
**Biblioteka Główna
WUM**

TRAITEMENT DES HERNIES GANGRENÉES

PAR L'INVAGINATION TOTALE OU PARTIELLE

Par le D^r Aimé GUINARD

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je désire attirer l'attention sur un traitement des hernies étranglées avec sphacèle de l'intestin, par un procédé nouveau que j'ai imaginé au mois de mars de cette année et que j'ai pratiqué pour la première fois sur le vivant le 1^{er} mai 1895. Voici d'abord en quoi consiste ce procédé.

I

Je suppose que, au cours d'une opération de kélotomie pour des accidents d'étranglement herniaire, on se trouve en présence d'une anse intestinale gangrenée dans sa totalité.

Je commence par faire une antisepsie aussi complète que possible du sac, et cela, bien entendu, avant de pratiquer le débridement. Dans un deuxième temps je débride l'anneau et j'attire l'intestin au dehors, de façon à bien mettre en évidence les limites du mal.

Avec les ciseaux je désinsère le mésentère au niveau du bord adhérent de l'intestin malade, et je résèque le V mésentérique à sommet postérieur correspondant.

Il s'agit ensuite d'invaginer toute l'anse gangrenée, et cela sans l'ouvrir, dans le bout inférieur de l'intestin. Ce dernier est facile à distinguer du bout supérieur dont il diffère considérablement : il est en effet rétracté au lieu d'être aminci et distendu. Saisissant donc le bout inférieur avec la main droite au niveau de sa continuité avec l'anse malade, je me sers de la main gauche pour invaginer, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse, toutes les parties sphacélées dans ce bout inférieur. Lorsque

Biblioteka Główna WUM

Br.6606



000027971



www.dlibra.wum.edu.pl

l'anse malade a disparu en totalité dans la cavité du bout inférieur, j'unis le péritoine sain de ce dernier à celui du bout supérieur, en faisant une couronne de sutures séro-séreuses à points séparés. Pour plus de sûreté j'invagine cette couronne de sutures ainsi qu'un centimètre d'intestin sain et je place de nouvelles sutures semblables aux premières, de façon à ce que les adhérences péritonéales aient lieu en surface. Il reste, pour terminer, à placer quelques points de suture sur le mésentère, et à réduire le tout dans la cavité abdominale. J'insiste sur ce point qu'il faut avoir soin de faire un débridement très large, pour que pendant la réduction l'intestin ne subisse, au niveau des sutures, ni pressions, ni tiraillements. L'opération se termine ensuite comme toutes les kélotomies.

Au bout de deux, trois ou quatre jours, l'anse gangrenée est éliminée par les voies naturelles, et on en retrouve les débris, avec un peu de sang, dans les selles.

Quelles sont les objections qu'on peut faire à ce procédé? La première qui se présente à l'esprit a priori, c'est que les parois intestinales ainsi invaginées doivent constituer la lumière du bout inférieur et que les phénomènes d'occlusion doivent persister. Je répondrai simplement que cette objection tombe devant l'expérience pratique. Avant de tenter l'opération sur le vivant j'avais fait à l'amphithéâtre de nombreuses expérimentations sur ce sujet. Prenant une anse intestinale grêle, j'avais fait des invaginations partielles et totales de formes et de dimensions variées; les résultats de ces expériences sont consignés dans la thèse de mon élève le Dr Gröll, de Grenoble; aussi me bornerai-je à rappeler qu'on peut, sur le cadavre, invaginer l'intestin grêle sur une longueur de 10 centimètres sans que la circulation des gaz et des liquides soit interrompue, mais j'insiste sur ce point que si l'invagination est faite, non plus dans le bout inférieur, comme je le recommande, mais dans le bout supérieur, le cylindre invaginé forme une véritable valvule, et l'obstruction, à son niveau, est absolument complète.

Sur le vivant il suffit pour faire cesser les accidents de l'étranglement, d'un orifice étroit qui laisse passer les gaz; c'est ainsi que le petit modèle du bouton de Murphy ne laisse à son centre qu'un canal très étroit; mais les jours suivants, il tombe dans le bout inférieur ainsi que notre double cylindre invaginé et le calibre de l'intestin redevient rapidement normal. Il faut dire pourtant qu'il y a une limite qui doit être appréciée au cours de

l'opération par le chirurgien; il est clair que s'il s'agit du gros intestin, on pourra en invaginer une longueur considérable; mais c'est presque toujours sur l'intestin grêle que siège le sphacèle, et là on ne saurait donner de règle précise. Il peut arriver que les parois de l'intestin malade soient amincies, molles, flasques, comme du chiffon mouillé; il est clair qu'on pourra dans ce cas faire porter l'invagination sur 10 centimètres et plus d'intestin. Mais il arrive aussi que les parois malades sont au contraire épaissies, œdématées, indurées et comme cartonnées. En pareil cas l'invagination est presque impossible; l'intestin ne se laisse pas refouler; c'est alors qu'il ne faut pas insister et savoir se résoudre immédiatement à prendre un autre parti. En résumé les contre-indications à cette opération de l'invagination totale peuvent tenir à deux causes seulement :

- 1° La longueur de l'anse sphacélée;
- 2° L'état de rigidité des parois.

III

Voyons maintenant quelles sont les indications de notre opération.

Cela revient à mettre en parallèle les opérations pratiquées jusqu'ici pour la cure des hernies gangrenées.

J'élimine d'abord la méthode mixte de M. Bouilly qui consiste à faire une résection des parties sphacélées et à pratiquer une entérorraphie incomplète, de manière à laisser comme soupape de sûreté une fistule stercorale. Je pense que l'auteur lui-même a renoncé à ce procédé.

Il nous reste comme ressource l'anus artificiel d'une part, et de l'autre l'entérectomie suivie d'entérorraphie.

L'anus contre nature a, comme avantages, la facilité et la rapidité d'exécution; mais ses inconvénients sont nombreux. Est-il besoin de dire qu'il laisse une infirmité dégoûtante qui nécessite ultérieurement une opération sérieuse et grave. Il faut bien savoir aussi que l'opération première en elle-même n'est pas aussi innocente qu'on l'a dit. Elle s'accompagne souvent d'accidents immédiats tels que phlegmons, septicémie, etc.

L'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire ne présente, au contraire, aucun de ces inconvénients : c'est une opération radicale. Mais elle en offre malheureusement d'autres. Il faut, pour bien faire ces sutures, un outillage, un éclairage, une assistance de choix. C'est une intervention longue et minutieuse qui exige chez le malade une force de résistance toujours fort précaire en cas de gangrène herniaire. En un mot c'est une opération idéale, mais grave.

Voyons maintenant mon opération d'invagination totale. Si on la compare à l'entérectomie suivie d'entérorraphie, on peut voir qu'elle n'a aucun de ses inconvénients; elle n'est pas grave, elle n'est pas longue (une demi-heure au grand maximum), elle ne nécessite ni aides spéciaux, ni outillage particulier. En revanche, c'est une opération idéale, tout comme la précédente.

L'invagination n'a en outre aucun des inconvénients de l'anus contre nature; elle ne nécessite aucune opération ultérieure; elle n'expose pas aux phlegmons et à la septicémie, puisqu'on n'ouvre pas l'intestin et qu'à aucun moment la plaie n'est souillée par les matières. Elle en a tous les avantages, puisqu'elle est bénigne, facile à exécuter et de courte durée. Je l'ai faite sans anesthésie avec le plus beau succès.

En un mot, pour résumer cette discussion, on peut dire de l'invagination totale qu'elle a tous les avantages de l'anus artificiel et de l'entérectomie avec entérorraphie sans en avoir aucun des inconvénients. C'est donc bien l'intervention idéale en cas de sphacèle de l'intestin : et, sous la réserve des ~~contra~~ indications énoncées plus haut (longueur de l'anse et état rigide des parois malades), je dirai qu'il faut sans hésitation possible, la pratiquer toutes les fois *qu'elle est possible*, à l'exclusion des deux autres.

IV

Je ne veux pas terminer cette communication sans dire un mot de l'invagination partielle et sans rappeler comment j'ai été amené à la conception de l'invagination totale, qui m'appartient en propre.

Depuis que la crainte du taxis prolongé et forcé pénètre de plus en plus dans les nouvelles générations médicales, les sphacèles herniaires sont de moins en moins fréquents. On trouve le plus souvent les premiers degrés de la gangrène, qu'on peut diviser en quatre classes :

- 1° Les perforations imminentes;
- 2° Les perforations punctiformes;
- 3° Les petites plaques de sphacèle ne dépassant pas un centimètre de diamètre;
- 4° Les grandes plaques sphacélées de forme et de dimension variées.

Pour les deux premières catégories, il est bien certain que de tout temps, les chirurgiens ont dû les oblitérer par un ou deux points de suture séro-séreuse : je passe.

Pour les plaques d'un centimètre de diamètre, il faut arriver à Daviers, cité dans la thèse de Dayot, pour voir qu'on a eu l'idée de les enterrer, de les enfouir, de les invaginer sous une série de

points de suture à la Lembert. Les thèses de Pissot et de Barette mentionnent plusieurs faits de ce genre.

Déjà Eug. Bœckel en 1875 a traité de même avec succès une plaque de gangrène « qui avait 2 centimètres de long sur 14 millimètres de large ».

Mais il faut arriver à M. Martinet de Sainte-Foy la Grande pour voir l'invagination partielle appliquée à des sphacèles étendus (9 centimètres de long sur deux de large). J'ai publié à la suite du mémoire de MM. Martinet et Piéchaud une série d'observations du même genre dans le Bulletin de thérapeutique, dans l'Union médicale, dans la thèse du docteur Gröll de Grenoble. Quelques-unes de mes observations portaient sur des cas dans lesquels le sphacèle occupait tout le pourtour de l'anse étranglée, au niveau de l'anneau. Dans un fait que j'ai opéré à Cochin dans le service de M. Quénu, j'ai ainsi invaginé deux anneaux de sphacèle siégeant tous deux au niveau du collet du sac et séparés l'un de l'autre par une anse saine. A la suite de l'opération, les anneaux invaginés formaient à l'intérieur de la cavité intestinale deux véritables diaphragmes semblables à ceux des instruments d'optique : mais le calibre de l'intestin est redevenu normal quand ces diaphragmes sphacelés se sont éliminés avec les selles.

C'est alors que me trouvant en présence d'une anse de 9 centimètres de long, gangrenée en totalité, j'ai eu l'idée de l'invaginer dans le bout inférieur et cela avec le plus beau succès.

J'ai depuis lors, pratiqué de nouveau cette opération, avec la plus grande facilité et le meilleur résultat. J'ai pourtant échoué une fois au cours d'une kélotomie à Lariboisière avec M. Peyrot. Mais il s'agissait là d'une hernie ombilicale contenant 30 centimètres d'intestin sphacélé : il a été impossible de faire l'invagination. Mon collègue, M. Albarran a fait l'opération en question à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Blum. On peut voir dans la thèse de M. Gröll d'après l'observation publiée par M. Mouchet, interne du service, quel brillant résultat elle a donné.

J'ai en réalité jusqu'à ce jour 12 observations personnelles, dont 7 ont été publiées dans la thèse de M. Gröll. — Sur tous ces faits, je le dis en terminant, j'ai eu deux morts. Mais je fais avec soin remarquer que ces deux morts ont été causées par une perforation secondaire survenue au 3^e jour de l'opération sur une tache qui avait paru suspecte, mais qui n'avait pas été suturée. Je ne compte aucune mort sur les cas d'invagination totale. Et je le répète, les deux morts survenues chez les malades atteints de gangrène partielle de l'intestin, sont imputables au chirurgien et

non à la méthode. J'en profite pour insister vivement sur le soin que l'on doit apporter à enfouir sous des sutures toutes les parties qui semblent suspectes au cours de l'opération.

Même après une invagination totale, on peut trouver assez loin sur l'intestin quelques taches livides qu'il ne faut pas hésiter à « enterrer » séparément sous une double rangée de sutures de Lembert. Pour ma part, je crois pouvoir affirmer que pareil accident ne m'arrivera plus désormais.

En résumé, c'est encouragé par les succès que j'ai obtenus de l'invagination partielle, cette méthode du « tout à l'égoût » remise en honneur parmi nous par M. Martinet de Sainte-Foy la Grande, que j'en suis arrivé à la conception de l'invagination totale d'une anse gangrenée.

V

D'après tout ce qui précède je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° L'invagination partielle s'applique à tous les cas dans lesquels la sphacèle n'occupe pas la totalité de l'anse herniée ;

2° L'invagination totale est l'opération de choix toutes les fois qu'une anse gangrenée en totalité peut être refoulée sur toute sa longueur dans le bout inférieur ;

3° Les seules conditions qui peuvent la rendre impraticable sont l'état des parois (œdème, épaissement, rigidité) et la longueur de l'anse ;

4° Elle ne saurait, *quand elle est possible*, être mise en parallèle avec les autres procédés; elle n'a aucun des inconvénients de l'anus artificiel et présente tous les avantages de l'entérectomie et de l'entérorraphie, tout en restant beaucoup plus innocente que celles-ci.

Biblioteka Główna WUM