

TRAITEMENT
DES
HERNIES GANGRENÉES

PAR
LE DOCTEUR AIMÉ GUINARD
CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

EXTRAIT DU BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE
Numéros des 30 novembre et 13 décembre 1894.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON
—
1894



TRAITEMENT

DES

HERNIES GANGRENÉES

PAR

LE DOCTEUR AIMÉ GUINARD
Chirurgien des hôpitaux.

I

La gangrène de l'intestin hernié ne s'observe plus aussi fréquemment qu'autrefois. Il y a une quinzaine d'années, la célèbre et néfaste doctrine du taxis forcé dans les hernies étranglées n'était pas aussi complètement qu'aujourd'hui tombée dans un discrédit légitime.

On peut dire que le taxis à deux mains, à quatre mains, à six mains, recommandé jadis par Gosselin, a disparu de la pratique et n'appartient plus qu'à l'histoire des erreurs de la chirurgie. C'est probablement une des causes qui ont fait diminuer le nombre des gangrènes herniaires. Il faut dire aussi que la kélotomie donne des résultats si merveilleux, lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure, que les praticiens et même les malades n'hésitent plus à recourir au chirurgien dès les premières heures de l'étranglement. Il est certain que l'opération, en pareil cas, est moins dangereuse que le taxis prolongé.

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6685



000029245



www.dlibra.wum.edu.pl

Aussi devrait-on inscrire en lettres énormes, en tête de tout chapitre sur les hernies, ce précepte pratique :

« Le taxis prolongé est *une opération* plus grave que la kéléctomie. »

Quoi qu'il en soit, on aura toujours l'occasion d'observer des hernies avec sphacèle malgré la précocité de l'intervention opératoire. Certaines hernies sont gangrenées après vingt-quatre heures d'étranglement seulement, sans qu'on puisse trouver une explication satisfaisante de la rapidité du processus. Aussi bien, dans ce travail, dois-je rester uniquement sur le terrain de la thérapeutique, sans entrer dans la discussion des théories pathogéniques de la gangrène herniaire.

J'ai eu, à quelques jours de distance, à traiter deux femmes qui présentaient un étranglement herniaire avec du sphacèle de l'anse intestinale. J'ai employé dans ces deux cas une pratique qui m'a donné un excellent résultat, et c'est sur cette pratique, qui doit être vulgarisée et devenir de chirurgie courante, que je désire appeler l'attention.

II

Voici d'abord les deux observations dans lesquelles je suis intervenu.

Le 22 septembre 1894, étant de garde comme chirurgien du Bureau central, je suis appelé à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu. Je me trouve en présence d'une femme de soixante-cinq ans, exerçant la profession de blanchisseuse. Cette femme se présente avec un état général des plus mauvais. Elle a depuis six ans une bronchite chronique avec emphysème; elle a fréquemment des poussées de congestion pulmonaire depuis cette époque, et c'est au cours d'un de ces accidents qu'elle a vu, il y a deux ans, survenir, à la suite de violentes quintes de toux, une *grosseur dans l'aine droite*.

Il s'agissait de la hernie pour laquelle elle entre aujourd'hui à l'hôpital ; mais, comme cette hernie se réduisait très facilement jusqu'ici et ne donnait lieu à aucun phénomène douloureux, la malade n'a jamais consulté de médecin et n'a jamais porté de bandage.

Depuis huit jours, il a été impossible de faire rentrer la tumeur, malgré plusieurs tentatives de taxis, et la malade est tourmentée de douleurs, de coliques intestinales et de vomissements bilieux et alimentaires. Enfin, depuis trois fois vingt-quatre heures, il n'y a eu ni selles, ni émission de gaz par l'anús. L'étranglement complet date donc de trois jours, mais a été précédé, pendant cinq jours, d'accidents herniaires notables.

L'état général, au moment où je vois la malade, est lamentable. Le facies est tiré, grippé, péritonéal ; le visage est livide ; le pouls est petit, misérable, et la température est à 36°,4. Localement, la tumeur a le volume d'un œuf de poule et paraît molle et fluctuante.

Je pratique l'opération immédiatement, et après avoir incisé le sac et fait soigneusement un lavage antiseptique, j'introduis au niveau de l'anneau le bistouri de Cooper pour débrider. Suivant mon habitude, j'attire alors avec précaution l'intestin pour m'assurer de l'état de ses parois au point comprimé. L'anse herniée est violacée et, au niveau de l'anneau constricteur, on remarque un sillon de 2 millimètres de largeur environ, occupant à peu près les quatre cinquièmes de la circonférence de l'intestin grêle. Il y a là un véritable anneau de sphacèle, sur lequel, en deux places, on voit sourdre, par un petit orifice, des gaz et du liquide intestinal. Je place sur toute l'étendue de cet anneau une série de sutures à la soie (points séparés), en ayant soin de ne pas perforer la muqueuse intestinale et en restant dans les tissus sains, de façon qu'après avoir adossé deux surfaces péritonéales au-devant de l'anneau sphacélé, ce dernier soit tout

entier contenu en saillie dans la cavité intestinale. Je fais, en outre, un second plan de sutures séro-séreuses au delà du premier, de sorte que la cavité sphacélée doit faire à l'intérieur de la cavité intestinale un bourrelet circonférentiel, analogue à un diaphragme optique.

Je fais subir exactement le même traitement à un demi-anneau de sphacèle, qui siège à l'autre extrémité de l'anse herniée.

Pour éviter de faire violence aux sutures en réduisant l'intestin dans la cavité abdominale, je fais, avec des ciseaux, un très large débridement de l'agent de l'étranglement. Je termine rapidement par la dissection et l'excision du sac. Surjet profond à la soie ; crins de Florence ; pas de drain. La malade a été chloroformée pendant vingt minutes.

Les suites opératoires ont été excellentes. A aucun moment elle n'a présenté une augmentation de la température. Dès le troisième jour, comme je l'ai su par M. Raffray, interne des hôpitaux, qui a suivi la malade et a pris son observation, il y a eu émission de gaz. Le sixième jour, après l'administration d'un lavement, il y a eu une débâcle diarrhéique. Le dixième jour, les fils sont enlevés ; un fil de soie infecté donne un peu de suppuration, qui se tarit après son élimination ; la malade ne quitte Cochin que le 25 octobre, à cause de poussées de phlébite variqueuse dans le membre inférieur gauche. Mais ses fonctions intestinales se font normalement.

Trois jours après avoir pratiqué cette opération à l'hôpital Cochin, je suis appelé (30 septembre 1894) à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, à 10 heures du soir. Il s'agit d'une malade, Cl. J..., âgée de soixante-cinq ans, exerçant la profession de brodeuse, qui vient d'entrer au numéro 19 de la salle Éliisa Roy. Cette femme est dans l'état le plus lamentable. Elle est livide, son facies est grippé, les extrémités sont froides, le pouls est imperceptible. Elle

vomit incessamment des matières fécaloïdes. Les selles et l'émission des gaz par l'anus sont supprimées depuis vingt-quatre heures seulement. Sa hernie crurale, qui siège à droite, s'est produite il y a un an, à la suite de quintes de toux ; elle n'a jamais été contenue par un bandage ; elle a toujours été facilement réductible jusqu'au moment précis — il y a vingt-quatre heures — du début des accidents qui amènent la malade à l'hôpital. Un taxis de quinze minutes environ a été en vain pratiqué par un médecin de la ville. Je décide aussitôt d'intervenir, et, jugeant l'état de la malade trop grave pour qu'elle pût supporter la chloroformisation, je fais, au niveau de la tumeur, trois injections sous-cutanées d'une solution de cocaïne au centième. Je suis aidé, dans l'opération, par mon excellent interne, M. Diriar. Le sac herniaire contient peu de liquide ; l'anse herniée est petite et dépend de l'intestin grêle. Après avoir lavé avec soin au sublimé la cavité du sac, on débride l'anneau et l'on attire doucement l'intestin au dehors. On constate qu'il est fortement congestionné et qu'il présente, au niveau de la partie la plus saillante de la portion herniée, une plaque de la dimension d'une pièce de deux francs nettement sphacélée. Sa couleur est « feuille morte » ; il est comme marbré, et, sous le péritoine aminci et flasque à ce niveau, on voit circuler des bulles de gaz. En raison de l'étendue de cette plaque de gangrène, j'hésite à tenir la même conduite que dans l'observation précédente. Je me décide pourtant, sans réséquer les parties sphacélées, à les refouler dans l'intestin et à faire une double rangée de sutures séro-séreuses non perforantes avec de la soie à points séparés. Cette plaque ainsi invaginée doit faire, dans la lumière de l'intestin, une saillie de 1 centimètre et demi environ. Mais, comme elle est molle et flasque, elle ne saurait former valvule. Je pratique ensuite un très large débridement de l'anneau, pour pouvoir réduire l'anse sans faire la moindre violence, et je termine

l'opération comme de coutume, par la dissection du sac et son excision sous une ligature à la soie. Surjet profond à la soie ; crins de Florence pour la peau ; pas de drainage.

L'opération n'a pas duré plus de vingt minutes. Les suites ont été des plus simples. Huit jours après, la malade nous montre des selles sanguinolentes, contenant quelques débris membraneux. Ces selles ne se sont pas reproduites, et la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

III

Il s'agit, comme on le voit, du traitement des hernies gangrenées par l'entérorraphie sans excision des parties sphacélées et, par conséquent, sans ouverture de l'intestin. Dans ce procédé, on se borne à enfermer la plaque de sphacèle dans l'intestin et à l'isoler de la cavité péritonéale par une double rangée de sutures séro-séreuses pratiquées dans les tissus sains. On déprime la paroi malade avec un instrument moussé, et l'on fait les sutures par-dessus, de façon que l'escarre incluse dans l'intestin puisse s'éliminer ultérieurement par les voies naturelles.

Avant de faire ressortir tous les avantages de cette méthode et de préciser les indications de son emploi, je tiens à bien indiquer à qui revient le mérite de l'avoir mise en lumière.

Dans la séance de la Société de chirurgie, du 24 janvier, le docteur Piéchaud, de Bordeaux, est venu relater une observation d'entérocele crurale, dans laquelle il trouva « une escarre transversale couleur feuille morte, mesurant 2 centimètres dans son plus grand diamètre, et 1 centimètre suivant sa largeur ; au-dessous de cette première escarre, à 1 centimètre et demi plus bas, il en existe une autre beaucoup plus petite, comparable au volume d'une lentille et très exactement arrondie ». M. Piéchaud employa le procédé en ques-

tion et fut enthousiasmé de son succès. Il terminait sa communication en insistant sur ce fait, que c'est M. le docteur Martinet, de Sainte-Foy-la-Grande, qui, le premier, avait eu l'idée de ce procédé quelques jours auparavant. Aussi proposait-il de donner le nom *d'opération de Martinet* à l'inclusion de l'escarre dans la cavité intestinale par l'affrontement des deux surfaces séreuses.

Le 14 mars suivant (1894), M. Chaput lisait un rapport à la Société de chirurgie, sur deux observations envoyées en novembre 1893, par le docteur Martinet, de Sainte-Foy. Je ne parlerai pas de la seconde de ces observations, car elle a trait à une anse intestinale gangrenée sur une étendue de 10 centimètres, dans une hernie crurale, après cinq jours d'étranglement et deux séances de taxis. Il est bien clair qu'en pareil cas il n'y avait pas à songer à d'autre opération que l'anus contre nature ou la suture après résection. C'est à cette dernière intervention que M. Martinet a eu recours avec succès ; mais je reviendrai sur ce fait quand je mettrai en parallèle les opérations destinées à la cure des hernies largement gangrenées.

Ce qui nous intéresse ici, c'est la première observation de M. Martinet, résumée par mon collègue Chaput dans son rapport. La malade avait cinquante ans et portait, au niveau de la ligne blanche, une hernie sous-ombilicale étranglée depuis cinq jours. La tumeur n'avait pu être réduite, malgré plusieurs tentatives de taxis. Disons enfin que l'état général était très mauvais, vomissements fécaloïdes, collapsus, etc.

Le sac, largement ouvert par une longue incision médiane, laisse sourdre un liquide fétide très abondant. Une masse épiploïque sphacélée recouvre les anses intestinales ; elle est liée et réséquée. Il reste un paquet intestinal dont les anses sont agglutinées les unes sur les autres par des fausses membranes ; lorsqu'on enlève ces dernières, on voit à leur

place de larges plaques saignant en nappe à la surface de l'intestin. Mais le fait sur lequel j'appelle l'attention est le suivant :

« L'anse herniée très distendue présente sur la convexité une bande de sphacèle *longue de 9 centimètres et large de 2 centimètres.* »

M. Martinet pratique l'opération que j'ai décrite dans le chapitre précédent, dans mes deux observations inédites. Je transcris textuellement :

« Une sonde cannelée pressant sur la partie malade la déprime vers l'intérieur de l'intestin. Une suture continue au catgut réunit au-dessus d'elle, sur toute la longueur, la surface péritonéale, demeurée relativement saine, qui la borde. L'escarre se trouve ainsi incluse dans la cavité de l'intestin chargé de l'éliminer. »

Je passe rapidement sur la fin de l'opération, le débridement de l'anneau en bas, la toilette du sac, la fixation de l'épiploon suspect dans la plaie, le drainage à la gaze iodiformée de la cavité du sac, le passage de drains dans des contre-ouvertures latérales, à 10 centimètres sur le côté, le pansement à la glace, etc. La guérison fut rapide et complète.

Je ferai ressortir plus loin les quelques points de détail qui séparent mes observations de celle de M. Martinet. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'idée de ce chirurgien est des plus ingénieuses et des plus rationnelles. M. Chaput le reconnaît d'ailleurs, mais il refuse à M. Martinet le mérite de l'invention. « Il s'agit ici, dit-il, d'une manœuvre qui est entrée dans la pratique de presque tous les chirurgiens quand ils se trouvent en présence d'une perforation imminente de l'intestin. »

Ici, je demande à faire une distinction : il est certain qu'il a dû venir à l'esprit de tous les chirurgiens de faire des sutures sans résection pour oblitérer *une perforation immi-*

nente de l'intestin; aussi n'est-ce pas là, selon moi, que se trouve l'originalité du procédé. Il n'est pas question de ces petites taches presque ponctiformes qu'on trouve parfois près du collet; je me rappelle, pour ma part, avoir bien des fois pratiqué des sutures *de précaution*, pour ainsi dire, par-dessus ces taches de sphacèle. Mais j'avoue qu'il y a loin de cette pratique à celle qui consiste à agir de même lorsque l'escarre a une étendue de 9 centimètres de longueur sur 2 de largeur, comme dans le cas de M. Martinet, ou même lorsqu'elle a les dimensions d'une pièce de deux francs. Il paraît qu'en Allemagne on a donné le nom de *méthode de Lindner* à la pratique en question en 1891, et M. Chaput nous dit que Daviers et Bœckel sont cités dans la thèse de Barette comme ayant usé du même procédé, le premier en 1869, le second en 1875. Enfin, dans le travail de Dayot, en 1891, sur la hernie étranglée, il est question d'une observation de même nature. Eh bien, malgré toutes ces citations, je crois qu'il faut rendre hommage à M. Martinet, de Sainte-Foy. La preuve que ce procédé n'est pas aussi connu et vulgarisé que semble le dire M. Chaput, c'est que nulle part, dans nos livres classiques, il n'en est fait mention. Feuillotez l'article de M. Picqué dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, lisez le mémoire si complet de M. Berger dans le *Traité de chirurgie*, ouvrez le *Traité de thérapeutique chirurgicale* de MM. Forgues et Reclus, nulle part vous ne trouverez une indication, même sommaire, de ce mode de traitement. Je ne nie pas, je le répète, que la suture séro-séreuse sans résection ait été pratiquée par nombre de chirurgiens pour parer à des perforations menaçantes de l'intestin, mais je crois pouvoir affirmer que le fait d'appliquer cette méthode lorsque l'escarre des parois intestinales a une étendue notable n'est pas banal et de chirurgie courante. J'irai même plus loin : je suis convaincu qu'en présence d'une escarre intestinale de 9 centimètres de long sur 2 de large, mon ami Chaput lui-même,

avant d'avoir eu connaissance du travail de docteur Martinet, de Sainte-Foy, n'aurait pas employé le procédé en question. Il est vrai qu'il aurait sans doute pratiqué une de ces résections suivies d'entérorraphie où il excelle, et la malade n'en aurait pas moins guéri; mais là n'est pas la question. Ce que je veux faire ressortir, c'est que le docteur Martinet a l'incontestable et grand mérite de nous avoir appris qu'on peut, sans exciser l'escarre, remédier à des sphacèles *étendus* des parois intestinales. Pour ma part, j'avoue que c'est après avoir lu le très intéressant rapport de M. Chaput sur le mémoire du docteur Martinet que j'ai pratiqué les deux opérations relatées plus haut. Les deux succès que j'ai obtenus m'ont fort encouragé dans cette voie et je me promets d'avoir recours à ce mode opératoire toutes les fois que cela sera possible; aussi je pense que si, d'une manière générale, il est défectueux de donner un nom d'auteur à une méthode, on n'en doit pas moins garder une véritable reconnaissance au chirurgien qui l'a mise en lumière parmi nous.

On pourrait dire, pour être dans une note plus juste, que cette idée ingénieuse hante depuis longtemps l'esprit des chirurgiens, mais que l'exécution du procédé n'avait jamais été mise en pratique d'une façon courante. Déjà Astley-Cooper avait été frappé des inconvénients multiples de l'anus contre nature. « Si la portion sphacélée était très petite et située au centre d'un tissu parfaitement sain, je réduirais, dit-il, l'intestin à l'orifice du sac; j'appliquerais celui-ci sur la partie gangrenée dans l'espoir que des adhérences s'établiraient entre le sac et l'intestin, et que l'escarre serait éliminée par l'intérieur du canal intestinal. » (*Traité des hernies*, par Astley-Cooper, p. 261.)

Vraiment, je trouve là les premiers rudiments de la méthode que je préconise, de ce procédé spirituellement appelé *procédé du tout à l'égout*, dans lequel l'escarre n'est pas réséquée et s'élimine spontanément par les voies naturelles.

L'idée première est, pour ainsi dire, en germe dans ces quelques lignes, beaucoup plus, à mon avis, que dans les observations d'entérorraphie latérale qui ont trait à des sutures destinées à la cure des perforations intestinales. Il faut dire que la plupart de ces observations sont trop peu explicites. Voici par exemple un cas cité par Judrin dans la *Gazette médicale de Paris* (13 août 1840). La perforation mesurait deux lignes environ. On fit des sutures en croix. Les perforations les plus étendues et ainsi traitées n'ont jamais plus de 1 centimètre de diamètre. Seuls, Daviers (d'Angers) et Bœckel semblent avoir fait un pas de plus. Dans la thèse de Pissot (Paris, 1870), l'observation de Daviers est copieusement détaillée. Je cite textuellement ce qui a trait à la lésion :

« On apercevait deux petites plaques jaunâtres circulaires, ramollies, placées l'une à côté de l'autre, l'une *de la grandeur d'un grain de millet, l'autre de celle d'un grain de chènevis*. La plus grande offrait à son centre une perforation presque imperceptible, donnant issue, sous la pression des doigts, à une gouttelette d'un liquide louche et odorant (liquide intestinal). » (Thèse de Pissot, p. 59.)

Dans la hernie observée par Bœckel (voir la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1875, n° 5), la tache de gangrène avait « 2 centimètres de long sur 14 millimètres de large. » Il s'agissait d'une hernie crurale chez une femme de soixante ans; l'étranglement datait de trente-six heures. Bœckel fit une suture en surjet, renversant la plaque vers l'intérieur de l'anse intestinale; puis il réduisit l'intestin sans fermer la plaie extérieure. La malade guérit sans complication.

Enfin, je ne saurais mieux donner une idée de l'opinion moyenne des chirurgiens après la publication de tous ces faits qu'en citant textuellement les conclusions très explicites de la thèse de Pissot. Sa troisième conclusion est la suivante :

« Si la gangrène est d'étendue moyenne et si le diamètre

de l'escarre reste *au-dessus de 1 centimètre*, je ferai un anus artificiel. » La quatrième complète la précédente :

« Si la gangrène est d'étendue restreinte et *si les dimensions de l'escarre ne dépassent pas 1 centimètre* ; si, d'autre part, les parties voisines sont manifestement saines, je me croirai en droit de tenter la suture. Je n'exciserai point préalablement la partie mortifiée, mais je l'emprisonnerai dans un double point de la suture de Gély ; puis, je réduirai l'intestin en laissant à l'anneau la partie sur laquelle je viendrai d'appliquer la suture. »

Voilà, en réalité, où en était la question lorsque les observations de MM. Piéchaud et Martinet sont parvenues à la Société de chirurgie, et lorsque M. Chaput a fait son rapport. Eh bien, je le demande encore une fois, n'est-il pas original et nouveau d'avoir employé ce procédé pour une escarre de 9 centimètres de long sur 2 centimètres de large, alors qu'on s'accordait à ne regarder comme justiciables de cette intervention que les perforations intestinales ou les escarres ponctiformes, ou les taches de sphacèle de la grosseur d'un grain de millet ou d'un grain de chènevis, ou, à la rigueur, les plaques dont le diamètre ne dépasse pas 1 centimètre. N'avais-je pas raison de dire plus haut que le mérite de M. Martinet était, non pas d'avoir imaginé le procédé du tout à l'égout, mais de nous avoir *appris* qu'on pouvait l'appliquer à des lésions d'une étendue considérable ; la connaissance de ce fait m'a permis d'obtenir les deux guérisons remarquables que j'ai citées en commençant, et je vais montrer précisément dans quel cas on est autorisé à utiliser cette méthode.

IV

Lorsque, à l'ouverture d'un sac herniaire, on se trouve en présence d'une gangrène intestinale, à quel parti doit-on s'arrêter ? En d'autres termes, quelles sont les indications

qui doivent guider le chirurgien et le décider à opter pour telle ou telle intervention ?

Et, d'abord, quelles sont les ressources de la médecine opératoire en pareil cas ? On peut :

1° Faire un anus contre nature ;

2° Faire une résection large suivie d'entérorraphie ;

3° Employer le procédé mixte (Bouilly) qui consiste, après la résection, à faire une entérorraphie incomplète pour laisser une fistule de sûreté ;

4° Réduire, sans l'exciser, la paroi gangrenée dans la lumière de l'intestin et faire une suture séro-séreuse par-dessus (opération de Martinet).

C'est donc entre ces quatre opérations que le chirurgien aura à se prononcer.

Dans deux d'entre elles, la première (anus contre nature) et la troisième (procédé de Bouilly), on laisse au malade une infirmité dégoûtante qui guérit parfois (mais rarement) spontanément et qui exige d'ordinaire une intervention ultérieure très grave.

Les deux autres opérations, la seconde (entérorraphie après résection), et la quatrième (opération de Martinet) sont absolument radicales et laissent le malade complètement guéri.

Il semble, en présence de ce parallèle brut au point de vue du résultat, qu'il n'y a pas la moindre hésitation possible. L'idéal est bien évidemment de ne pas laisser au malade la plus petite fistule stercorale, et, à plus forte raison, de ne pas l'abandonner aux tourments physiques et moraux de l'anus contre nature. Nous voyons pourtant que MM. Verneuil, Lucas Championnière, Segond et beaucoup d'autres, se prononcent nettement en faveur de l'anus contre nature, se réservant d'intervenir ultérieurement pour la cure radicale de cet anus. M. Chaput, au contraire, a une tendance inverse, et préconise la résection intestinale suivie d'entérorraphie pour la plus grande majorité des cas.

D'où vient cette divergence ? N'y a-t-il pas là quelque malentendu ? C'est ce que nous allons examiner.

Je commence par dire qu'en pareille matière la statistique de la mortalité n'apporte aucune lumière dans le débat. La statistique est un trompe-l'œil qui semble, avec sa précision brutale, devoir trancher la question, et qui ne fait que l'embrouiller. S'il est quelques rares cas en médecine où la statistique peut rendre des services, on peut dire qu'il n'en est pas où elle soit plus illusoire que dans ceux qui nous occupent. En prenant intégralement la statistique de Riedel et Poulsen, de Lockwood de Saint-Bartholomew's hospital, qui traitent systématiquement toutes les hernies gangrenées sans exception par l'anus contre nature, on arrive à un total de 78 cas avec 64 morts, ce qui, au pourcentage, donne une mortalité de 82 pour 100 : soit 76 pour 100 dans la liste de Riedel et Poulsen, et 88 pour 100 dans celle de Saint-Bartholomew's hospital.

Pour faire pendant à ce chiffre brut de 82 pour 100 de mortalité dans l'anus contre nature, il faudrait une statistique intégrale de chirurgiens faisant systématiquement, à l'inverse des précédents, l'entérectomie et l'entérorraphie dans toutes les hernies gangrenées. Or, cette statistique n'existe pas, et M. Chaput ne peut nous donner qu'un tableau dans lequel sont, d'une part, les résections intestinales, et de l'autre, les anus contre nature pratiqués par des chirurgiens qui font « tantôt l'anus contre nature, et tantôt la suture ». En additionnant les observations de Czerny, de Hahn, de Kocher, de Hagedorn, de Mikulicz, on trouve 118 malades, sur lesquels 51 anus contre nature ont donné 39 morts (76 pour 100), et 67 sutures, 31 morts (46 pour 100). Comme on le voit, 76 pour 100 de mortalité est un chiffre qui se rapproche des 82 pour 100 cités plus haut. La suture ne donne que 46 morts pour 100, et M. Chaput conclut :

« On peut affirmer que la suture non seulement n'aggrave

pas la mortalité des hernies gangrenées, mais encore la diminue notablement... Il serait avantageux de traiter presque tous les malades par la suture, à la condition qu'elle fût correctement exécutée. »

Cette conclusion serait rigoureuse, je le répète, si elle résultait de la comparaison de deux statistiques intégrales appartenant à deux chirurgiens traitant systématiquement toutes les hernies gangrenées, l'un par l'anus contre nature, l'autre par la résection et la suture. Là est la clef du problème. On nous parle, au contraire, de chirurgiens qui font « tantôt » la première opération, « tantôt » la seconde. N'est-il pas clair que c'est l'état du malade qui détermine leur choix ? N'est-il pas évident qu'ils recourent à l'anus contre nature dans les cas les plus mauvais, dans les cas presque désespérés, réservant l'opération idéale aux malades encore résistants, aux cas plus récents et moins immédiatement menaçants ? Et alors, ce n'est pas de l'opération que le malade est mort, mais de sa gangrène herniaire ; et s'il n'a pu supporter l'établissement d'un anus contre nature, *a fortiori* aurait-il succombé à une opération longue et minutieuse telle que la résection et la suture. En d'autres termes, on est autorisé à penser que si le chirurgien avait fait l'anus dans les cas favorables où il a pratiqué la suture et inversement, s'il avait réservé cette dernière aux cas graves du premier groupe, la statistique serait renversée. Et comme, en somme, les deux opérations ont été pratiquées sur des malades peu comparables les uns aux autres, j'en conclus qu'il n'est pas logique de mettre en parallèle les résultats obtenus. Bref, je répète ce que je disais en commençant, à savoir que les chiffres, dans cette question, doivent être complètement mis de côté.

Aussi bien, ce qui me paraît important, c'est de préciser les indications de ces deux opérations.

V

On peut dire que c'est au sens clinique du chirurgien à décider en pareil cas. Il faut se rappeler que la résection intestinale, suivie de l'entérorraphie, est toujours une opération longue et minutieuse. On a beau répéter que les sutures intestinales ne sont pas douloureuses, qu'on peut se passer de la chloroformisation, qu'il suffit d'anesthésier la peau par des injections de cocaïne ; il n'en reste pas moins que les longues manipulations de l'intestin ne sont innocentes que sur les sujets dont la résistance est notable. Pour peu que l'état général soit mauvais, pour peu que le malade soit en état d'hypothermie, avec les extrémités froides, etc., il est de règle de s'abstenir de toute intervention de longue durée, même sans anesthésie chloroformique. On nous dit que l'idéal, en pareil cas, c'est la résection et la suture, c'est-à-dire la cure radicale et définitive. Mais je ne cesserai de répéter que le véritable idéal c'est la guérison du malade, et c'est courir à un échec assuré que de faire subir à ce dernier une opération longue et minutieuse qu'il lui est impossible de supporter. Et dans quel état voyons-nous, le plus souvent, les malades atteints d'un sphacèle total d'une anse herniée ? Est-il besoin de le rappeler ? Ils sont vraiment dans un état septique particulièrement grave ; le collapsus est presque toujours considérable, et c'est toujours pour moi un étonnement nouveau d'en voir qui ne succombent pas au shock opératoire dans de pareilles conditions. En présence de malades épuisés de la sorte, il faut, comme l'a dit M. Segond, réduire au minimum le coefficient traumatique de son intervention. Voilà donc une catégorie de malades pour lesquels la conduite à tenir n'est pas douteuse ; il faut agir avec la plus grande modération, éviter une *séance opératoire*, se passer autant que possible (et c'est presque toujours facile dans ces cas-là) de l'anesthésie chloroformique ; en un

mot, il faut pratiquer l'ouverture du sac et se borner après avoir reconnu l'étendue de la lésion à fixer les deux bouts de l'anse sphacélée au niveau de l'anneau débridé, à l'aide de quelques points de suture. Mais il y a là, je le répète, une question de sens clinique qui ne peut guère se définir. Si le malade n'est pas chloroformé, s'il semble supporter l'opération, on est autorisé à se servir du procédé de M. Bouilly, qui ne complique guère l'intervention et qui permet ultérieurement une cure définitive moins malaisée. On résèque largement toute la portion sphacélée en empiétant sur les parties saines; puis on affronte les deux bouts de l'intestin en commençant par leur insertion mésentérique et en ayant soin d'adosser les séreuses et de faire les trois plans classiques de sutures. On laisse en avant une ouverture à l'intestin, véritable orifice de sûreté, dont on suture les bords à l'anneau herniaire et aux lèvres du sac qu'on a réséqué presque en totalité. C'est déjà une intervention un peu plus longue, qui exige du malade une résistance plus grande. Il est vrai qu'elle laisse à l'opéré une fistule stercorale, plus facile à guérir dans un deuxième temps ultérieur, qu'un anus contre nature. Encore faut-il avoir soin, en faisant l'entérorraphie des trois quarts postérieurs de la circonférence de l'intestin, qu'il ne se produise pas d'éperon saillant dans la cavité intestinale. En résumé, ces deux opérations, l'établissement de l'anus contre nature, et l'entérorraphie incomplète de M. Bouilly, s'adressent également à la catégorie des malades les plus atteints. On peut dire que c'est un minimum d'intervention; qu'il suffit, pour la pratiquer d'avoir un bistouri, des ciseaux, une aiguille et du fil; qu'elle est d'une simplicité élémentaire. De là à dire qu'elle donne une statistique merveilleuse, il y a loin. Comment veut-on avoir une belle statistique quand il s'agit de malades qui vont mourir de leur maladie, sans parler de l'opération. Un hernieux m'arrive avec un sphacèle intes-

tinal énorme ; j'ouvre le sac ; je fixe les deux bouts de l'anse aux lèvres de l'orifice herniaire et je m'en vais. Si le malade succombe quelques heures après dans le collapsus, je n'accuserai pas mon intervention ; je dirai seulement que cette dernière a été trop tardive et qu'il est mort de sa gangrène herniaire.

Supposons, au contraire, qu'au lieu d'un anus contre nature j'aie pratiqué chez ce même malade une opération radicale. une résection très large et une entérorraphie, même en employant les derniers perfectionnements de la technique ; si mon opéré succombe le lendemain dans le collapsus, j'aurai toujours l'arrière-pensée qu'il est peut-être bien mort du shock opératoire ajouté à l'état général grave qu'il présentait antérieurement.

Quels sont donc les hernieux justiciables de l'opération idéale, c'est-à-dire de la résection et de l'entérorraphie circulaire ?

VI

Le nombre en est, il me semble, des plus restreints. Je crois que les malades porteurs d'une hernie gangrenée sont rarement dans un état assez satisfaisant pour qu'un chirurgien prudent se décide à entreprendre cette cure radicale. Je suis bien convaincu que la technique de ces sutures intestinales est maintenant bien perfectionnée. Les sutures muco-muqueuses, recouvertes par deux rangées de sutures séro-séreuses donnent une sécurité parfaite au point de vue de l'oblitération de la solution de continuité ; l'emploi de la soie fine pour ces sutures est aussi un perfectionnement notable ; comme le fait remarquer M. Chaput, on peut avoir, sur une seule bobine, une quantité considérable de mètres de fil, tandis que le catgut arrive parfois à manquer au milieu d'une opération de ce genre. Il n'en est pas moins vrai qu'il ne faut se décider à cette brillante opération que lors-

qu'on est dans des conditions d'installation satisfaisantes. Il faut être sûr de son aide, sûr de son asepsie, sûr de son éclairage, sûr de soi-même ; nous sommes loin, comme on le voit, de la technique si simple, si élémentaire de l'anuscotomie contre nature. Je suis cependant très disposé à faire cette opération à la première occasion ; mais, je l'avoue, cette occasion ne s'est pas encore présentée. Pour que je me décide à la faire, il faudra, je le répète, que le malade soit avant tout, ou du moins, me paraisse en état de la supporter. J'ai, d'ailleurs, une grande habitude des sutures et des abouchements viscéraux ; j'ai même, comme on le sait, une grande prédilection pour les gastro-entérostomoses ; mais jamais je ne me laisserai aller à faire la résection et l'entérorraphie sur des malades en état de collapsus marqué. Il est difficile et même impossible de marquer la limite précise qui sépare les cas justiciables de cette opération de ceux qui doivent être traités par l'anuscotomie contre nature. Il y aura toujours des cas incertains, indécis, douteux, et c'est là que, suivant son tempérament chirurgical personnel, le chirurgien se décidera pour l'une ou l'autre intervention. Quoi qu'il en soit, je le répète, les indications de *l'opération idéale* doivent à peu près toutes être tirées de l'état général du malade, et, par conséquent, de sa force de résistance.

Or, c'est précisément dans cette catégorie de malades moins gravement atteints que se trouvent ceux qui peuvent être guéris par le procédé de l'invagination, par l'opération de Martinet. L'état du hernieux, lorsque la gangrène est peu étendue, reste en général plus satisfaisant, et c'est alors aussi que la résection suivie d'entérorraphie doit être pratiquée. En présence des faits que j'ai cités en commençant cette étude, il n'est pas permis d'hésiter, et toutes les fois que cela sera possible, c'est l'opération de l'invagination qui sera pratiquée. Cette intervention restreint encore les indications de l'entérorraphie après résection, puisqu'elle peut

s'appliquer à des escarres beaucoup plus volumineuses qu'on ne le croyait. Elle doit être employée de préférence, car elle est beaucoup plus simple et surtout permet d'opérer en dehors de toute effusion de liquide intestinal. On peut même, comme je l'ai fait, l'employer quand une escarre étroite occupe toute la circonférence d'une anse intestinale (voir les observations), il reste, après l'opération, un véritable diaphragme percé à son centre pour la circulation des gaz et des matières. Ce diaphragme, trop étroit s'il devait persister indéfiniment, ne tarde pas à disparaître dans sa plus grande partie, puisque les parties sphacélées se détachent du quatrième au sixième jour, ainsi que je l'ai vu dans mes observations en examinant les selles des malades. Lorsque c'est une plaque étendue qui a été ainsi invaginée, elle forme à l'intérieur de l'intestin une sorte de valvule. Mais cette valvule est flottante et fiasque ; elle est molle et peut être comparée à une énorme valvule connivente qui ne gêne en rien le cours des matières, et qui, d'ailleurs, ne tarde pas, elle aussi, à être éliminée.

Au premier examen, il semble qu'il soit plus avantageux, quand on invagine ainsi une plaque de sphacèle, de faire les sutures parallèlement à la direction de l'intestin ; de cette manière, la plaque invaginée fait en dedans une saillie allongée dans le sens de la circulation des liquides, et ne forme pas, à proprement parler, une valvule. Quand on fait, au contraire, une ligne de sutures perpendiculaires à l'axe de l'intestin, le repli sphacélique est perpendiculaire aussi à cet axe ; il doit former valvule et gêner le cours des matières. Mais en y réfléchissant, on verra que les sutures faites suivant une ligne parallèle à l'axe intestinal rétrécissent notablement le canal, et laissent à la chute de l'escarre une diminution définitive du calibre de l'intestin à ce niveau. Si, au contraire, on a opéré sur une perpendiculaire à la direction de l'intestin, le rétrécissement causé par la valvule est

plus considérable pendant les premiers jours, mais disparaît définitivement ou à peu près après l'élimination des tissus sphacelés. C'est donc à ce dernier mode opératoire que je conseille d'avoir recours. En agissant ainsi, on fait quelque chose de tout à fait analogue à ce que M. Chaput appelle *l'excision losangique*. Pour éviter le rétrécissement de l'intestin, il excise la plaque escarrifiée en empiétant sur les tissus sains; il en résulte une perte de substance à laquelle il a soin de donner la forme d'un losange à grand axe dirigé suivant l'axe de l'intestin. En réunissant alors les bords contigus de ce losange avec des fils de soie, il arrive à faire une ligne de sutures perpendiculaires à la direction de l'intestin, exactement comme je viens de le conseiller. C'est absolument la même opération avec cette différence capitale que l'excision de la plaque complique singulièrement la situation, à cause de l'hémorragie, souvent très abondante, à laquelle elle donne lieu, à cause aussi de l'effusion des liquides intestinaux.

Le point délicat est de savoir quelle est l'étendue maxima de la lésion qu'on peut ainsi traiter par l'invagination. Je rappelle que jusqu'ici, en commentant les faits connus, on a pu guérir ainsi une escarre de 9 centimètres de long sur 2 centimètres de large, et une escarre de la largeur d'une pièce de 2 francs. Inutile d'ajouter que toutes les escarres d'une dimension inférieure à celles-ci sont justiciables du même procédé. Mais peut-on aller plus loin? Je n'hésite pas à dire que s'il s'agissait du gros intestin, où les effets du rétrécissement ultérieur sont moins appréciables, on serait autorisé à agir à *la Martinet*, pour remédier à des sphacèles de la dimension d'une pièce de 5 francs et même de plus grande étendue. L'avenir dira jusqu'où il est permis d'aller dans cette voie.

Il est aisé de poser les indications de cette opération; *elle est indiquée toutes les fois qu'elle est possible*. Ici, il n'y a pas à

discuter. Il suffit donc, en se basant sur le siège et sur la forme de l'escarre, de se demander si l'invagination des parties atteintes est possible sans oblitération du canal intestinal. Et toutes les fois que la réponse est affirmative, l'indication est formelle. Nul besoin de s'inquiéter de l'état général du malade; nul besoin de songer à un aide de choix, à une installation de premier ordre, nul besoin de chloroformisation. L'opération est facile et rapide, et les liquides intestinaux ne viennent pas souiller incessamment le champ opératoire.

Mais alors les indications de la résection avec entérorraphie sont singulièrement restreintes. Nous venons de réserver à l'anus contre nature tous les sphacèles étendus s'accompagnant d'un état général grave, de phénomènes de collapsus et d'intoxication aiguë; nous venons, de plus, de choisir parmi les cas de gangrène limitée tous ceux dont l'étendue et le siège permettent de pratiquer l'invagination sans que le rétrécissement ultérieur de l'intestin soit trop marqué. Que reste-t-il donc à la résection avec entérorraphie circulaire? Tout juste les hernies dans lesquelles la gangrène occupe toute une anse intestinale, sans que pour cela les phénomènes généraux d'intoxication aient atteint la période ultime à laquelle toute résistance notable a disparu. Comme on le voit, dans mon esprit, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on sera appelé à pratiquer cette opération, tandis que l'anus contre nature et le procédé de l'invagination seront très fréquemment employés.

En terminant, j'ajouterai que cette opération de Martinet rendra aussi les plus grands services lorsque certaines parties d'une anse herniée paraîtront suspectes. Il n'est pas rare, en effet, d'être pris de scrupule au cours d'une kélotomie, et de se demander si telle tache marbrée, ou livide, ou un peu ramollie, n'est pas déjà frappée de mortification. Quel est le chirurgien qui, après la réduction d'une anse, n'a pas eu

quelque inquiétude au sujet d'une tache qui lui avait paru suspecte? Désormais, je n'aurai pas la moindre hésitation et je traiterai comme des taches de sphacèle toutes ces petites plaques suspectes, qu'il n'est pas rare de rencontrer au niveau de l'anneau constricteur. Et il ne faut pas croire non plus que c'est là une pratique banale et courante. Nombre de chirurgiens n'hésitent pas à réséquer une anse intestinale quand ils ont des doutes sur sa vitalité. C'est là une réaction de la célèbre pratique de Velpeau, qui conseillait la réduction pure et simple de l'anse intestinale quand les lésions sont petites. Cette méthode de Velpeau, qui lui avait donné une série heureuse de cinq cas, par suite probablement de la production d'adhérences protectrices au niveau des parties atteintes, était déjà dans la pratique de Lawrence et d'Astley Cooper, et ce n'est qu'en 1861 que M. Verneuil, à la Société de chirurgie, fit justice de cette hérésie, en recommandant, pour tous ces cas légers, l'anus contre nature. Maintenant, c'est la résection et l'entérorraphie qu'on veut employer dans les cas suspects. Je crois infiniment plus sage de s'en tenir à la pratique suivante :

1° Si les plaques suspectes sont susceptibles d'être traitées par l'invagination (siège, forme, dimensions), il n'y a pas à hésiter;

2° Si toute une anse est suspecte, il faut l'envelopper dans de la gaze antiseptique et la laisser à l'extérieur après avoir débridé l'anneau pour lever l'étranglement. Lorsque, au bout de quarante-huit heures, on constate que la vitalité des parois est nettement appréciable, on opère la réduction.

VII

Je dirai, pour résumer et conclure, que le procédé de l'invagination, remis en lumière par M. Martinet de Sainte-Foy, était sans doute connu depuis longtemps, mais qu'on

n'avait jamais songé à l'appliquer à des lésions aussi étendues.

I. Ce procédé, béni, facile à exécuter et radical, doit entrer dans la pratique courante, non seulement pour les taches punctiformes, les perforations peu étendues et les plaques ne dépassant pas 1 centimètre de diamètre, mais même pour de larges escarres de la dimension d'une pièce de 2 francs et d'une longueur de 9 centimètres, ou pour des escarres circulaires, mais étroites, occupant toute la circonférence de l'intestin.

II. Ce procédé du « tout à l'égout » rendra très souvent les plus grands services, et donnera au chirurgien une véritable sécurité lorsque, par places, les parois de l'intestin paraîtront suspectes. Avant d'opérer la réduction, il sera aisé *d'enterrer* les plaques menaçantes sous un double plan de sutures séro-séreuses à la soie.

III. Toutes les fois que la gangrène sera très étendue et occupera une anse entière, on étudiera avec soin l'état général du malade, et comme ces cas-là s'accompagnent ordinairement d'accidents infectieux graves, de collapsus, etc., c'est à l'intervention minima, c'est-à-dire à l'anus contre nature, qu'il faut avoir recours, ou au procédé mixte de Bouilly qui en dérive.

IV. Il ne faut pratiquer l'excision de l'anse sphacélée et l'entérorraphie que lorsque — par hasard — on intervient assez tôt pour que l'infection générale n'ait pas encore déprimé profondément le malade. Cette opération doit donc être une intervention d'exception.

EXTRAIT DU BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE

Numéros des 30 novembre et 13 décembre 1894.



A LA MÊME LIBRAIRIE

Leçons de clinique thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Recueillies par le docteur Eug. CARPENTIER-MÉRICOURT, et revues par l'auteur.

TOME I^{er}. — Traitement des maladies du Cœur et de l'Aorte, de l'Estomac et de l'Intestin.

TOME II. — Traitement des maladies du Foie et des Reins, du Poumon et de la Plèvre, du Larynx et du Pharynx.

TOME III. — Traitement des maladies du Système nerveux, Traitement des Fièvres et des maladies générales.

3 volumes grand in-8° de 800 pages chacun avec figures dans le texte et planches chromolithographiques hors texte. 6^e édit. 48 fr.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. 4 forts volumes in-4° de 900 pages chacun, imprimé à deux colonnes, avec 800 figures. Broché..... 100 fr.
Chacun des volumes, pris séparément..... 25 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1884-1885)

Les Nouvelles Médications (1^{re} série), par DUJARDIN-BEAUMETZ.
1 vol. in-8° de 250 pages, avec figures. 3^e édition, broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1890)

Les Nouvelles Médications (2^e série), par DUJARDIN-BEAUMETZ.
1 vol. in-8° de 200 pages, avec figures. Broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1885-1886)

L'Hygiène alimentaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ. — 1 vol. in-8° de 250 pages, avec figures dans le texte et une planche chromolithographique hors texte. 2^e édition, broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1886-1887)

L'Hygiène thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-8° de 210 pages, avec figures dans le texte et une planche chromolithographique. Broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1887-1888)

L'Hygiène prophylactique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-8° de 234 pages, avec figures dans le texte et une planche chromolithographique. Broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. LES PROFESSEURS BOUCHARDAT, LEFORT ET POTAIN

SECRETARE DE LA RÉDACTION: LE D^r DUJARDIN-BEAUMETZ

Médecin des hôpitaux.

ON S'ABONNE EN JANVIER ET JUILLET POUR UN AN

Paraissant deux fois par mois par cahier de 48 pages. Paris et départements, 1^{fr} francs

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARGET, 7.

