nous paraît la plus rationnelle dans les cas douteux, à moins que l'on n'ait une quasi-certitude de sphacèle.

b. IL EXISTE DE LA GANGRÈNE, MAIS ELLE EST LIMITÉE. — Cette gangrène se présente soit sous forme d'une plaque limitée de sphacèle siégeant sur la convexité de l'anse, soit plus souvent encore d'un point menaçant de perforation au niveau du sillon d'étranglement; le reste de l'anse est sain. On ne peut, pour des altérations aussi localisées, faire l'entérectomie ou créer un anus contre nature; la conduite de choix, c'est alors la suture de la perforation avec enfouissement de toute la zone gangreneuse. Huguier, le premier, avait préconisé la suture latérale de l'intestin dans ces circonstances; d'autres recommandèrent la ligature pratiquée par Cloquet, Sangiart, etc. Ces faits sont rapportés dans la thèse de Barette. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande) s'est fait le défenseur de ce procédé, et Aimé Guinard, dans une communication au 9^e Congrès des chirurgiens français, a préconisé cette méthode non seulement pour les gangrènes limitées, mais aussi pour les gangrènes étendues.

Le manuel opératoire de cet enfouissement est simple : une série de points à la Lembert invaginent en quelque sorte la perforation ou la plaque de sphacèle, l'enfouissent dans une plicature de l'anse intestinale, de telle sorte que lorsque la gangrène se produira, une barrière résistante d'adhérences sera constituée. Ce procédé est excellent, nous y avons eu plusieurs fois recours avec quelques variantes (1), mais il présente comme inconvénient de créer une valvule préminente dans la lumière de l'anse, et de faire une coudure de celle-ci pouvant obstruer jusqu'à un certain point le cours des matières. Pour ces raisons, nous croyons qu'il faut limiter ce procédé aux indications suivantes : 1^o les perforations imminentes; 2^o les perforations punctiformes; 3^o les petites plaques de sphacèle ne dépassant pas 1 ou 2 centimètres.

c. LE SPHACÈLE EST ÉTENDU A LA TOTALITÉ OU A LA PLUS GRANDE PARTIE DE L'ANSE HERNIÉE. — C'est à ces gangrènes étendues que Martinet et surtout A. Guinard ont voulu étendre les indications de l'enfouissement ou plutôt de l'invagination; certes, ces auteurs ont eu des succès par cette méthode; mais nous la croyons difficile à appli-

(1) JABOULAY, Comment on peut traiter les perforations et les gangrènes herniaires (*Province méd.*, 1895). — MAIRE, Le traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée, thèse de Lyon, 1895. — Nous incisons l'anse sphacélée sur son bord convexe, parallèlement à son grand axe, et nous suturons les bords de cette incision par des fils perpendiculaires à sa direction, comme dans la pyloroplastie. De la sorte est évité le rétrécissement du calibre intestinal soit immédiat, soit tardif.

quer dans nombre de cas, dépendant, comme A. Guinard l'a mis en lumière, de l'œdème, de l'épaississement, de la rigidité des parois intestinales, ou de la longueur de l'anse. D'autre part, ce procédé nous paraît présenter un grave inconvénient : il oblitère, au moins momentanément, la lumière du tube digestif, par le tassement des tuniques intestinales refoulées, il prolonge par conséquent la stase des matières, et l'obstruction, et aussi la pression considérable des liquides dans le bout supérieur, autant de conditions qui tendront à forcer sur les sutures et à les faire lâcher.

En résumé, pour les sphacèles étendus, c'est un procédé d'exception. Deux méthodes sont réellement en présence, la dérivation momentanée des matières par création d'un *anus contre nature temporaire*, et la restitution immédiate ou *ad integrum* de la continuité de l'intestin par l'entérectomie.

L'anus contre nature et l'entérectomie sont deux méthodes rivales qui, depuis bien longtemps, ont soulevé les discussions des chirurgiens, et c'est seulement depuis quelques années que l'accord commence à se faire. En effet, lorsque Littre, en 1700, formulait nettement l'indication de l'anus contre nature comme traitement de la gangrène herniaire, Ramhdohr pratiquait à peu près à la même époque la première entérectomie avec entérorrhaphie immédiate, et depuis les deux procédés ont suivi un développement parallèle. Pourtant l'énorme mortalité de l'entérectomie avec suture, mortalité en rapport avec l'absence d'antisepsie et une mauvaise technique des sutures intestinales, avait fait considérer par la plupart des chirurgiens, cette méthode comme une hardiesse chirurgicale condamnable. L'avènement de l'antisepsie a tout remis en balance. Kocher publia deux observations de résection et de suture de l'intestin suivies de brillants succès. Pourtant le VIII^e Congrès des chirurgiens allemands était peu favorable à cette manière de faire; alors que Madelung, Rydygier, Julliard, maintenaient la supériorité de l'entérectomie, Schede, Küster, Billroth, préféraient la création temporaire d'un anus contre nature, quitte à traiter celui-ci secondairement. Mais l'élan était donné, journallement les partisans de l'entérectomie sont devenus plus nombreux, et Czerny a puissamment contribué à l'étranger à ce mouvement. Neuber, Carson, Casini, Sachs, Hofmokl, à l'étranger, Bouilly, Follet, Chaput, et nous-même en France, nous sommes faits les défenseurs de l'entérectomie (1), et pourtant nombre de chirurgiens résistent encore et restent partisans de l'anus contre nature; citons Reichel, Resgnau, Körte, Bardeleben, Hahn, Hœnel, etc.

Entre ces deux opinions extrêmes, une méthode mixte devait se placer, c'est celle qui a été préconisée par Bouilly et Assaky, et

(1) JABOULAY, Résections intestinales (*Lyon médical*, 1891).

ensuite par Barette. Dans ce procédé, les auteurs, reconnaissant la supériorité de l'entérectomie mais aussi ses dangers, proposaient de pratiquer après la résection de l'anse gangrenée, une réunion presque complète des deux bouts, ménageant toutefois une petite ouverture destinée à servir de soupape de sûreté, ouverture que l'on fixerait par ses bords aux parois du sac herniaire de manière à produire une fistule stercorale temporaire, destinée à être ultérieurement traitée par une nouvelle entérorrhaphie. Tels sont les différents procédés de traitement de l'intestin largement gangrené, tâchons d'apprécier la valeur de chacun d'eux.

L'anus contre nature présente de grands avantages, dont le plus important est la rapidité. Il suffit de très peu de temps, de quelques minutes, pour l'établir; quelques pinces hémostatiques, quelques points de suture, et l'intervention est terminée. Cette rapidité de l'acte opératoire a une grosse valeur lorsqu'on opère sur des malades souvent affaiblis présentant de la tendance au collapsus et un état général mauvais. Il ne faut pas chez eux d'intervention de longue durée augmentant le shock opératoire. Le second avantage de l'anus contre nature, c'est sa simplicité et son innocuité; il s'agit d'une intervention ne nécessitant ni une instrumentation ni une habileté spéciales; n'importe qui peut l'utiliser, et, d'autre part, pas de risque d'infection péritonéale d'aucune sorte: l'indication vitale immédiate est remplie.

Moins séduisante est la situation de ces malades lorsqu'on les revoit quelque temps après, ils sont porteurs d'une infirmité dégoûtante, et souvent l'état général s'est altéré; ils ont été sauvés momentanément, mais de nouveau ils s'affaiblissent.

L'anus contre nature a pu être pratiqué haut sur l'intestin grêle, et la nutrition s'en ressentir. Mais, disent les partisans de cette méthode, ce ne sont là que des inconvénients temporaires. Évidemment, à la condition de faire une seconde intervention qui, elle, présentera des dangers analogues à ceux de l'entérectomie primitive, quoique moins grands puisque les malades ne sont plus sous l'influence de leur étranglement, nous le reconnaissons.

Pour ces raisons la création d'un anus contre nature n'est pas l'opération idéale. Celle-ci est réalisée théoriquement par l'entérectomie avec entérorrhagie immédiate. Ici l'intestin est largement réséqué, en dehors des limites de la gangrène, ses deux bouts sont suturés suivant un manuel opératoire que nous ne devons point décrire ici, puis l'anse réséquée est rentrée dans l'abdomen, et, si l'intervention réussit, tout se passe ou à peu près comme si l'on s'était trouvé en présence d'un étranglement ordinaire. Malheureusement l'intervention ne réussit pas toujours, et la mortalité de l'entérectomie avec suture reste élevée, puisque dans les statistiques récentes nous voyons: Czerny, Hahn, accuser une mortalité de 47 p. 100, Mikulicz de 33 p. 100, Borchard de 36 p. 100.

Cette mortalité encore considérable est due aux deux inconvénients types de l'entérectomie avec suture: la longueur de l'intervention et les accidents de péritonite par infection au niveau de la ligne des sutures. Une entérectomie avec suture, même faite par un chirurgien habile, demande en moyenne de trente à quarante minutes, condition défavorable chez des malades disposés au collapsus; d'autre part la ligne d'entérorrhaphie aussitôt effectuée est soumise à une forte pression des liquides et des gaz intestinaux qui passent en débâcle du bout supérieur dans le bout inférieur, mettant sa solidité à l'épreuve. Si une imperfection existe, si un fil lâche, l'infection péritonéale se produit avec ses conséquences redoutables. C'est la complication que visaient Bouilly et Assaky en établissant, sur un intestin suturé, une fistule stercorale de sûreté; malheureusement ce procédé réunit les inconvénients de l'anus contre nature et de l'entérectomie sans présenter les avantages de l'un et de l'autre. C'est un procédé long à mettre à exécution, nécessitant souvent une intervention itérative pour oblitérer la fistule, et créant au moins temporairement les ennuis d'un écoulement stercoral. Nous ne croyons donc point que ce soit là la méthode de choix.

De cette discussion nous croyons qu'il faut tirer les conclusions suivantes: 1° Dans les gangrènes étendues de l'intestin, si l'état général est très grave, recourir immédiatement à la création d'un anus contre nature qui réalise l'indication vitale immédiate, et pratiquer secondairement la cure de cet anus contre nature lorsque les forces du malades seront relevées.

2° Si l'état général du malade le permet, préférer l'entérectomie avec entérorrhaphie immédiate. Nous nous déclarons partisan de l'entérectomie, parce que les perfectionnements de technique ont considérablement amélioré les statistiques et diminué la mortalité, de cette intervention, parce que, au point de vue de la mortalité, comme le prouvent les statistiques groupées par Berger, celle-ci est moindre avec l'entérectomie qu'avec l'anus contre nature. Enfin c'est l'opération idéale, et, plus on la pratiquera, plus on verra les succès se multiplier.

Nous avons jusqu'ici eu en vue uniquement l'entérectomie avec suture, mais, dans ces dernières années, une nouvelle méthode d'entérectomie a été préconisée: nous voulons parler de l'emploi des boutons anastomotiques, dont l'idée première revient à Denans, chirurgien marseillais du commencement du siècle, mais dont la mise en pratique est due à Murphy (de Chicago). Cet auteur a publié de très nombreux succès dus à l'emploi de son bouton anastomotique dans le traitement de la gangrène herniaire. Jacob Johns, Busch ont rapporté des faits semblables, Wiener (de Chicago), aurait eu dix succès sur dix interventions. En France, Villard (de Lyon) s'est fait le défenseur de cette méthode, qu'il a appliquée le premier en 1895; au Congrès de chirurgie

de la même année il rapportait quatre opérations suivies de quatre guérisons ; depuis (communication orale) sa statistique s'élève à onze interventions avec un seul cas de mort indépendant du bouton anastomotique, bouton anastomotique, soit dit en passant, construit sur un type un peu spécial, d'après les indications de cet auteur. L'entérectomie avec bouton anastomotique a été pratiquée plusieurs fois en France depuis, notamment par Chaput, Nové, Josserand (de Lyon), et nous-même, elle a fait l'objet des thèses de Pla (Lyon, 1895) et Gorde (Montpellier, 1896). Villard insiste particulièrement sur les avantages présentés par cette méthode, qui a la rapidité de la création d'un anus contre nature et les résultats d'une entérectomie. Pour lui les accidents de shock inhérents à cette dernière méthode sont annulés, puisque quatorze à quinze minutes suffisent pour mener à bien toute l'opération ; d'autre part elle évite les accidents de péritonite dus à la filtration des liquides septiques au niveau du point réséqué, car, lorsque le bouton vient d'être placé, l'anastomose est très solide, et la constriction exercée par les deux moitiés de l'appareil s'oppose au passage des liquides, et cela à un moment dangereux, c'est-à-dire celui où, la continuité du tube digestif étant rétablie, les liquides et les matières intestinales se précipitent du bout supérieur dans l'inférieur.

A l'heure actuelle, cette question de la valeur des boutons anastomotiques dans le traitement de la gangrène herniaire n'est pas encore définitivement fixée, mais les résultats encourageants que nous venons de mentionner doivent la faire prendre en sérieuse considération.

d) IL EXISTE UN PHLEGMON STERCORAL AVEC ÉTAT GÉNÉRAL TRÈS MAUVAIS. — Ici la conduite à tenir est toute tracée ; l'intestin, le sac et ses enveloppes ne forment plus qu'un véritable phlegmon, le malade est hors d'état de supporter une intervention de quelque durée. Il faut pratiquer l'anus contre nature ; le plus souvent, alors, le mieux sera d'inciser purement et simplement la tumeur, d'un coup de bistouri, laissant s'échapper ainsi au dehors les gaz et les matières. Abandonner le tout en place et laisser la nature continuer l'œuvre de création d'un anus spontané, qu'elle avait déjà presque achevée.

Résultats de la kélotomie. — Nous pouvons maintenant envisager d'un coup d'œil d'ensemble les résultats de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'étranglement herniaire, en un mot de la kélotomie. Nous avons laissé en effet dans l'ombre certaines méthodes opératoires, telles par exemple que celle pratiquée par Neuber, qui aborde l'étranglement par l'abdomen après avoir fait une laparotomie préalable. Ce sont là des méthodes exceptionnelles nécessitées par des conditions particulières, et qui ne peuvent trouver place ici.

Nous voyons, d'après les statistiques, que la mortalité de l'opération de la hernie étranglée, si considérable autrefois, tend à devenir de plus en plus faible. M. Berger, qui a groupé ces statistiques anciennes et modernes, nous fait voir que la statistique de Husson, qui porte sur 227 opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris de 1861 à 1864, donne une mortalité de 75 p. 100 ; celle de Gosselin, qui opérait sans faire de taxis prolongé, donnait seulement 46,9 p. 100 de décès.

Plus récemment Benno Schmidt, sur 308 herniotomies pratiquées dans les universités allemandes, constate, en 1883, une mortalité de 36,6 p. 100. Tscherning, sur 524 cas, n'a plus que 29 p. 100 de décès ; pourtant, entre les mains de Southam, de Bowlby, de Macready, la mortalité oscille autour de 40 à 43 p. 100, et, si on additionne toutes ces statistiques partielles, on voit la mortalité être environ de 36 p. 100. Entre les mains de certains opérateurs, nous voyons le chiffre des décès s'abaisser à 17 p. 100 (Borchard), et même 14 p. 100 (Dayot) (de Rennes).

Cette amélioration dans les résultats est due à plusieurs facteurs. Le premier est l'introduction de l'antisepsie en chirurgie, c'est ainsi que Tscherning a montré que la mortalité consécutive à la kélotomie était tombée, dans les hôpitaux de Copenhague, de 50 à 60 p. 100 qu'elle était, à environ 20 p. 100 seulement depuis 1876.

Le second facteur important est la précocité dans l'intervention et l'abstention à peu près générale des manœuvres de taxis. Ces deux points permettent d'éviter, de prévenir la gangrène de l'intestin et, de ce fait, immédiatement le chiffre de la mortalité est considérablement diminué. Ici encore les statistiques sont éloquentes. Celles de Borchard donnent 7 p. 100 de mortalité pour les hernies non compliquées de gangrène et 55 p. 100 lorsque l'intestin est sphacélé. De même Krönlein, dont les statistiques sont particulièrement mauvaises, voit la mortalité générale s'élever de 23 p. 100 à 77 p. 100 dans les cas compliqués de gangrène.

La date de l'intervention, par rapport à l'apparition de l'étranglement, joue, pour la même raison, un rôle important dans les résultats définitifs. Frickhöffer trouve, de 1822 à 1858, une mortalité de 19,4 p. 100 pour les opérations pratiquées dans le cours du premier jour, de 45 p. 100 dans celles du deuxième et du troisième jour, de 50 p. 100 pour celles du quatrième et du cinquième. Plus récemment, Luke voit la mortalité s'élever de 17,6 p. 100 à 40 p. 100 pour les premières quarante-huit heures.

Nous pourrions multiplier ces chiffres, mais ce serait inutilement ; ils suffisent amplement à prouver les heureux résultats de la kélotomie, à condition que cette opération soit pratiquée dans de bonnes conditions. Ces conditions favorables sont : l'absence de taxis prolongé ou violemment pratiqué, et la précocité dans l'intervention. Ces