

La cure opératoire est *facultative* chez les enfants au-dessous de 5 ans, chez lesquels la hernie est facilement et constamment maintenue par un bandage; elle est *seule curative* chez les autres.

Légitimité de la cure opératoire. — Quel que soit le cas envisagé, l'opération est toujours légitimée par le danger d'étranglement contre lequel aucun bandage ne peut assurer le malade. Toutefois cette légitimité ne peut exister qu'à une condition expresse, *c'est que la mortalité de l'opération soit nulle*, car on n'a pas le droit d'assurer le patient contre un danger éventuel au prix d'une opération mettant en jeu son existence. Or, le danger vient : 1° de l'anesthésie; 2° du manque d'asepsie, qui peut entraîner la mort par péritonite, surtout dans la cure opératoire des hernies ombilicales qui équivaut à une véritable laparotomie. C'est dire qu'on ne devra jamais proposer à un malade la cure sanglante de sa hernie que si on n'est pas certain de pouvoir éviter ces deux ordres de dangers. Aujourd'hui, l'asepsie des instruments et des compresses est facile à réaliser, mais il reste le danger de l'anesthésie générale. Quelque faible que soit ce danger, surtout avec les nouveaux appareils qui permettent de doser le chloroforme, il existe et c'est pour cela qu'il faudra pratiquer *autant que possible* l'opération au moyen de l'anesthésie locale. La cocaïne et la stovaine nous permettent de réaliser ce desideratum et de réduire le danger opératoire à zéro dans l'immense majorité des hernies de petit et de moyen volume. La rachi-anesthésie, bien que n'ayant pas encore fait suffisamment ses preuves, me paraît d'ores et déjà devoir être substituée à l'anesthésie générale pour les autres cas, sauf pour les volumineuses hernies ombilicales. Je dois reconnaître cependant que l'immense majorité des chirurgiens opère à l'aide de l'anesthésie générale, et qu'ordinairement celle-ci est réclamée par le malade.

Principes généraux de la cure sanglante. — Le chirurgien doit s'efforcer d'obtenir la guérison radicale : 1° en supprimant le sac, organe de glissement, et non seulement ce sac, mais l'infundibulum péritonéal qui le précède; 2° en réséquant le plus possible de l'épiploon contenu dans la hernie et même au delà, pour diminuer la tension intra-abdominale et par conséquent la tendance à une nouvelle hernie; 3° en reconstituant le plus soigneusement la paroi, ce qui s'obtient en multipliant les plans de suture, de façon à n'oublier aucune des couches qui, à ce niveau, composent la paroi abdominale.

Mortalité. Complications. — La mortalité, nous l'avons dit, doit se rapprocher de zéro pour rendre l'opération légitime, et je dois à la vérité de dire que ce desideratum est obtenu à bien peu de chose près à l'heure actuelle par la grande majorité des chirurgiens. Je n'ai pas souvenir d'avoir observé une seule mort à la suite d'une cure radicale. Les statistiques portant sur plusieurs centaines de cas sont fréquemment vierges de tout décès.

Cependant, la mort peut survenir par *congestion pulmonaire* chez les emphysémateux. Si on se décide à les opérer, il faudra les faire asseoir dans leur lit dès les premiers jours et à la moindre menace les couvrir de ventouses.

Les *péritonites*, les *phlegmons* ne sont plus observés fort heureusement à l'heure actuelle; mais, malgré les précautions et les perfectionnements de l'asepsie, on n'est pas encore parvenu complètement à éviter l'*élimination des fils*.

Pour restreindre au minimum ce fâcheux ennui, on n'emploiera le fil de soie non résorbable que dans de rares circonstances, dans les grosses hernies ombilicales, par exemple.

Valeur de la cure opératoire. — La valeur de la cure opératoire est fonction d'opérateur et fonction d'opéré. Elle vaut par le soin qu'on a mis à reconstituer la paroi, le plus solidement possible. Elle vaut par la qualité de l'étoffe qu'a recousue le chirurgien. A ce sujet, les hernies de faiblesse ne donnent que des satisfactions médiocres et nécessitent le port ultérieur d'un bandage. Il en est de même des hernies provoquées par l'obésité.

Les complications qui compromettent le plus la solidité de la cicatrice et nécessitent le port ultérieur d'un bandage sont la *suppuration*, surtout s'il s'agit d'une suppuration étendue, les *quintes de toux* qui secouent incessamment les malades, et les *vomissements* post-opératoires, d'où la nécessité de sangler vigoureusement les opérés, surtout à la région ombilicale.

Récidives. — Les récidives s'observent dans des proportions très variables, suivant la variété des hernies. Elle est surtout fréquente à la suite de la cure des grosses hernies ombilicales, puis des crurales. Celles qui guérissent le mieux définitivement sont les inguinales de petit et de moyen volume. Toutes les fois qu'on aura des doutes sur la solidité de la cure, il sera bon de prescrire un bandage approprié — ce dernier sera léger avec une pelote plate, mais large.

Durée de la convalescence. — En l'absence de toute complication, le séjour au lit devra être au minimum de quinze jours pour les petites hernies, de trois semaines pour les moyennes, plus encore pour les très grosses. On pourra cependant asseoir les malades assez tôt de façon à leur éviter la congestion pulmonaire, mais on devra leur épargner tout effort. Le port d'une ceinture relevant le ventre me paraît indispensable chez les obèses pour soutenir la cicatrice fragile. Il en sera de même chez les touseurs. La cicatrisation ne sera considérée comme parfaite qu'au bout de deux à trois mois et ce n'est guère qu'au bout de ce temps que les opérés pourront se livrer à des efforts pénibles. La durée de la convalescence pourra être abrégée naturellement dans les cas très favorables.

HERNIES COMPLIQUÉES (NON ÉTRANGLÉES). — 1° *Hernies douloureuses.* — La douleur est un élément inconstant mais qui manque rarement dans le cours de l'évolution d'une hernie. C'est généralement une douleur ou du moins une sensibilité anormale pendant les efforts, qui révèle aux malades l'existence de leur hernie. Les pointes de hernie sont fréquemment douloureuses. A la période d'état et en dehors de toute poussée inflammatoire, l'indolence est la règle. Lorsque la hernie prend un volume considérable elle constitue une gêne de plus en plus grande, et devient de plus en plus douloureuse en raison des poussées d'épiplote auxquelles elle est sujette, et des adhérences qui sont la conséquence de ces poussées inflammatoires. Les hernies ombilicales et surtout celles de la ligne blanche sont particulièrement douloureuses.

2° *Hernies irréductibles.* — L'irréductibilité peut porter sur l'épiploon ou sur l'intestin. Presque toujours elle est due à des *adhérences inflamma-*

toires. Ces adhérences se font surtout entre l'épiploon et le fond du sac, quelquefois aussi avec la région du collet; mais à ce niveau elles sont toujours moins nombreuses, aussi est-ce par le collet qu'on doit toujours commencer la dissection de la hernie et la libération des viscères.

Au lieu d'être d'origine inflammatoire, l'irréductibilité peut reconnaître pour cause le *glissement* au fond des bourses (c'est presque toujours en effet de hernies inguinales qu'il s'agit) d'une portion du gros intestin normalement dépourvue de péritoine sur une de ses faces (hernies du colon, de l'S iliaque) ou bien de la vessie, de la trompe et de l'ovaire qui sont attachés de court au péritoine pariétal qui les accompagne dans leur descente. C'est à cette variété d'irréductibilité que les anciens auteurs donnaient le nom d'irréductibilité par *adhérences charnues naturelles*.

Enfin, les hernies peuvent devenir irréductibles par *excès de volume* de l'épiploon qui se transforme en paquets sclérosés, indurés, fibreux, renflés en battant de cloche. D'autres fois, l'irréductibilité est due à l'accroissement exagéré des franges épiploïques du colon, ou à l'agglomération d'anses intestinales. C'est l'irréductibilité par *perte de droit de domicile*.

3° **Hernies incoercibles.** — Dans ce cas, la hernie se laisse bien réduire mais il est impossible de la maintenir à cause de son excès de volume et du diamètre exagéré des anneaux. Une hernie incoercible ne tarde pas à devenir irréductible.

4° **Épiploïte herniaire (étranglement de l'épiploon seul).** — L'inflammation herniaire est presque toujours une poussée d'épiploïte aseptique ou plus exactement un étranglement épiploïque. La cause de cette inflammation de l'épiploon est en effet presque toujours une constriction, un étranglement de ce dernier. La hernie devient tendue, fluctuante, mate, douloureuse, absolument irréductible, la peau devient souvent rouge et œdémateuse, il y a parfois nausées et vomissements, constipation; mais bientôt celle-ci cesse et les phénomènes locaux s'amendent. Après la poussée la hernie reste irréductible. Si on intervient à ce moment, on trouve un sac distendu par un liquide séreux, un paquet épiploïque, rouge, épaissi, fixé au sac par des adhérences plus ou moins anciennes. Une poussée en entraîne une autre. Dans certains cas l'épiploon formant bouchon empêche pendant quelque temps l'accroissement de la hernie, mais cet arrêt n'est que temporaire, et en général l'épiploon adhérent au fond du sac sert d'amorce à l'engagement de nouveaux viscères et principalement du colon transverse lorsqu'il s'agit de volumineuses hernies ombilicales; on voit alors fréquemment l'épiploon engagé le premier former un deuxième sac à l'intestin gros ou grêle.

5° **Péritonite herniaire d'origine appendiculaire.** — La véritable péritonite herniaire, celle qui aboutit à la suppuration, reconnaît parfois pour origine la perforation de l'intestin et l'issue de corps étrangers, mais dans l'immense majorité des cas elle reconnaît pour cause la présence dans le sac ou dans son voisinage de l'appendice enflammé; c'est plutôt une forme de l'appendicite qu'une complication des hernies. Toutefois, il est nécessaire d'en parler ici puisque l'affection simule un accident survenu au cours de l'évolution de la hernie. Lorsque l'appendice est dans le sac, il est ordinairement serré, plus ou moins étranglé, son inflammation est plus ou moins vive et peut aller jusqu'à

la gangrène et à la perforation. Les symptômes généraux sont généralement moins tapageurs que ceux de l'appendicite normale, du moins lorsque l'inflammation est bien localisée. En revanche, les phénomènes locaux sont très accusés, douleur, induration, rougeur des téguments, œdème. Le diagnostic est à faire avec l'épiploïte simple, rarement avec l'étranglement de l'intestin. Le traitement consiste en une incision avec drainage s'il s'agit de la forme suppurée, ou en une extirpation de l'appendice si celle-ci est praticable.

Traitement de ces différentes complications. — Les douleurs indiquent nettement la cure radicale, on peut les voir disparaître toutefois à la suite d'application d'un bon bandage.

L'épiploïte, ou étranglement épiploïque, indique la cure opératoire. Celle-ci est infiniment moins urgente que dans l'étranglement de l'intestin, mais elle s'impose. La péritonite herniaire d'origine appendiculaire se traite comme l'appendicite elle-même, incision d'une collection, ablation de l'appendice.

L'incoercibilité indique la cure opératoire à moins qu'il n'existe de contre-indication dans l'état général. Cette cure, toujours précaire en pareilles circonstances, ne sera qu'un moyen d'appliquer utilement un bandage. L'irréductibilité commande énergiquement l'opération, à moins qu'il ne s'agisse de hernie énorme ayant perdu droit de domicile.

Particularités de la cure radicale des hernies irréductibles.

— Lorsque l'irréductibilité reconnaît pour cause le renflement en battant de cloche de l'épiploon y contenu sans adhérence aucune, rien n'est plus simple que de le réséquer au collet et mieux encore au delà.

Lorsque l'irréductibilité est due à des adhérences inflammatoires de l'épiploon (dans les énormes hernies ombilicales par exemple) mieux vaut pratiquer *l'extirpation en bloc du sac et de l'épiploon adhérent* que de séparer péniblement ces deux organes pour après faire la résection de chacun d'eux séparément. Le mieux pour cela est d'attaquer directement la hernie au collet (V. HERNIE OMBILICALE).

Lorsque l'irréductibilité est due à des adhérences inflammatoires de l'intestin au sac, il faut sectionner celles-ci entre deux ligatures. Lorsque ces adhérences sont trop courtes pour cela, il faut tailler dans le sac, en laisser de larges morceaux adhérents à l'intestin et *péritoniser* ensuite ce dernier en réunissant par un surjet les bords des fragments du sac emportés avec l'intestin de façon à ne laisser voir que sa face séreuse (fig. 126).

Traitement des adhérences charnues naturelles. — Les adhérences charnues naturelles contenant les vaisseaux nourriciers de l'intestin (hernie du cæcum, de l'S iliaque et surtout du colon) ne doivent point être tranchées, et l'intestin ne doit point être dépouillé de sa séreuse, ce qui exposerait infailliblement à sectionner ses vaisseaux nourriciers et entraînerait sa gangrène. Le mode de réduction de ces adhérences diffère donc du mode habituel. Au lieu de séparer les viscères du sac, de réduire les premiers et de

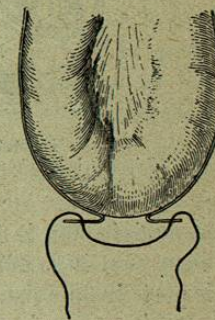


Fig. 126. — Péritonisation de l'intestin adhérent (Guibé).

réséquer le second, il faut réduire les deux ensemble; et pour rétablir les choses dans leur situation normale, il faut retourner la hernie comme une chaussette ou un doigt de gant.

Si on considère les deux figures 127 et 128 qui représentent l'une l'état normal, l'autre la hernie par glissement, on voit que la hernie est produite par le retournement du méso; d'où cette conclusion, que pour rétablir le méso, c'est-à-dire l'état normal, il faudra retourner la hernie.

Si on considère la figure 127, on voit que les vaisseaux nourriciers arrivent par la partie postérieure du sac. C'est donc en avant et près du collet qu'il faut aborder cette hernie. Une fois la disposition anormale reconnue, au lieu de disséquer le sac au plus fin, comme on le fait d'habitude, on se bornera à le séparer des parois du canal inguinal et ensuite du cordon, ce qui est facile, car cette hernie est extra-funiculaire. Ceci fait, la paroi inguinale est large-

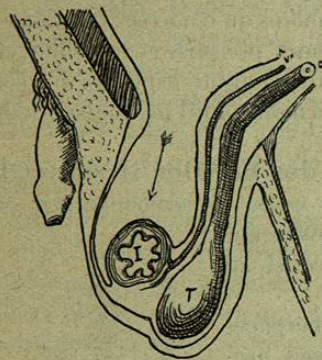


Fig. 127.
Schéma de la hernie par glissement.

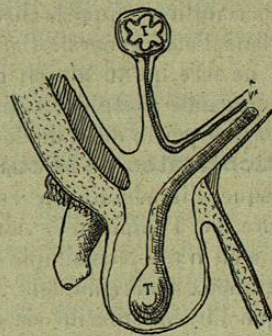


Fig. 128.
Schéma de la position de l'intestin
après retournement du sac.

ment incisée afin de faciliter le retournement. Si le collet est étroit, ce qui est bien rare, on le débride largement, puis saisissant l'intestin avec une pince, on le porte jusque dans l'abdomen. La position déclive favorise cette manœuvre en produisant l'aspiration du viscère. Une fois le sac ainsi retourné, il n'y a plus qu'à reconstituer solidement la paroi au-dessous de lui.

Si les adhérences au cordon et au testicule étaient intimes, la castration serait indiquée.

HERNIES ÉTRANGLÉES. — Occlusion intestinale d'origine herniaire. — De toutes les complications dont les hernies sont susceptibles, l'occlusion herniaire, ou *étranglement*, est la plus fréquente et la plus grave. Livré à lui-même l'étranglement entraîne presque toujours la mort. Dans les cas les plus favorables, le malade ne conserve l'existence qu'au prix d'un anus contre nature, infirmité dégoûtante dont la cure nécessite de graves opérations.

Étiologie. — L'étranglement intestinal se voit dans toutes les variétés de hernie qui contiennent de l'intestin. Les hernies petites, marronnées (h. crurales), celles habituellement contenues par un bandage, celles qui sont congénitales (h. inguinales) et qui ont un pédicule étroit, y sont particulièrement

exposées. L'étranglement y détermine des altérations très rapides de l'intestin, en raison de l'étroitesse des anneaux constricteurs. Toutefois, les grosses hernies et celles qui n'ont jamais été contenues par un bandage paient aussi un lourd tribut à l'étranglement, mais celui-ci en raison de la largeur considérable des anneaux est d'ordinaire peu serré. Tous les âges y sont exposés. Cependant la hernie s'étrangle rarement chez le nourrisson et chez lui le taxis modéré réussit généralement assez vite.

Mécanisme de l'étranglement. — Nos tissus s'étranglent, d'une façon générale, lorsqu'on les fait passer à frottement dans un orifice quelconque, surtout quand cet orifice est rigide. Exemple : on fait entrer jusqu'à la base du doigt une bague un peu étroite. Si on attend quelques minutes il devient impossible de la retirer. Que s'est-il donc passé? Sous l'influence de la constriction légère exercée par la bague, le doigt s'est congestionné, a augmenté de volume et n'a plus laissé repasser la bague. La congestion est due à la gêne de la circulation en retour, les veines dans lesquelles la pression sanguine est minime s'étant laissé comprimer, alors que le sang continuait à arriver par les artères. Si on n'enlève pas immédiatement la bague, le doigt se congestionne de plus en plus, devient violacé, et s'œdématie en arrière de l'anneau qui se creuse un sillon de plus en plus profond. Si on n'intervient pas, le sillon s'ulcère par gangrène, le doigt lui-même peut se gangrener par suppression complète de toute circulation. Cette expérience très simple réalise mieux qu'aucune autre le mécanisme de l'étranglement des hernies, que leur contenu soit fourni par de l'épiploon seul, par l'épiploon et l'intestin, ou par l'intestin seul; que le bord libre de ce dernier soit seul pincé (pincement latéral) ou que la partie pincée comprenne une anse complète avec son mésentère. L'épiploon et l'intestin, organes très vasculaires, ont vite fait de s'étrangler définitivement si on n'a pas soin de procéder le plus vite possible à leur rentrée. Si on ajoute que sous l'influence de la constriction leurs vaisseaux laissent exhaler immédiatement le sérum qu'ils contiennent dans l'épaisseur des tuniques intestinales (*œdème*) dans l'intérieur du sac (*sérosité du sac*) et dans la lumière de l'intestin (*liquide intestinal*) on comprend que le volume de la hernie puisse doubler en quelques heures et que dès lors la réduction devienne de plus en plus difficile.

Le mécanisme précédent n'est point le seul. A travers un carton épais, percez un trou large comme une pièce de 50 centimes. A travers ce trou, engagez une anse intestinale avec son mésentère et par un des bouts soufflez brusquement. L'anse se gonfle, attire une nouvelle partie d'intestin et reste gonflée. Plus vous appuyez sur sa convexité pour la réduire et plus l'anse se tend en restant irréductible. Pour la dégonfler et la réduire il faut vider un des deux bouts en essayant d'exprimer son contenu à travers l'orifice. Cette expérience classique d'O. Beirn indique bien le mécanisme de l'engouement gazeux et le mode de réduction.

Ainsi deux mécanismes principaux. Dans le premier, sous l'influence d'un effort un nouveau bout d'épiploon, une nouvelle portion d'intestin s'engagent à frottement dans le sac et refusent de rentrer. Dans le second cas, l'effort n'est même plus nécessaire, une contraction intestinale chasse brusquement dans l'anse herniée une quantité trop considérable de gaz ou de liquide et l'engoue-

ment se trouve constitué. Si on n'intervient pas tout de suite ou du moins de très bonne heure, les parties pincées se congestionnent, doublent de volume en quelques heures et l'étranglement est devenu définitif.

Lésions. — Le premier phénomène produit par la constriction de l'intestin est l'arrêt des matières intestinales. Le bout inférieur se vide, mais le bout supérieur se distend de plus en plus. Sous l'influence de la stagnation, son contenu fermente, la virulence des microbes s'exalte, les *poisons intestinaux* qu'ils sécrètent sont absorbés en masse et produisent l'*intoxication de l'organisme*. Si l'occlusion de l'intestin n'est pas levée assez tôt, le malade succombe. La mort s'observe fréquemment après la débâcle intestinale, quand la stercorémie a été trop profonde ou trop prolongée, alors même qu'il n'y a eu ni gangrène, ni perforation, ni péritonite.

Les lésions portent sur tous les tissus étranglés, épiploon, mésentère, intestin. Ai-je besoin de dire que les plus intéressantes portent sur ce dernier? Nous allons les suivre pas à pas, depuis la congestion simple jusqu'à la gangrène constituée. Mais pour le faire avec fruit et sans rien oublier, il importe d'examiner successivement les lésions de l'intestin, au niveau du sillon d'étranglement, sur l'anse étranglée et sur les deux bouts.

Au niveau de l'étranglement, la paroi intestinale s'amincit de plus en plus et se creuse d'un sillon (*sillon d'étranglement*). La *tunique muqueuse* cède la première et disparaît par gangrène; la séreuse est celle qui résiste le plus longtemps; finalement elle se perforé à son tour et les matières intestinales peuvent alors se déverser dans le sac ou dans le péritoine.

L'anse étranglée baigne dans le liquide du sac. Ce liquide manque rarement (h. sèche). Il est d'abord séreux, puis séro-hématique, d'abord sans odeur et sans microbes, puis d'odeur de plus en plus fétide, et d'autant plus infectée par les bactéries de l'intestin, que l'étranglement est de date plus ancienne. Lorsque l'anse intestinale est gangrenée, le liquide est noirâtre et d'odeur horriblement fétide.

L'anse intestinale étranglée contient rarement des matières stercorales, presque toujours elle ne contient que des gaz et du liquide hématique d'odeur fortement intestinale.

Le *bout supérieur* est dilaté et ses parois congestionnées et amincies sont altérées sur une certaine hauteur (infarctus hémorragiques, ulcérations de la muqueuse, petits abcès sous-séreux). Ces tissus friables et enflammés sont impropres aux sutures intestinales, d'où la conclusion qu'il faut en réséquer beaucoup lorsqu'on se décide à faire une résection de l'intestin. Ce bout supérieur peut se sphaceler et se perforer au-dessus du sillon d'étranglement, d'où la nécessité d'attirer assez fortement au dehors l'intestin gangrené quand on fait un anus contre nature, sous peine d'avoir une perforation intrapéritonéale.

Le *bout inférieur* est vide de matières et de gaz; il est remarquablement sain. A noter la grande différence de calibre qu'il présente avec le bout supérieur.

Gangrène herniaire. — L'anse étranglée est d'abord rouge, œdématiée, puis violacée, puis noirâtre, ayant absolument la couleur du boudin noir. Tant qu'elle est vivante et que la circulation s'y fait, cette coloration est susceptible de s'éclaircir par la libération de l'anse et par les affusions d'eau très

chaude. Quand la gangrène est constituée, certaines places ne changent plus de coloration et restent de couleur ardoisée ou chamoisée.

La gangrène est caractérisée par cette teinte ardoisée, feuille morte ou chamois, par l'amincissement de la paroi, son défaut de consistance et de contractilité, par son horrible odeur de sphacèle. A un degré de plus, il y a perforation et le contenu de l'anse se répand dans le sac, rarement dans le péritoine. La gangrène et la perforation se montrent d'abord au niveau du sillon d'étranglement, plus tard sur l'anse et sur le mésentère. Elle est d'autant plus rapide que l'intestin n'est pas protégé par l'épiploon et que l'étranglement est plus serré.

Phlegmon herniaire. — Lorsque l'anse gangrenée s'est ouverte dans le sac, il en résulte une péritonite herniaire. Le sac sphacélé lui-même, verdâtre ou noirâtre, se perforé bientôt, des gaz et des liquides septiques infiltrer les couches sous-cutanées, la peau cède à son tour et l'intestin peut alors évacuer son contenu au dehors (phlegmon gangreneux herniaire).

Symptômes. — Parfois sous l'influence d'un effort ou d'un accès de toux, mais bien souvent, je dirai même *le plus souvent, sans cause apparente* et sans que le malade s'aperçoive du début des accidents, une hernie habituellement réductible grossit tout d'un coup et ne veut plus rentrer. D'autres fois le malade qui n'avait pas de hernie voit celle-ci apparaître et devenir d'emblée irréductible (étranglement d'emblée). En même temps, le patient est pris de *malaise général et de nausées*. Ces symptômes généraux peuvent seuls être perçus par le malade qui ignore parfois l'existence de sa hernie et n'attire pas par conséquent l'attention du médecin sur elle. Les vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux ouvrent très souvent la scène. L'émission des gaz par l'anus et les garde-robes se supprime presque aussitôt. Si on vient à examiner le malade, on trouve la hernie très modifiée. Elle est *tendue, arrondie, ferme et élastique, fluctuante, douloureuse surtout au pédicule*, mate en général par suite de l'épanchement du liquide dans l'intestin et dans le sac, *irréductible et ne subissant plus l'impression de la toux*, comme si la tumeur avait perdu toute relation avec la cavité abdominale. Le pédicule de la hernie fait ordinairement un relief plus ou moins visible ou sensible pour un observateur prévenu, en arrière de la paroi. La pression à ce niveau détermine une douleur très vive.

Si on n'intervient pas, petit à petit le ventre, primitivement souple, se laisse distendre et devient sensible, la tumeur augmente, devient de plus en plus dure, les douleurs de plus en plus vives, les vomissements se répètent, surtout si le patient s'administre quelque infusion comme c'est assez la règle. Mais rien ne vient déterminer la débâcle libératrice; pas la moindre évacuation gazeuse qui pourtant soulagerait tant le malade.

Plus ou moins vite suivant l'intensité de l'étranglement, au plus tôt au bout de 24 heures, dans les étranglements peu serrés au bout de 4 ou 5 jours seulement surviennent des symptômes inquiétants. Les vomissements d'abord aqueux, alimentaires ou bilieux, deviennent nettement *fécaloïdes*. C'est un liquide jaune sale, quelquefois brunâtre ayant la consistance d'une purée claire d'odeur tout à fait spéciale, fade, fétide, *intestinale*, caractéristique pour ceux

qui l'ont sentie une fois. A partir de ce moment la *septicémie intestinale* fait des progrès rapides, les traits s'altèrent, le facies devient péritonéal, les yeux se cernent, le nez se pince, le pouls faiblit et devient rapide, intermittent aux dernières périodes, les extrémités se refroidissent, les urines se suppriment, le visage se couvre de sueurs froides et le malade s'éteint parfois après un énorme vomissement fécaloïde, ayant conservé jusqu'au bout toute son intelligence, toute sa lucidité. A aucun moment, il n'y a eu élévation de température; lorsque les vomissements fécaloïdes apparaissent, la température baisse, au contraire, de plus en plus et les malades succombent dans l'*algidité*.

Marche. — En résumé l'étranglement passe par trois périodes : 1° celle du début caractérisée localement par la tension, l'irréductibilité, la sensibilité de la hernie et au point de vue fonctionnel, par quelques nausées avec ou sans vomissements aqueux, alimentaires ou bilieux. On peut observer une ou deux petites selles, par évacuation du bord inférieur. — 2° Période d'état caractérisée par la persistance de ces symptômes auxquels il faut joindre la matité de la tumeur, l'absence d'impulsion, la douleur exquise du pédicule. La suppression des matières et des gaz est complète, mais l'état général reste bon. — 3° Période ultime caractérisée par les signes suivants : ballonnement et sensibilité du ventre, vomissements fécaloïdes, facies grippé, suppression des urines, anesthésie, bien-être, petitesse et rapidité du pouls, intermittences, refroidissement progressif, signes avant-coureurs de la mort. La mort survient du quatrième au sixième jour, dans les cas ordinaires. Elle est *précédée d'une accalmie dans les souffrances du malade, dont la sensibilité décroît en même temps que les forces et la température*. Il y a là une sorte de bien-être trompeur, comme dans certaines péritonites septiques qui succèdent à la gangrène intestinale ou appendiculaire.

La mort est le fait d'un empoisonnement, d'une intoxication par les liquides intestinaux putrides, qui se résorbent au niveau d'un intestin distendu, altéré, paralysé. Il semble que cette stercorémie soit d'autant plus intense que l'intestin contient plus de liquide en putréfaction, c'est-à-dire que l'étranglement siège *plus bas* sur l'intestin grêle. On a cru longtemps que les microbes de l'intestin passaient d'une façon précoce dans le liquide du sac et dans le sang, cette migration ne s'observe qu'à une période tardive. *La mort est le fait du passage dans le sang des substances putrides intestinales* et les microbes eux-mêmes n'y sont que pour bien peu de chose. Telle est la terminaison la plus fréquente. Toutefois, dans un certain nombre de cas, la guérison survient par le seul effort de la nature. L'intestin étranglé se gangrène, se perforé, les matières intestinales déversées dans le sac déterminent un phlegmon gangreneux. La tumeur devient moins tendue en même temps que se fait le calme trompeur symptomatique de la gangrène. Si on vient à presser du doigt la tumeur, on détermine la crépitation gazeuse de l'emphysème, la percussion montre que la matité due à l'épanchement est remplacée par la sonorité tympanique des gaz et détermine parfois un clapotement dû au conflit des liquides et des gaz. Bientôt la tumeur crève et s'affaisse en expulsant des gaz horriblement fétides, des matières gangreneuses et purulentes. Enfin une véritable débâcle intestinale peut se produire. La perforation spontanée de l'intestin au dehors a sauvé le patient de la mort par rétention stercorale, mais au

prix d'une infirmité aussi dangereuse que dégoûtante, l'anus contre nature.

Formes anormales. — A côté de la forme précédente qui est la forme commune, il faut dire quelques mots de deux formes, dont l'une est assez rare c'est le pincement latéral, l'autre assez fréquente c'est l'étranglement subaigu des énormes hernies intestino-épiploïques.

Pincement latéral. — Le pincement latéral ne s'observe guère que sur les hernies crurales. Il faut pour le réaliser un certain nombre de conditions. D'abord que le sac soit petit, ensuite que le collet soit étroit. Presque toujours il s'agit d'une anse grêle dont la convexité seule est chassée de force dans l'anneau herniaire et se trouve pincée sans pouvoir se dégager. La circulation intestinale n'est généralement pas interrompue, on peut observer de la diarrhée même, mais en revanche la gangrène est très rapide parce que les vaisseaux nourriciers sont circonférentiellement comprimés, tandis que dans l'étranglement ordinaire le sang continue pendant quelque temps à arriver par les vaisseaux du mésentère. De plus la hernie est habituellement sèche, le sac vide de liquide. Les phénomènes généraux ne sont généralement pas très accusés et j'ai souvenir d'une malade qui fit une perforation intestinale suivie de fistule stercorale sans phénomène bien alarmant. Cette fistule guérit d'ailleurs toute seule. Malgré cet exemple favorable l'affection se termine ordinairement par la mort par stercorémie, ou par péritonite lorsque la perforation se fait dans la grande séreuse. Le diagnostic de cette forme est à faire avec l'épiploïte simple; il ne peut guère être éclairé que par l'intervention qui doit être très précoce.

Étranglement subaigu des énormes hernies entéro-épiploïques. — Ici l'étranglement est d'ordinaire incomplet, la hernie est plus ou moins tendue, sa tension varie d'un moment à l'autre, l'occlusion est généralement incomplète, le patient rend par moment une petite selle ou quelques gaz, la douleur est modérée, l'état général reste bon pendant longtemps, les vomissements fécaloïdes ne surviennent qu'à la période terminale. Assez fréquemment, sous l'influence de l'huile de ricin, de la glace, de pansements humides.... on voit une débâcle se produire, mais les accidents recommencent presque toujours tôt ou tard et presque toujours le patient succombe pendant une de ces crises. Tout d'un coup l'état général, qui jusque-là était resté bon, s'aggrave, le facies se grippe, le pouls devient filiforme, les extrémités se refroidissent et le malade succombe parfois avant d'avoir rendu des vomissements fécaloïdes. Ces accidents étaient autrefois attribués à l'engorgement stercoral, à l'inflammation herniaire, on sait aujourd'hui qu'il s'agit d'étranglements peu serrés, de coudures, d'adhérences, qui gênent plus ou moins la circulation intestinale et qui aboutissent généralement à la mort par stercorémie et presque jamais à la gangrène. Connaissant bien la nature des accidents, on ne temporisera donc point et on traitera ces cas-là comme les autres par une rapide kélotomie avec cure radicale qui remettra tout en place.

Diagnostic. — Deux erreurs peuvent être commises, l'une légère qui consiste à croire étranglée une hernie qui ne l'est pas, l'autre grave qui consiste à méconnaître un étranglement herniaire.

La première erreur n'a pas en général de conséquence grave, la seconde coûte généralement la vie au malade.

1^{er} Cas. *Il existe bien une hernie mais celle-ci n'est pas la cause des acci-*

dents observés. J'ai vu pratiquer une incision au niveau d'un sac herniaire distendu par le liquide d'une péritonite purulente, ou par des anses intestinales dilatées en cas d'occlusion intestinale. Les phénomènes généraux, l'absence d'évacuation intestinale solide, liquide ou gazeuse, la tension et la douleur perçues au niveau du sac herniaire expliquent facilement l'erreur.

Ai-je besoin de dire que dans ces cas la hernie *n'était pas très tendue et irréductible*? Des novices seuls ou des observateurs peu attentifs sont susceptibles de commettre pareille erreur qui d'ailleurs, je le répète, n'est pas très grave puisqu'elle sert à faire le diagnostic.

La même erreur a été commise dans des cas d'inondation péritonéale par rupture de grosse tubaire, le sang venant gonfler le sac d'une hernie ombilicale ou inguinale. Inutile ce me semble d'ajouter que l'erreur une fois reconnue il faudra s'empresse d'ouvrir largement le ventre en prolongeant son incision ou bien en en faisant une nouvelle sur la ligne médiane.

J'ai été appelé à intervenir en qualité de chirurgien de garde chez de vieux bronchitiques qui à force de tousser avaient rendu leur hernie tendue et douloureuse. Il n'y avait point d'étranglement vrai, car les hernies n'étaient ni très tendues ni irréductibles, et car il n'y avait point suppression de la circulation intestinale. Ce sont là encore des erreurs que ne commettront pas ceux qui ont présents à l'esprit les symptômes cardinaux de l'étranglement herniaire, mais ce sont des erreurs bénignes, dont les malades n'ont qu'à se louer, car ils leur doivent de bénéficier de la cure radicale.

D'autres fois il s'agit bien d'un étranglement, mais l'épiploon est seul étranglé, de sorte que s'il y a tension, douleur, irréductibilité, parfois état nauséux et constipation, il n'y a pas de suppression complète des matières et des gaz. L'erreur, ici encore, n'a que des avantages pour le malade.

Il est classique de dire que l'inflammation du ganglion de Cloquet peut donner lieu aux signes de l'étranglement herniaire. Je crains bien qu'on n'ait pris pour un ganglion enflammé une appendicite herniaire, ou une épiplocèle crurale étranglée. Dans tous les cas l'erreur n'est pas grave, car, ici encore, l'intervention est profitable au malade.

Plus regrettable serait l'erreur qui ferait croire à une hernie étranglée lorsqu'il s'agit d'une orchite dans un testicule ectopique — erreur qui doit s'éviter avec un peu d'attention.

2^e cas. *On méconnaît un étranglement qui existe* — ce qui coûte généralement l'existence au malade.

Cette erreur s'explique facilement si on n'examine pas son malade, déshabillé et au grand jour. Dans ces conditions on peut croire à une indigestion, à une constipation, à de l'occlusion interne, alors qu'à l'ombilic ou à l'aîne, voire dans la région obturatrice, il existe une petite tumeur tendue, irréductible, douloureuse que l'intéressé néglige de vous signaler, et dont il ignore parfois même l'existence.

Pronostic. — L'étranglement est un accident grave — d'autant plus grave que le malade est plus âgé, et que l'étranglement dure depuis longtemps. Il faut savoir à ce sujet que passé 24 heures et même moins, le sphacèle peut être constitué dans les petites hernies très serrées, et que ce dernier aggrave le pronostic dans des proportions très considérables. La gangrène, d'ailleurs, ne

peut être que soupçonnée de par la durée de l'étranglement. La gravité de l'état général indique bien plus la stercorémie que la gangrène. La crépitation gazeuse, le ramollissement de la tumeur, l'inflammation, l'œdème, la rougeur et les phlyctènes brunâtres de la peau indiquent l'existence d'un phlegmon gangreneux herniaire et par conséquent d'une perforation intestinale.

Traitement de l'étranglement. — Le traitement de choix de l'étranglement bien constitué est la *kélotomie*, c'est-à-dire l'incision du sac et la réduction des viscères étranglés à ciel ouvert. Tout au plus dans l'étranglement venant de se produire pourrait-on différer l'opération de quelques heures, surtout lorsqu'il s'agit de hernie volumineuse chez des vieillards bronchitiques, cardiaques, albuminuriques... et employer ces quelques heures à essayer des moyens suivants.

A) **Réduction non sanglante.** — **Procédés divers.** — Signalons d'abord quelques moyens inoffensifs, mais d'efficacité douteuse. Le bain, qui a toujours l'avantage de nettoyer les malades (on en profitera pour les savonner vigoureusement). La vessie de glace ou les pulvérisations d'éther qui agissent sans doute en décongestionnant les viscères herniés et en diminuant la tension des gaz dans la hernie — l'application d'une bande élastique.

Taxis. — Les moyens précédents n'ont leur raison d'être employés qu'en attendant l'arrivée du chirurgien. Ils n'exigent pas de compétence spéciale. Le taxis qu'il me reste à examiner est une arme à deux tranchants qui engage beaucoup plus la responsabilité de celui qui le pratique, car en maintes circonstances il a été cause de nombreux accidents. (Réduction d'un intestin perforé, ou en imminence de gangrène, réduction en masse, contusion grave de l'intestin déterminant l'ileus paralytique, détachement du collet du sac...).

On évitera les accidents précédents en n'appliquant le taxis qu'aux hernies volumineuses étranglées depuis moins de 24 heures, en faisant une seule séance de 5 minutes, sans violence, mais non sans une certaine énergie, et en ayant soin de ne jamais presser sur le fond de la hernie. La main gauche allongera le pédicule, la droite cherchera à exprimer le contenu de l'anse la plus rapprochée du collet. On pourra presser sur les flancs, jamais sur le fond. La réduction s'annonce par une diminution de tension et de volume, puis par un gargouillement suivi de la disparition de la hernie et accompagné d'une sensation de grand soulagement. Il faudra toujours avoir soin d'enfoncer le doigt profondément dans l'orifice pour s'assurer qu'il est libre. On se tiendra toujours prêt à intervenir si la circulation intestinale ne reprenait pas dans les 24 heures, dernière limite. L'émission de matières et de gaz est le meilleur garant de la désincarcération de l'intestin et on ne se laissera pas impressionner par la persistance dans le sac d'un moignon épiploïque si cette reprise s'est effectuée.

Persistance des accidents après le taxis. — Bien que le taxis soit fort heureusement passé de mode, il est encore employé plus qu'on ne croit en clientèle et nous sommes parfois appelés auprès de malades qui ont subi en apparence avec succès cette manœuvre aveugle mais chez lesquels les accidents persistent. Il importe donc d'être fixé sur la cause de cette persistance, afin de pouvoir lui opposer un traitement efficace. Ces causes peuvent être classées sous trois chefs :