

Ce qui précède ne s'applique qu'aux plaies accidentelles, car, dans une hernie gangrenée, je crois qu'il vaut mieux établir un anus contre nature que d'attirer l'intestin au dehors et d'en réséquer la quantité nécessaire pour invaginer ensuite les deux bouts, ainsi que le fit Ramdohr (ce chirurgien faisant l'invagination simple, sans adossement des séreuses). D'ailleurs, le plus souvent on ne le pourrait pas, à cause des adhérences qui existent presque toujours dans ces cas entre l'intestin et le pourtour du collet du sac, adhérences qu'il ne faut même jamais chercher à rompre, sous peine de déchirer l'intestin et de déterminer un épanchement de matières stercorales dans le péritoine. Cependant, la chirurgie de l'abdomen a fait de si grands progrès que beaucoup des anciens préceptes sont battus en brèche. C'est ainsi que M. le Dr Julliard (de Genève) a pratiqué la résection de 18 centimètres d'intestin dans un sac herniaire, réuni les deux bouts, réduit dans le ventre, et guéri sa malade. T. Kœberlé n'a-t-il pas eu la hardiesse, d'ailleurs couronnée de succès, de réséquer 2 mètres d'un intestin grêle atteint de rétrécissements multiples? Il n'est pas douteux que cette pratique doit être imitée lorsque, dans une laparotomie on trouve un bout d'intestin gangrené. J'en ai réséqué (janvier 1881) 1 mètre environ dans ces conditions, mais la malade était déjà atteinte de la péritonite qui l'a emportée. Dans tous les cas de résection avec suture des deux bouts de l'intestin, une précaution très importante consiste à fixer l'anse à la plaie de la paroi abdominale pour éviter la chute des matières intestinales dans le péritoine si la suture venait à manquer.

Les plaies de l'intestin, comme celles de l'estomac, sont beaucoup plus graves lorsque les viscères contiennent des matières au moment de l'accident, à cause de l'épanchement qui détermine une péritonite suraiguë. Pour le même motif, il faut, après la suture, condamner le malade à une diète absolue, même des liquides, pendant au moins vingt-quatre heures, et donner de l'opium à haute dose.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître si, dans une plaie pénétrante, l'intestin a été blessé : lorsque la plaie est assez grande pour laisser sortir les gaz, ceux-ci s'accumulent dans la cavité péritonéale et déterminent un ballonnement considérable du ventre. On reconnaît que l'air ne siège pas dans les intestins à ce que la région du foie est sonore à la percussion.

L'intestin grêle, avons-nous dit, est très mobile et flotte dans la cavité abdominale : aussi, par la même raison, entre-t-il presque toujours dans la composition des hernies. Il est susceptible de s'enrouler sur lui-même, de se nouer, de s'invaginer, de passer à travers des orifices normaux ou anormaux qui l'étranglent, sous des brides, sous des diverticulums, etc., etc. Il en résulte des accidents décrits sous le nom d'*étranglement interne* et qui consistent essentiellement en des vomissements incessants, du hoquet, la suppression absolue des selles et de l'évacuation des gaz. Les vomissements, d'abord bilieux, deviennent ensuite jaunâtres, fécaloïdes. Les malades sont loin, d'ailleurs, de se ressembler à cet égard : les uns vomissent dès le début des accidents, et les vomissements sont incessants ; d'autres vomissent à d'assez longs intervalles ; il en est qui vomissent à peine une fois ou deux en vingt-quatre heures. Les accidents marchent lentement dans ce dernier cas, le facies s'altère beaucoup moins vite, et l'on hésite à intervenir activement, mais la mort n'en arrive pas moins.