

Les diverses causes de cette persistance sont ainsi groupées dans le *Traité de pathologie externe* de Duplay :

1° Réduction d'un intestin perforé, d'où péritonite suraiguë.

2° *Fausses réductions.* — a. *Réductions incomplètes ou partielles* : on a levé un seul agent d'étranglement; il en reste un autre, par exemple un deuxième collet dans un sac à collets multiples. — b. *Réduction en masse* : Une hernie petite, dont les anneaux sont larges, et le sac peu adhérent aux parties voisines, peut être refoulée avec ce sac lui-même dans l'abdomen, surtout lorsque les pressions du taxis ont porté sur le fond du sac.

3° Réduction dans un sac intérieur préexistant, généralement placé sous le péritoine (hernie propéritonéale) et communiquant avec la cavité péritonéale par un orifice commun avec le sac extérieur; — Réduction dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à travers une déchirure du sac herniaire. (Farabeuf, *Soc. chir.*, 1897.)

4° Réduction avec l'agent de l'étranglement : bride épiploïque (Louis, Lapeyronie), ou l'anneau du sac détaché circulairement. (Laugier, Richet.)

5° Réduction complète, mais évolution continue des lésions intestinales : torsion, coudures, paralysie de l'intestin. (Henrot.)

6° Coexistence d'une autre hernie étranglée ou d'un étranglement interne concomitant.

Malgré ces accidents, dont la plupart sont très rares, le taxis est une excellente opération; il doit être tenté au début dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures avant de passer à l'opération. On y aura encore recours à une période plus avancée si la hernie est volumineuse, l'étranglement étant dans ce cas généralement moins rapide et l'opération plus dangereuse.

Il devra être fait avec modération, et, à moins de contre-indication, l'anesthésie chloroformique nous semble une condition fort avantageuse pour le relâchement des muscles et des aponévroses d'insertion. Tout étant prêt pour la kélotomie en cas d'insuccès, celle-ci devra être exécutée immédiatement sans laisser réveiller le malade.

**Kélotomie.** — Si la hernie est petite, si de plus des symptômes très marqués semblent indiquer un étranglement très serré (cette relation n'a pourtant rien d'absolu), on est autorisé à recourir à la kélotomie d'emblée.

Le plus souvent celle-ci est pratiquée après insuccès du taxis, au

bout de trente-six à quarante-huit heures ou à une période plus avancée, sans taxis. — L'opération n'est pas très douloureuse; elle peut, à la rigueur, être pratiquée sans anesthésie.

Les *instruments* nécessaires sont : bistouri droit, bistouri d'A. Cooper, ou simplement bistouri boutonné, dont on garnit avec du linge la base de la lame, ne laissant qu'une partie tranchante de 1 à 2 centimètres, sonde canelée, ciseaux droits et courbes, pinces hémostatiques, fils à ligature, et les objets nécessaires pour la suture de la peau et à la rigueur pour celle de l'intestin.

L'opération se divise en plusieurs temps. Premier temps : *Incision des parties molles.* — Le chirurgien fait à la peau un pli perpendiculaire au grand axe de la tumeur, une des extrémités est confiée à un aide, l'opérateur maintient l'autre de la main gauche. Ce pli tenu ainsi verticalement est fendu de haut en bas dans son milieu sans risquer d'entrer trop profondément au cas où les enveloppes de la hernie seraient minces. L'incision cutanée ainsi obtenue sera agrandie, si cela est nécessaire.

L'incision des couches celluluses suivantes est faite sur la sonde canelée, que l'on introduit par une petite boutonnière; on peut indifféremment se servir du bistouri ou des ciseaux.

Deuxième temps : *Recherche et ouverture du sac.* — En procédant ainsi lentement et méthodiquement, couche par couche, on arrive bientôt à une enveloppe de coloration foncée, vineuse, rougeâtre, sous laquelle on sent en général une quantité variable de liquide; saisissez cette enveloppe avec une pince à griffe et faites-lui prudemment une très petite boutonnière. — Un petit jet de liquide séreux, citrin ou rougeâtre vous avertit que vous êtes dans le sac.

Sur la sonde canelée agrandissez l'ouverture, et vous apercevrez au fond du sac une tumeur d'un brun violacé presque noir; c'est l'anse intestinale étranglée. — Nettoyez avec soin la surface interne du sac et préparez-vous à rechercher l'agent de l'étranglement.

Exceptionnellement on a pu tomber sur un kyste sacculaire préherniaire, ce qui oblige à chercher plus profondément le sac. Il peut encore se faire qu'il n'y ait pas de liquide dans ce dernier, mais le *sac sec* est extrêmement rare; enfin le chirurgien doit être prévenu que l'intestin peut adhérer au sac; les adhérences récentes cèdent assez facilement; quand elles sont anciennes, on doit les dégager

minutieusement; le plus simple serait de lever l'étranglement et de laisser les choses en place; mais, de nos jours, des demi-mesures ne sont plus permises.

Le sac manque dans quelques hernies, on arrive alors directement sur l'intestin; il ne faut donc pas oublier cette variété rare, de manière à ne pas l'inciser en croyant inciser le sac.

Troisième temps : *Recherche de l'étranglement. Débridement.* — Deux pinces hémostatiques saisissent largement les deux lèvres du sac incisé, l'aide les maintient écartées et empêche ainsi le collet de fuir devant le doigt. Le chirurgien explore alors avec précaution l'intestin pour s'assurer qu'il n'est perforé en aucun point, et qu'il ne présente pas cette teinte grisâtre, feuille morte de l'intestin sphacélé, puis avec le doigt il cherche à reconnaître de quel côté siège l'étranglement et quel est le degré de constriction.

Lorsque celle-ci n'est pas trop considérable et qu'on peut, sans crainte pour l'intestin, introduire deux doigts dans l'anneau constricteur, il est souvent avantageux



Fig. 63. — Bistouri herniaire de Cooper.

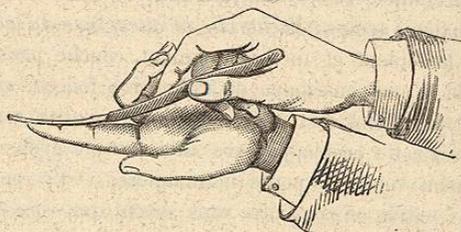


Fig. 64. — Manière d'introduire le bistouri herniaire pour le débridement par la méthode ancienne.

de distendre et de déchirer celui-ci par l'écartement des deux index. Si l'écartement est plus serré, on cherche à faire pénétrer dans l'anneau l'extrémité du bistouri d'A. Cooper, en le couchant à plat; puis, le redressant un peu, on débride légèrement, ce qui permet un peu plus de mobilité et facilité à terminaison du débridement.

Nous n'avons pas à indiquer ici les lieux d'élection du débridement unique, les dangers de section d'une artère importante, mais

nous pouvons faire prévoir cette conclusion générale que, dans bien des circonstances, il vaut peut-être mieux recourir à de *petits débridements multiples*; la dilatation forcée les agrandirait s'ils n'étaient pas tout à fait suffisants.

Quatrième temps : *Examen de l'intestin. Réduction.* — Le débridement terminé, attirez à vous l'anse intestinale sur une certaine longueur, pour être bien sûr qu'il n'y a pas d'étranglement plus éloigné, et vérifiez avec soin l'état du pédicule étranglé. Lavez-le ensuite avec l'eau phéniquée et épongez avec une serviette chaude. Trois cas peuvent alors se présenter :

1° L'intestin paraît sain : Réduisez l'intestin par une pression douce, et pour vous assurer que la réduction est complète, introduisez le doigt par le trajet herniaire jusque dans la cavité abdominale.

En même temps que l'intestin, une certaine quantité d'épiploon peut être étranglée; la plupart des chirurgiens sont encore d'avis de ne pas le réduire, à moins qu'il n'y en ait très peu et qu'il ne soit parfaitement sain. Pourtant la pratique qui tend à se généraliser grâce à l'emploi de l'antisepsie, consiste à en pratiquer l'*excision derrière une ligature simple ou multiple et à réduire le pédicule*. Les anciens cautérisaient souvent au fer rouge ou avec les caustiques les masses épiploïques qu'ils laissaient au dehors.

L'opération terminée, la plaie est lavée antiseptiquement; un drain est posé au fond du sac, et, à moins de contre-indication, les lèvres de l'incision sont rapprochées et suturées. Ici encore la pratique des opérations antiseptiques a suggéré l'idée de compléter l'opération par une tentative de cure radicale consistant dans l'isolement du sac herniaire, qui est attiré au dehors le plus possible, lié au niveau de son pédicule, et réséqué au delà de la ligature. Une suture au catgut appliquée sur les piliers complète souvent cette opération.

Une évacuation abondante se produit en général dans les deux premières heures; elle est d'un très bon augure pour le pronostic opératoire. Si elle tarde, il faut attendre; la pratique des purgatifs post-opératoires n'est guère admise aujourd'hui; on craint de provoquer des mouvements intestinaux dans lesquels pourrait se compléter une perforation; on a rarement recours à la médication inverse, à l'administration des opiacés préconisée par Monod père, Demarquay et Le Fort (1865). Parfois la constipation persiste encore quel-

que temps, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, mais tout se rétablit néanmoins.

Il peut arriver cependant que les choses évoluent moins bien et que les accidents persistent après la kélotomie.

Tantôt cette persistance tient à une faute opératoire : réduction incomplète, levée d'un étranglement qui n'est pas le seul ou le vrai, réduction de l'intestin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal par l'ouverture du débridement : Streubel, Farabeuf (Soc. de chir., 1877).

Tantôt les accidents dépendent des lésions intestinales : le sillon circulaire marqué par l'étranglement ne s'efface pas ; dans un cas de Berger, c'était un vrai rétrécissement spasmodique ; plus souvent il y a coarctation inflammatoire ou cicatricielle d'un des bouts de l'intestin (Guignard). L'anus contre nature est le remède opératoire indiqué dans ce cas. (Maisonneuve). D'autres fois l'intestin réduit est encore coudé, paralysé, tordu.

Enfin une perforation peut se compléter et amener une péritonite suraiguë, ou si l'intestin, par bonheur, est resté au voisinage de la plaie, une péritonite localisée, un abcès stercoral, bientôt suivi d'un anus contre nature ou tout au moins d'une fistule stercorale.

2° L'intestin est atteint de gangrène ou de perforation. La conduite du chirurgien est essentiellement différente suivant qu'il s'agit d'une lésion limitée ou étendue à une notable partie de l'anse herniée.

Petite perforation, suture de l'intestin et réduction. Eschare très limitée, la déprimer avec une sonde cannelée et assurer son inclusion dans la cavité intestinale au moyen d'une série de points de Lembert.

Lésion un peu étendue : ou bien, on pratique l'ouverture de l'anse étranglée, après l'avoir fixée dans la plaie, créant ainsi un anus artificiel que l'on traitera plus tard ; ou bien on exécute la résection de l'intestin sphacélé suivie d'une entérorraphie immédiate. L'établissement d'un anus contre nature, préconisé par Littré en 1700 est une méthode de nécessité. L'entérectomie, exécutée par Ramdohr (de Wolfenbüttel), abandonnée puis reprise depuis l'antisepsie, est l'opération de choix. Mais en pratique, elle doit souvent céder le pas à la première, car elle présente souvent des contre-indications formelles qui sont (Berger) : le grand âge et l'état d'épuisement du malade ; la durée des accidents d'étranglement supérieure à trois jours ; l'impossibilité de déterminer avec certitude les limites du sphacèle ; un

état septique prononcé des parties molles péri-herniaires ; enfin les conditions matérielles défectueuses du milieu dans lequel on opère.

3° L'intestin est suspect de gangrène ou de perforation imminente. Après débridement du collet, fixez l'anse dans la plaie par quelques points séreux, pour la réduire au bout de quarante-huit heures, si sa vitalité paraît assurée. Dans le cas contraire, il s'établit une fistule stercorale.

Helferich, dans ces cas suspects, propose d'attirer en dehors les deux bouts de l'anse douteuse et d'établir entre eux, près de leur bord mésentérique, une anastomose intestinale, à plusieurs centimètres de la partie compromise.

On réduit alors les deux bouts sains communiquant entre eux par l'orifice ainsi largement constitué, et on laisse au dehors l'anse intestinale douteuse.

Si elle se gangrène, il est facile de guérir la fistule stercorale qui n'est plus en communication avec les matières intestinales. Si au contraire elle ne se gangrène pas, on la réduit elle-même au bout de quelques jours.

Cette opération, répétée plusieurs fois, est encore trop jeune pour qu'il soit possible d'en bien apprécier les résultats.

Nous avons longuement décrit l'opération classique de la kélotomie, *kélotomie avec ouverture du sac*. La crainte de l'ouverture du péritoine avait inspiré à J.-L. Petit l'idée d'une kélotomie sans ouverture du sac ; il avait même étudié avec beaucoup de soin les indications spéciales de ce mode opératoire. Colson père, Colson fils (1874), Affre (1876) l'ont défendu en France, Roser, Chauvet l'ont pratiquée. Le sac est disséqué attentivement, l'anneau débridé en dehors ou dilaté, puis la portion étranglée du sac est déplissée avec soin (Colson), et enfin on réduit.

Cette opération est dangereuse, car on ne sait pas dans quel état se trouve l'intestin réduit ; en somme, elle ne saurait être mise en balance avec l'opération classique.

Les résultats fournis par la kélotomie sont fort difficiles à apprécier d'après des statistiques brutes ; on peut avancer qu'ils sont excellents entre les mains des chirurgiens qui opèrent de bonne heure, sans taxis exagéré, et antiseptiquement. Les revers doivent être presque exclusivement attribués au retard de l'opération, et à l'absence de précautions antiseptiques. Les procédés de cure radicale

dont nous avons parlé roudront les récides de hernie moins communes. Pour Gosselin cette récide était constante, et on peut citer avec lui des cas d'étranglement récivé.

B. — *Des pseudo-étranglements.*

On étudie encore aujourd'hui deux variétés de pseudo-étranglements, l'engouement herniaire et l'inflammation herniaire. — Leur intérêt est surtout historique; nous nous sommes suffisamment étendus sur ce chapitre pour n'avoir plus à y revenir; nous nous bornerons donc à étudier rapidement les rares types cliniques auxquels conviennent ces deux appellations.

1° *De l'engouement herniaire.* — La meilleure définition qu'on en puisse donner est celle de Broca : *L'engouement herniaire est cet état particulier des hernies, dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée, de manière à y intercepter le passage et à déterminer des accidents.*

L'engouement n'est plus guère admis de nos jours que comme élément secondaire d'étranglement; avec Berger et Duplay il convient d'y faire rentrer les accidents déterminés par la présence de corps étrangers dans l'anse herniée. Ce sont des os de pied de mouton (J.-L. Petit, Farcy); des amas de lombrics (Mercier, Broca); des noyaux de fruits (J.-L. Petit, Igonnet); un pied d'alouette (Hévin); une épingle, un épi de blé, etc.

L'engouement herniaire ne doit être admis que sur des preuves anatomiques; or ces preuves sont très rares. On en trouve quelques exemples dans les thèses de Broca et de Nicaise; presque toujours c'était une hernie du gros intestin qui présentait ces phénomènes.

On voit dès lors que l'*engouement herniaire* ne doit pas entrer en ligne de compte dans le diagnostic des complications herniaires, et en présence d'un cas probable de ce genre, le parti le plus sage serait évidemment de le considérer comme une première phase de l'étranglement et de le traiter comme tel.

2° *De l'inflammation herniaire.* — Ainsi que le professeur Gosselin l'a très bien démontré, si la théorie de l'*inflammation herniaire* telle qu'elle a été émise par Malgaigne et Broca, repose sur des faits incontestables, elle conduit d'autre part, dans certains

faits, à une abstention thérapeutique qui a les conséquences les plus funestes. — A quels cas faut-il donc réserver cette interprétation clinique? — Malgaigne et Broca l'appliquaient à un bon nombre d'accidents de grosses hernies, anciennes, irréductibles, observées chez des vieillards, à la suite d'écart de régime. Gosselin a bien montré que la seule catégorie d'accidents auxquels elle convenait, devait être bornée aux épilocèles et à quelques vieilles hernies irréductibles par adhérences, auxquelles il faut joindre les appendicites herniaires. Tous les autres faits doivent être considérés comme des étranglements peu serrés.

Dans les limites étroites que nous venons de tracer, les lésions observées sont celles d'une péritonite du sac avec ou sans épanchement, injection et œdème de l'intestin, péritonite pouvant évoluer d'une manière plus ou moins aiguë, présenter même tous les caractères d'un phlegmon du sac (Berger) ou bien marcher plus lentement et se terminer par la formation de nouvelles adhérences.

Cliniquement, chez des vieillards porteurs de grosses hernies épiploïques ou entéro-épiploïques, la tumeur devient douloureuse à la suite d'un écart de régime; elle est un peu tendue, et reste partiellement réductible; le sac peut renfermer du liquide, même du pus; le malade vomit, mais la constipation n'est pas absolue; l'état général n'est pas très grave; en somme, les accidents n'offrent pas d'indication opératoire urgente; le malade est laissé au repos, la tumeur recouverte de compresses résolutive, et au bout de quelques jours les accidents tombent, au lieu d'aller en s'aggravant.

Mais il ne faut pas oublier que les accidents d'étranglement ont souvent au début cette allure lente, et nous ne saurions trop répéter en pareille circonstance que dans le doute c'est à l'intervention active qu'il faut recourir, puisque cette intervention n'est pas dangereuse, avec les méthodes actuelles de pansement, et puisque, seule, elle permet de lever un étranglement peu serré et méconnu.

L'*appendicite herniaire*, signalée depuis longtemps, a été très étudiée dans ces dernières années, en particulier dans les thèses de Rivet, de Sauvage, de Bariéty et de Briançon. A part les cas exceptionnels où elle résulte de la présence de corps étrangers, ou d'un étranglement du diverticule, elle se produit presque toujours par un processus semblable à celui qui atteint si souvent l'appendice dans l'abdomen. Si l'appendice est seul contenu dans la hernie, on assiste