

ployé déjà dans plusieurs cas avec succès, et lorsque l'intestin est sain, il doit être certainement préféré à l'établissement d'un anus contre-nature.

§ 116. — Que doit-on faire en présence d'un **intestin gangrené ou suspect de gangrène ?**

Dans l'étranglement aigu il n'est presque jamais possible d'avoir la certitude que l'anse intestinale sera frappée de gangrène. L'intestin peut avoir une coloration bleuâtre ou d'un rouge noir, présenter une forte infiltration hémorragique, et cependant revenir à son état normal. L'aspect dépoli de sa surface par perte de l'endothélium, l'état de relâchement bien marqué et d'affaissement de l'intestin, une teinte vert noirâtre, grise, ou même jaunâtre (couleur de feuilles mortes), tels sont les signes qui permettent d'affirmer le plus sûrement que la gangrène est à peu près inévitable. Si dans ces conditions on réduisait néanmoins l'intestin, on ferait courir au malade le danger d'un épanchement stercoral dans la cavité abdominale. Cet accident survient presque nécessairement lorsqu'on a réduit un intestin déjà perforé ou que ce dernier s'est rompu pendant le taxis ou a été blessé par le bistouri de l'opérateur. Par contre, lorsque la perforation n'existe pas encore au moment de la réduction, il se produit parfois à temps une péritonite localisée avec fixation de l'anse intestinale dans le voisinage de l'anneau ; l'intestin gangrené se trouve ainsi isolé de la cavité abdominale, et sa perforation donne lieu à une fistule intestinale s'ouvrant à l'extérieur.

Quant à la conduite du chirurgien en présence d'une lésion de l'intestin découverte dans le cours d'une kélotomie, elle doit être naturellement basée sur l'ensemble des conditions anatomo-pathologiques de la hernie et de ses enveloppes, ainsi que sur l'état général du malade. Il est évident qu'une lésion circonscrite de l'intestin due peut-être au bistouri du chirurgien, ou une petite perforation par gangrène dans un tissu relativement sain, devront être jugées tout autrement qu'une gangrène d'une certaine étendue ou une altération telle de l'anse intestinale qu'une gangrène diffuse paraît imminente. D'autre part, ces derniers cas ne sauraient être traités de la même manière que ceux dans lesquels l'anse intestinale est déjà le siège d'une rupture ou d'une gangrène étendue, tandis que tout le voisinage de la hernie, jusqu'à la peau, est envahi par un phlegmon putride. De même encore, on comprend très bien que la conduite du chirurgien sera toute différente en présence d'un individu vigoureux, dont le cœur a conservé toute son énergie, que s'il a affaire à un malade en état de collapsus et de faiblesse extrême avec un pouls presque imperceptible.

Il y a peu d'années encore, lorsqu'on se trouvait en présence des cas même les plus favorables de perforation traumatique ou pathologique de l'intestin, on n'eût guère osé proposer que très timidement un autre procédé que celui qui consiste à laisser l'intestin au devant de l'anneau

herniaire, et à créer ainsi, soit une fistule intestinale que l'on guérit ensuite, soit un anus contre-nature, lequel est également suivi de guérison dans nombre de cas, mais détermine dans beaucoup d'autres un état de marasme extrême qui précède la mort. Cet autre procédé consiste dans la suture, soit simplement de la plaie de perforation intestinale, soit des deux extrémités saines de l'intestin après résection complète de tout le segment malade, suture qui est suivie de la réduction de l'intestin dans la cavité abdominale. Il y a quelques années, cette méthode de traitement n'avait encore trouvé que fort peu de partisans, vu l'absence d'une statistique favorable. Lorsque je publiai la seconde édition de ce livre, je ne pus réunir qu'un petit nombre de faits de provenance sûre, lesquels prouvaient cependant que l'on pouvait réunir par suture de la séreuse intestinale, soit de véritables petites plaies de l'intestin, soit des pertes de substance par gangrène, après excision ou invagination en doigt de gant de la partie malade, et qu'aussitôt après la suture on était autorisé à faire rentrer l'intestin dans la cavité abdominale (GIRALDÈS, HOLMES, etc.). Quant aux véritables excisions cunéiformes de toute la circonférence de l'intestin, leur nombre était encore bien plus restreint ; C. BECK avait peut-être raison d'affirmer que le cas de RAMBDOHR était alors le seul exemple vraiment incontestable d'une résection de tout un segment de l'intestin avec le mésentère, tandis que dans les autres cas (DIEFFENBACH, COOPER) il s'agissait sans doute seulement de l'excision de portions de la paroi intestinale.

Plus tard, on apprit à appliquer la méthode antiseptique aux différentes opérations intéressant l'abdomen et surtout aux herniotomies, et grâce aux garanties que donne cette méthode, le traitement des perforations de l'intestin hernié subit une transformation complète. CZERNY mit le premier à l'ordre du jour la question du traitement de pertes de substance de l'intestin trop étendues pour pouvoir guérir sans opération ; dans deux cas de fistule stercorale s'ouvrant dans un sac herniaire, il mit à nu la fistule, libéra l'intestin par incision de l'anneau, aviva les bords de la fistule intestinale qu'il réunit par des points de suture, réduisit l'intestin dans la cavité abdominale, et procéda enfin à l'opération radicale de la hernie de la manière décrite plus haut. C'est, sans doute, grâce au succès des deux cas de CZERNY que cette méthode trouva des imitateurs et fut même bientôt étendue également aux hernies avec gangrène de l'intestin. Pour des raisons que nous exposerons plus loin, l'opération dut subir bientôt une modification : l'avivement et la suture de la fistule firent place à l'excision cunéiforme d'une portion de l'intestin et à la réunion des deux bouts ainsi séparés. KOCHER, HAGEDORN, NICOLADONI, CZERNY, etc. ont obtenu plusieurs fois la guérison par la résection de l'intestin dans les cas de gangrène de ce dernier ; d'autre part DITTEL, BILLROTH, etc. firent avec succès la résection et la suture de l'intestin dans des cas d'anus contre-nature ; enfin nous

avons déjà fait mention des cas dans lesquels des néoplasmes et des strictures de l'intestin ont été traités par des excisions de portions plus ou moins étendues de ce dernier (GUSSENBAUER, THIERSCH, SCHEDE, BAUM, KOBERLÉ, etc.).

Il est donc prouvé actuellement que l'on peut, avec les précautions antiseptiques, pratiquer la suture d'une perforation de l'intestin dans les cas de hernie étranglée, comme aussi l'excision de l'intestin gangrené, suivie de la suture des deux bouts et de la réduction de l'anse intestinale dans la cavité abdominale; il s'agit maintenant de fixer les limites au-delà desquelles cette méthode ne peut plus être employée ou paraît offrir des dangers tels, que l'on est obligé de s'en tenir à l'ancien procédé consistant à laisser l'intestin hernié hors de la cavité abdominale, dans le but d'établir provisoirement un anus contre-nature. Nous pouvons donc nous dispenser de discuter la question du danger relatif des deux méthodes de traitement. De fait, cette question ne saurait être résolue vu l'absence d'une statistique basée sur des chiffres sûrs, et comprenant soit les cas de suture de l'intestin suivie de la réduction de ce dernier, soit ceux dans lesquels on a cherché à obtenir la guérison par l'établissement d'un anus contre-nature. On ne peut tirer de conclusions ni de la statistique de REICHEL comprenant 56 résections de l'intestin gangrené faites par les chirurgiens les plus divers et ayant donné une mortalité de 51,7 0/0 (24 guérisons), ni de celle de HEIMANN et KOERTE, d'après laquelle 5 opérés seulement sur 104 auraient succombé à la suite du traitement par l'entérotome. Tout d'abord, qu'on n'oublie pas qu'un certain nombre de malades sont voués à une mort certaine, quel que soit le procédé employé; tels sont ceux qui se trouvent déjà dans un état de collapsus profond au moment de l'opération, ou chez lesquels une péritonite à forme des plus graves s'est déjà développée ou est inévitable. Des auteurs ont cherché à résoudre la question par voie expérimentale; ainsi C. BECK détermina chez des animaux des hernies avec gangrène de l'intestin, puis, avec les précautions antiseptiques d'usage, il pratiqua chez les uns la résection de la partie gangrenée, et établit chez les autres un anus contre-nature. Nous ne prendrons pas ici en considération les résultats qu'il a obtenus, bien qu'ils parlent décidément en faveur de la résection de l'intestin, car les conditions ne sont évidemment pas les mêmes chez l'homme et les animaux, surtout au point de vue du traitement consécutif à l'opération. Mais nous sommes néanmoins d'avis qu'à un point de vue tout à fait général, il est hors de doute que le malade a plus de chances de guérison si l'on pratique la suture antiseptique suivie de la réduction de l'intestin de façon à fermer la porte d'entrée à l'infection, que si on laisse dans la plaie l'anse intestinale gangrenée et perforée. Une question, cependant, à laquelle on n'avait pas prêté attention dans les premières résections d'intestin pratiquées pour cause de gangrène, vient d'acquiescer dans ces dernières années une importance de premier ordre, au point que l'on

se demande actuellement s'il est permis de pratiquer la résection et la suture de l'intestin aussitôt après la kélotomie. En effet, la majorité des cas de mort à la suite de cette opération reconnaissent pour cause le fait que la suture avait été pratiquée sur des parties de l'intestin présentant de l'infiltration inflammatoire ou même déjà vouées à la gangrène. L'infiltration inflammatoire de l'intestin a pour conséquence un défaut de péristaltisme et une stagnation des matières fécales dans son intérieur; dans ces conditions, il se produit facilement une nécrose, une gangrène putride, et par le fait la suture ne tient pas. Par conséquent, dans les cas douteux, la résection primitive ne serait possible qu'à la condition de lui donner une très grande extension, de façon à dépasser les limites de la partie infiltrée, mais alors le malade court un danger bien plus grand du fait de l'opération elle-même. Aussi l'ancienne méthode de traitement a-t-elle retrouvé un certain nombre de partisans; elle consiste à laisser l'intestin hernié et gangrené hors de la cavité abdominale, et à attendre sa rétraction, puis à avoir recours, soit à l'entérotome, soit à la résection secondaire dans les cas où la guérison ne s'opère pas spontanément. La statistique est encore absolument incapable de trancher la question, et l'on ne peut que difficilement se décider en faveur de l'une ou l'autre méthode. Il faudrait, avant tout, savoir combien de malades chez lesquels on a laissé l'intestin dans la plaie, succombent au bout de quelque temps, avant qu'ils aient été soumis à une autre opération. Il se peut, en effet, que la mortalité soit extrêmement grande pendant cette période; je ne connais qu'une seule statistique qui semble le prouver: d'après KOERTE, sur 30 malades atteints d'anus contre-nature à l'hôpital Béthanie (Berlin), 16 ont succombé. Mais ce chiffre ne représente nullement la totalité des malades chez lesquels la herniotomie avait révélé l'existence d'une gangrène de l'intestin. Nous voyons néanmoins que la mortalité est très élevée, et nous ne croyons pas que l'on soit dès maintenant autorisé à laisser de côté la suture de l'intestin pour la remplacer par l'ancienne méthode de traitement. Toutefois, abstraction faite des lésions circonscrites tout à fait légères de l'intestin, il est à conseiller de ne pas entreprendre l'opération immédiatement, mais d'attendre pour cela qu'il se soit produit une abondante évacuation de matières fécales, et que l'intestin enflammé ait eu le temps de se dégorger. RIEDEL est d'avis que ce résultat est obtenu au bout de 24 heures, et qu'il n'est ni nécessaire, ni utile d'attendre plus longtemps. Ainsi donc, après avoir pratiqué avec précautions le débridement de l'anneau, on procédera, dans ces cas, de la manière suivante: on fera d'abord la résection du sac herniaire infiltré de matières putrides, puis on désinfectera toute la plaie, on attirera avec précaution l'anse intestinale hors de l'anneau suffisamment dilaté, et l'on introduira dans le bout afférent un long et gros tube en caoutchouc; puis, l'anse intestinale elle-même sera fixée à la cuisse. L'intestin est ensuite saupoudré d'iodoforme ou