

l'anse herniée par l'accumulation de gaz ou de matières plus ou moins solides.

Dans les cas très-rares où on l'a observé, les malades ont présenté des symptômes d'obstruction intestinale. C'est dans les hernies volumineuses et non contenues qu'on l'a surtout rencontré.

Le repos dans le décubitus dorsal, un bain prolongé, des efforts modérés de taxis, un purgatif, triomphent ordinairement de cet accident.

Il est possible que certains cas d'étranglement débutent ainsi; nous y reviendrons en parlant des causes de ce dernier accident.

Malgaigne et M. Broca ont nié l'existence de l'engouement.

3° Hernies compliquées d'inflammation.

L'inflammation, *péritonite herniaire*, peut affecter le sac herniaire, les viscères, ou le sac et les viscères en même temps.

Les causes de l'inflammation seraient les violences extérieures, les efforts, le frottement d'un mauvais bandage, etc. On l'observerait surtout chez les vieillards, et dans les hernies volumineuses et irréductibles.

Les lésions se traduiraient par de la rougeur, des fausses membranes, des épanchements séreux ou purulents dans le sac; plus tard, par des adhérences.

Les symptômes seraient: irréductibilité, tuméfaction, douleur; troubles fonctionnels de l'obstruction intestinale.

Le diagnostic, par les symptômes précédents, n'est pas facile, et il est impossible de les distinguer de ceux de l'étranglement.

Les auteurs qui font de la péritonite herniaire une complication spéciale, disent que, dans l'inflammation, la peau ne change pas de couleur; le doigt peut constater que l'anneau fibreux qui donne passage à la hernie est libre; enfin, l'inflammation n'affecte guère que les hernies volumineuses.

Pour donner une idée de la difficulté de ce diagnostic, nous citerons les paroles suivantes de M. Gosselin: « Ceux qui ont écrit sur la péritonite herniaire n'ont pas pu donner aux praticiens une démonstration applicable à la clinique, et pour moi, qui cherche depuis vingt années la preuve de cette péritonite herniaire, je ne l'ai pas encore trouvée. » Plus loin, ce professeur ajoute: « Toutes les fois qu'elles (hernies dites enflammées) m'ont présenté les conditions de volume, d'ancienneté et d'accidents que l'on rapporte à l'inflammation, je les ai réduites par le taxis; les malades ont été promptement guéris, et j'ai toujours cru que j'avais fait céder un étranglement ».

On voit, par ce qui précède, que l'inflammation des hernies doit être rare, et qu'il s'agit, dans beaucoup de cas, d'un étranglement plus ou moins serré. Cette manière d'envisager ainsi la question est au moins avantageuse pour le malade, car l'indication qui en résulte pour le traitement est d'opérer la réduction le plus vite possible.

Nous ferons remarquer, cependant, qu'il ne faut pas nier la péritonite

herniaire, car les lésions que l'on rencontre dans certaines hernies anciennes témoignent de cette inflammation. De plus, on observe des épiplocèles qui s'enflamment et qui suppurent; mais ici les symptômes inflammatoires ne sauraient être confondus avec ceux de l'étranglement. C'est dans ces cas qu'il faut s'abstenir du taxis, et avoir recours aux antiphlogistiques. (Voyez Étranglement.)

4° Hernies compliquées d'étranglement.

Définition. — On appelle étranglement herniaire une constriction exercée sur le pédicule d'une hernie, avec une intensité telle que, non-seulement le cours des matières intestinales est interrompu, mais encore celui du sang, dans les vaisseaux des organes herniés.

L'étranglement est l'accident le plus fréquent et le plus grave que puissent présenter les hernies, et nous venons de dire plus haut que l'engouement et l'inflammation peuvent être considérés comme des causes d'étranglement.

Anatomie pathologique. — Les lésions siègent sur le sac, sur les organes herniés et sur le pédicule de la hernie.

1° Sac. — La paroi du sac présente, à des degrés variables, les lésions de l'inflammation, rougeur, épaissement, fausses membranes. La cavité du sac renferme ordinairement une certaine quantité de liquide qui entoure l'intestin et le sépare de la paroi. Ce liquide, séreux le plus souvent, quelquefois purulent, peut faire défaut; dans ce dernier cas, on dit qu'il y a *hernie sèche*.

Au niveau du pédicule de la hernie, il existe une barrière plus ou moins solide, constituée par des adhérences entre le collet du sac et les organes herniés, de telle sorte que les liquides contenus dans le sac ne peuvent point passer dans le péritoine.

En un mot, toutes ces lésions sont produites par l'inflammation consécutive à la constriction.

2° Organes herniés. — Supposons le cas de beaucoup le plus fréquent, une entéro-épiplocèle: après l'ouverture du sac, l'épiploon se présente d'abord, l'intestin ensuite.

L'épiploon offre de la tuméfaction et de la rougeur; il est quelquefois violacé.

L'intestin est le siège de lésions tenant à l'inflammation, à l'arrêt mécanique de la circulation du sang dans ses parois. Il peut adhérer au sac, ce qui est rare; il peut être recouvert de fausses membranes et de pus; mais le plus souvent il est ou uniformément rouge, ou violacé, ou noirâtre. En même temps, sa paroi est épaissie et manifestement œdémateuse.

L'intestin présente sa chaleur normale. Il ne faut croire à l'existence de la gangrène qu'autant qu'il existe sur l'intestin des taches plus ou moins larges, de couleur *feuille-morte*, de dimensions variables. Au

niveau des taches feuille-morte, qui représentent de vraies eschares, l'intestin n'est plus chaud, et une légère pression suffit pour y déterminer des perforations. Il arrive souvent, au moment où l'on ouvre le sac herniaire, que l'intestin est perforé, et que la cavité du sac renferme des débris gangréneux et des matières intestinales.

3° *Pédicule*. — Nous avons déjà signalé des adhérences établissant une barrière entre la cavité du sac et celle du péritoine. Il existe, en outre, des lésions au niveau du pédicule de la hernie, sur la paroi intestinale elle-même. La constriction exercée par l'agent de l'étranglement est tellement violente, qu'il peut se former une section, plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, de l'intestin. Cette solution de continuité est une véritable ulcération, qui se fait le plus souvent de la muqueuse vers le péritoine, de sorte que les tuniques profondes peuvent être divisées, le péritoine restant intact.

L'ulcération peut être très-petite; elle peut même manquer, et, dans ce cas, la surface de l'intestin présente simplement une dépression circulaire.

Causes et mécanisme. — 1° *Causes prédisposantes*. L'étranglement herniaire se rencontre surtout chez les adultes, et notamment dans les cas de petites hernies. Les hernies habituellement contenues par un bandage s'étranglent beaucoup plus fréquemment que les autres. Le plus souvent, l'étranglement se montre dans les hernies anciennes; mais il n'est pas très-rare de voir une hernie s'étrangler au moment même de sa formation.

2° *Causes occasionnelles*. — L'étranglement survient à la suite de violents efforts, d'une indigestion, de l'engouement et de l'inflammation de la hernie.

Une cause fréquente consiste dans l'application d'un bandage mal fait, ou dans la négligence du malade qui cesse de porter son bandage.

3° *Causes anatomiques. Agents de l'étranglement*. — La constriction du pédicule de la hernie peut être déterminée: par la torsion de l'anse intestinale herniée sur elle-même; par des brides fibreuses traversant le sac; par une perforation de la paroi du sac, etc.

On comprend combien doit varier la nature des agents de l'étranglement. Parmi eux, les plus fréquents sont: 1° le *collet* du sac; 2° l'*anneau fibreux* situé en dehors du collet.

Dans la majorité des cas, l'étranglement est produit par le collet, véritable sphincter cicatriciel, ayant subi les modifications anatomiques dont nous avons parlé en étudiant les hernies simples.

Dans quelques cas, cependant, il n'est pas douteux qu'un anneau fibreux ait étranglé une hernie. On a vu des hernies étranglées guéries par le *débridement*, c'est-à-dire par la section de l'anneau fibreux, sans incision du collet. Lorsqu'une hernie s'étrangle au moment de sa production, on ne peut douter de l'action de l'anneau, qu'il suffit de sectionner pour réduire la hernie. Il est aujourd'hui admis que la plupart

des hernies crurales s'étranglent au niveau de l'un des orifices fibreux du fascia crebriformis.

Donc, l'étranglement herniaire peut reconnaître une foule de causes anatomiques, dont les deux plus fréquentes sont, d'abord, la constriction déterminée par le collet, ensuite, celle de l'anneau fibreux. Cette dernière avait été niée par Malgaigne; cependant, nous l'avons dit, quoique plus rare que la précédente, il est impossible de la mettre en doute.

4° *Mécanisme*. — Les agents de l'étranglement sont passifs au moment où l'accident se produit, et il serait plus rationnel de dire que les viscères s'étranglent sur le collet, sur l'anneau, etc.

On peut distinguer deux sortes d'étranglement, au point de vue du mécanisme: 1° l'*étranglement primitif*, qui survient sans avoir été produit par une complication; 2° l'*étranglement consécutif*, qui succède à l'engouement ou à l'inflammation.

1° Dans l'étranglement primitif, qui se montre souvent à la suite d'un effort, la contraction des muscles de la paroi abdominale chasse une grande quantité de gaz ou de liquide dans l'anse herniée. Celle-ci se distend et devient douloureuse. La douleur détermine une contraction réflexe permanente des mêmes muscles, qui tend à diminuer la capacité de l'abdomen. Le contenu de l'anse herniée, s'accumulant dans sa cavité, en distend les parois qui viennent presser sur la partie rigide entourant le pédicule. On conçoit que cette pression détermine l'arrêt de la circulation des matières intestinales, et même des vaisseaux de l'intestin. L'arrivée d'une nouvelle anse intestinale dans un sac herniaire produirait le même effet.

Cette explication fait pressentir qu'une des indications, dans la thérapeutique de l'étranglement, sera de faire cesser cette contraction des muscles abdominaux.

2° Dans l'étranglement consécutif, le mécanisme est le même, s'il s'agit de l'engouement, sauf l'effort primitif qui a rempli l'anse herniée.

Dans le cas d'inflammation, c'est le processus inflammatoire qui détermine l'augmentation de volume des organes herniés, et, par conséquent, une grande disproportion entre les dimensions de l'orifice du sac et celles de la hernie.

Dans quelques cas, l'étranglement paraît siéger seulement sur un point plus tranchant de l'orifice: c'est là ce que M. Chaignac désigne sous le nom d'étranglement par *vive arête*.

Symptômes.

1° *Début*. — L'étranglement peut débuter tout à coup, ou survenir graduellement: d'où la distinction entre l'*étranglement lent* ou *pseudo-étranglement*, et l'*étranglement brusque*. Dans presque tous les cas, la forme lente finit par présenter les mêmes symptômes que la forme rapide ou brusque. Dès le début, les symptômes sont trop peu marqués pour qu'il

soit permis d'affirmer l'existence d'un étranglement ; on ne peut que le soupçonner. Mais, au bout d'un temps très-court, les symptômes se confirment.

L'étranglement brusque, tel que celui qui survient à la suite d'un effort, est marqué, au moment où il se produit, par une vive *douleur* ; en même temps, il n'est pas rare d'observer des vomissements, formés seulement à cette époque de matières alimentaires, le refroidissement de la peau, la petitesse du pouls et une grande faiblesse générale. Ces symptômes sont ceux qui accompagnent ordinairement toute douleur un peu vive. Ils ne tardent pas, d'ailleurs, à se calmer ; puis ils sont remplacés par les phénomènes propres à la rétention des matières fécales.

2° Symptômes locaux fonctionnels. — La tumeur, devenue irréductible, est le siège de *douleurs* spontanées peu vives, que la pression exagère un peu, et qui s'irradient quelquefois vers la cavité abdominale.

L'intestin ne fonctionnant plus, tous les symptômes de l'obstruction intestinale surviennent avec une rapidité variable selon l'espèce d'étranglement.

Du côté du bout supérieur, on observe des *nausées* et des *vomissements* formés de matières, d'abord alimentaires, puis bilieuses, et, plus tard, intestinales, *fécaloïdes*, ayant l'odeur des matières fécales. Ce symptôme survient plus rapidement, et il est toujours beaucoup plus accusé dans l'entéroccèle que dans l'épilocèle.

Du côté du bout inférieur, on constate une *constipation* opiniâtre. Cependant, il faut savoir qu'un malade affecté de hernie étranglée peut aller une ou deux fois à la selle et rendre des matières qui étaient contenues dans le gros intestin avant l'accident.

3° Symptômes locaux physiques. — L'œil permet de constater que, dans les premiers moments, la *couleur* de la peau n'est pas altérée au niveau de la hernie, tandis que, un peu plus tard, elle prend une coloration rouge plus ou moins intense.

Au moment où la rougeur de la peau apparaît, on peut constater une *augmentation de volume* de la tumeur, due à l'épanchement liquide dans le sac et à la congestion inflammatoire. Si l'on connaissait la hernie avant l'accident, on remarquerait, dès le début, qu'elle est déjà un peu plus volumineuse.

Le *ventre* est *ballonné*, à cause de l'accumulation des gaz dans le bout supérieur de l'intestin. M. Laugier a dit que le ballonnement du ventre n'est pas uniforme, puisque le bout supérieur est seul distendu. C'est là un fait qu'il est, la plupart du temps, bien difficile de vérifier.

Par le palper, on remarque que la tumeur est un peu *chaude*, surtout lorsque la rougeur et la tuméfaction ont apparu.

Elle a augmenté de *consistance*, et, en même temps, elle est devenue *irréductible*.

4° Symptômes généraux. — Ils se montrent rapidement ; ce sont des symptômes d'affaissement physique et moral.

Le malade est dans le décubitus dorsal ; la face est pâle, grippée, anxieuse ; les traits sont tirés, les yeux sont fixes, sans expression.

La peau se refroidit et se recouvre d'une sueur visqueuse ; elle perd son élasticité ; un pli fait à la face dorsale de la main persiste pendant quelques minutes. Les extrémités sont violacées.

Le pouls s'affaiblit et devient filiforme ; il présente quelquefois des intermittences ; la température générale s'abaisse.

On observe souvent de l'anurie.

Le système nerveux est déprimé ; il existe une prostration extrême ; le malade répond péniblement aux questions qu'on lui adresse. Vers la fin, le hoquet, symptôme de mauvais augure, remplace les vomissements.

Ces phénomènes, on le voit, présentent une frappante analogie avec ceux qu'on observe dans le choléra.

Complications. — L'étranglement herniaire peut se compliquer d'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le sac, *phlegmon*, de gangrène de l'intestin et de péritonite.

Marche. Durée. Terminaison.

En général, les symptômes se succèdent de la manière suivante : au début, symptômes locaux physiques. Les troubles digestifs se montrent ensuite ; puis surviennent les symptômes généraux ; le hoquet et les complications terminent la série.

Dans quelques cas, les symptômes se succèdent lentement : pendant 3 ou 4 jours, l'état général est peu grave, et ce n'est qu'au bout de ce temps que les symptômes d'étranglement sont bien accusés. M. Gosselin insiste sur cette forme, pour ainsi dire *chronique*, de l'étranglement.

Dans d'autres circonstances, les malades présentent des rémissions tellement manifestes dans les symptômes, qu'on a cru à un étranglement *intermittent*.

Mais, le plus souvent, les symptômes marchent rapidement, et, dans l'espace de 24, de 36 heures, ils sont nettement accusés. Si l'on n'intervient pas, la mort arrive du troisième au huitième jour.

Terminaison. — La terminaison de l'étranglement est variable, à la suite de l'intervention du chirurgien ; nous en parlerons avec le traitement. Elle ne l'est pas moins, lorsqu'on abandonne l'étranglement à lui-même. Dans ce dernier cas, en effet, la mort survient presque toujours ; le malade peut cependant guérir.

1° La mort peut être due à l'intensité des phénomènes généraux, à la gangrène et à la péritonite.

On comprend comment les phénomènes généraux, déprimant les forces, amènent la mort.

Lorsque la *gangrène* frappe l'intestin dans l'étranglement, le malade éprouve généralement une rémission des symptômes locaux, et une

sensation de bien-être qui lui fait espérer une guérison prochaine. Mais les détritux gangréneux et les matières intestinales tombent dans le sac, l'enflamment et deviennent une cause de phlegmon.

La *péritonite* peut amener la mort du malade. Elle est produite, tantôt par la propagation de l'inflammation du sac, tantôt par la pénétration dans le péritoine d'une partie des liquides contenus dans le sac, tantôt, enfin, par la rupture de l'intestin au niveau du point étranglé, et par l'épanchement des matières intestinales dans le péritoine.

2^o Dans les cas rares où la *guérison* survient, on a vu la *réduction* de l'intestin survenir spontanément ou à la suite des efforts du malade. On a vu deux fois l'anse herniée se gangrener et former un *détritus* qui a été évacué par le gros intestin, et cela sans formation d'abcès au niveau de la hernie.

Dans la majorité des cas, lorsque l'étranglement ne détermine pas la mort, l'intestin hernié se *gangrène* en partie ou en totalité; les débris de l'eschare et les matières intestinales enflamment le sac.

Un phlegmon, survenu consécutivement, produit un abcès; celui-ci s'ouvre; il s'en écoule un pus fétide, mêlé de détritux gangréneux et fécaloïdes. Les matières intestinales continuent à traverser la cavité purulente; un trajet fistuleux s'établit et constitue un *anus contre nature*.

Diagnostic.

Diagnostic positif. — On ne peut méconnaître l'existence de l'étranglement, lorsqu'une hernie, devenue tout à coup irréductible et douloureuse, s'accompagne de constipation opiniâtre et de vomissements de matières fécaloïdes.

Diagnostic différentiel. — Mais il est un certain nombre de cas dans lesquels l'étranglement peut être méconnu ou confondu avec diverses maladies: ainsi, la lenteur dans la manifestation des symptômes peut faire méconnaître l'étranglement herniaire.

D'autre part, on prendra facilement pour un étranglement interne une hernie étranglée, sans tumeur apparente, et c'est ainsi que se comportera une hernie étranglée dans le trou sous-pubien, ou une petite hernie chez une personne grasse. Il faut, dans ce cas, s'informer avec soin des antécédents du malade, et explorer minutieusement tous les orifices de la paroi abdominale, non-seulement ceux des canaux inguinal et crural, mais aussi ceux par lesquels il est rare de voir une hernie se produire.

Des lésions inflammatoires du voisinage peuvent masquer l'étranglement et le faire méconnaître, surtout s'il appartient à la classe des étranglements lents: par exemple, un phlegmon de l'aîne ou une adénite.

Lorsque l'étranglement se montre pendant l'existence d'une maladie s'accompagnant de douleurs abdominales, coliques néphrétiques, etc.,

il peut passer inaperçu: c'est ce qu'a observé M. Louis, chez une femme affectée de choléra.

Nous avons déjà vu, en effet, combien les symptômes du choléra étaient analogues à ceux de l'étranglement herniaire. Dans ce cas, c'est encore à l'exploration des anneaux aponévrotiques qu'il faut avoir recours pour établir le diagnostic.

On a pris pour des hernies étranglées des maladies tout à fait étrangères: tumeurs inflammatoires de l'aîne, déterminant des nausées, des vomissements, de la constipation, comme on l'a vu pour des ganglions enflammés au milieu des tissus fibreux.

Nous avons vu que l'engouement des hernies est problématique, et que, s'il existe, il précède presque toujours l'étranglement; il n'y a donc point lieu de faire le diagnostic.

Quant à l'inflammation de la hernie, il est souvent difficile et même impossible de la distinguer de l'étranglement; cependant, dans les cas rares où elle existe, comme elle affecte surtout les grosses hernies contenues, on aura égard aux symptômes suivants: on peut quelquefois enfoncer le doigt dans l'anneau fibreux qui a donné passage à la hernie; si le peu d'intensité des troubles digestifs fait soupçonner une épiplocèle, et que la tumeur présente des symptômes locaux inflammatoires, on pourra éloigner l'idée d'un étranglement.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit de la terminaison de la maladie, on peut se faire une idée de l'extrême gravité de l'étranglement.

Traitement.

Lorsqu'on est en présence d'une hernie étranglée, on doit, s'il en est encore temps, chercher à obtenir la réduction. Si l'on ne peut y parvenir, on doit recourir à l'*opération de la hernie étranglée*.

1^o Réduction de la hernie étranglée.

Il est évident qu'il faut, pour réduire la hernie, lutter contre les causes qui mettent obstacle à la rentrée de l'intestin.

Or, nous avons vu que ces causes sont l'accumulation de liquides et de gaz dans l'intestin hernié, et la diminution de la capacité de l'abdomen par la contraction des muscles abdominaux.

On a cherché à obtenir la réduction par divers moyens employés isolément ou combinés entre eux.

On a eu recours à la *saignée*, à l'application de *sangsues* à l'anus, aux *bains chauds prolongés*, aux *purgatifs*, aux *lavements purgatifs*, aux lavements d'infusion de *tabac*, à la *ponction* de l'intestin à l'aide d'un trocart, à l'application de la *glace*, à la *chloroformisation*.

Ces moyens, employés isolément, comptent quelques succès; mais ils sont surtout efficaces lorsqu'on en combine plusieurs.

Il faut éviter de perdre un temps précieux dans l'emploi de tous ces moyens, car, si l'on attend trop tard, il ne sera plus temps de faire l'opération.

Cependant, nous devons dire qu'un certain nombre de succès sont dus aux lavements d'infusion de tabac (4 gr. pour 400 gr. d'eau). Cette substance agit probablement sur les muscles abdominaux, en les stupéfiant. Lorsqu'on en fait usage, il faut surveiller les symptômes d'intoxication et les combattre, s'ils se manifestent, par les excitants : café, etc.

Il est imprudent de donner des purgatifs violents aux malades, parce qu'on peut hâter la déchirure de l'intestin au niveau de l'étranglement.

On peut lutter avantageusement contre la contraction des parois abdominales par les moyens suivants : faire prendre au malade un bain chaud d'une heure et demie à deux heures ; le chloroformer, et pratiquer le taxis.

Taxis. — On pratique le taxis, lorsqu'on presse avec les mains sur une hernie pour obtenir sa réduction.

Indications et contre-indications du taxis. — Le taxis est contre-indiqué lorsque l'intestin est perforé, gangrené, ce dont on juge par la formation d'un phlegmon au niveau de la hernie, et par celle de l'emphysème. En général, il n'est jamais contre-indiqué avant vingt-quatre heures, les lésions de l'intestin survenant toujours plus tard.

Ces lésions survenant plus lentement dans les grosses hernies, on peut leur appliquer le taxis au delà de 24 et de 72 heures. A moins de circonstances particulières, on ne doit jamais le tenter à partir du commencement du quatrième jour. En résumé, on a d'autant plus de chances de réussir, qu'on l'emploie à une époque plus rapprochée du début des accidents (Gosselin).

Manuel opératoire. — Si, dès les premières tentatives, la hernie ne

rentre pas, on endort le malade avec le chloroforme, et l'on procède ensuite de la manière suivante :

Le malade est couché sur le dos, les cuisses sont fléchies, le bassin légèrement élevé, ainsi que la tête.

Le chirurgien se place du côté de la hernie ; il saisit de la main gauche le pédicule de la hernie, de manière à l'entourer le plus complètement possible.

Les doigts de la main droite sont disséminés autour du corps de la hernie, et exercent une pression

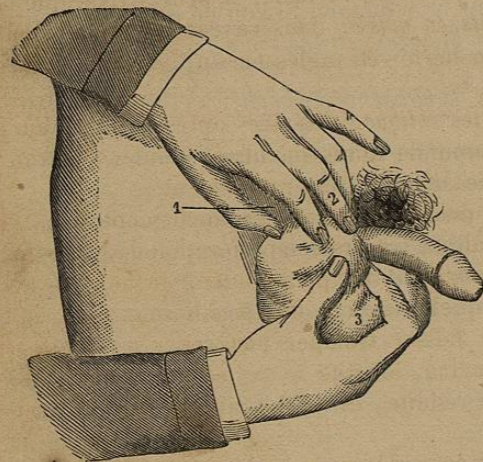


FIG. 20. — Réduction de la hernie.

1. Pédicule de la tumeur. — 2. Doigts de la main gauche sur le pédicule. — 3. Hernie embrassée par la main droite.

régulière et égale sur tous les points de la tumeur, qui doit être repoussée avec ménagement du côté de son pédicule. Pendant que la main droite presse la hernie vers la cavité abdominale, la gauche presse légèrement le pédicule, afin d'empêcher que la hernie ne s'étale au-devant de l'anneau.

On augmente progressivement la pression ; si les doigts sont fatigués et si l'on n'a pas d'aide, on s'arrête quelques instants, pour recommencer le plus tôt possible.

Durée. — On continue ainsi pendant 20 ou 30 minutes. En général, avec l'anesthésie, si la réduction n'est pas effectuée après 20 minutes pour les hernies petites et moyennes, et après 30 minutes pour les grosses, on juge qu'elle est impossible, et il faut alors renoncer au taxis ; car des tentatives trop longtemps prolongées pourraient causer de graves accidents qui diminueraient les chances de succès de l'opération.

Variétés de taxis. — Le taxis peut être *modéré*, lorsqu'on se sert d'une seule main ou des deux mains, sans déployer beaucoup de force et en ne le faisant durer que quelques minutes. Dans le *taxis forcé*, une force plus grande est déployée, et l'opération est continuée pendant assez longtemps pour que les mains du chirurgien se fatiguent. Pour M. Gosselin, le *taxis prolongé* est celui qui dure plus de 15 minutes. Ce chirurgien a quelquefois recours au taxis à *quatre mains* et à *six mains*. Pour lui, les manœuvres doivent être *continues* et *progressives*.

Résultats. — Au moment où la hernie rentre, on entend souvent un bruit de gargouillement caractéristique. Dès lors, les troubles digestifs disparaissent, les selles se montrent au bout de quelques heures, et, le plus souvent après deux ou trois jours, le malade reprend ses habitudes.

Accidents. — 1° Pendant l'opération du taxis, il peut arriver que la hernie et le sac soient *réduits en masse* ; dans ce cas, l'étranglement persiste ; on a transformé une hernie étranglée en un *étranglement interne*.

2° On observe quelquefois des *coliques* très-vives après la réduction ; elles peuvent même s'accompagner de vomissements et simuler un étranglement interne. Ces symptômes disparaissent rapidement.

3° Une *péritonite* sur-aiguë peut résulter de l'épanchement dans le péritoine des matières intestinales, à travers une perforation de l'intestin, ou du refoulement du liquide purulent que peut contenir le sac.

4° Par le taxis, on a cru quelquefois avoir réduit une hernie, qui n'était qu'aplatie. Il ne faut pas se laisser tromper par cette *apparence de réduction*. Il peut arriver de même, lorsque le sac est épais et doublé de graisse, que la hernie soit réduite, et qu'il y ait *apparence de non-réduction*.

Opportunité du taxis. — On a accusé le taxis de déterminer des lésions intestinales : perforations, etc. M. Gosselin affirme que la pratique ne donne point la démonstration des lésions que signale la théorie : « On ne

« comprend pas assez, dit ce chirurgien, que le taxis progressif, quand il réussit, est un excellent moyen de traitement, et, quand il ne réussit pas, est un critérium qui montre que l'opération est indiquée et doit être faite sans retard. »

2^o Opération de la hernie étranglée.

L'opération est indiquée lorsque le taxis n'a pas réussi ou que la durée de l'étranglement ne permet pas d'y avoir recours.

Manuel opératoire. — L'opération se compose de quatre temps : l'incision des tissus qui recouvrent le sac, l'ouverture du sac, le débridement, la réduction.

Premier temps. — On fait une incision simple, aussi nette que possible, en suivant le grand axe de la tumeur. Quelques chirurgiens font une incision cruciale, ou en T. M. Monod, qui préfère une simple incision linéaire, la pratique de la manière suivante : il fait un pli à la peau au sommet de la tumeur, traverse ce pli à sa base avec un bistouri droit, et fait ainsi l'incision d'un seul coup de dedans en dehors. Ensuite, on incise couche par couche les tissus sous-cutanés jusqu'au sac. On reconnaît celui-ci à sa coloration rouge ou gris noirâtre.

Deuxième temps. — On saisit avec une pince une portion du sac, et on y fait une petite ouverture en dédolant avec le bistouri. Cette ouverture est ensuite agrandie avec un bistouri boutoné. On enfonce l'indicateur

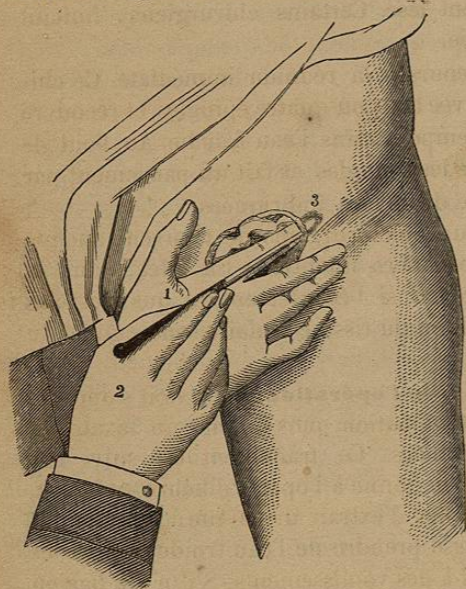


FIG. 21. — Débridement.

1. Main gauche dont la face palmaire regarde en avant. — 2. Main droite tenant le bistouri. — 3. Doigt dans le canal inguinal.

gauche dans le sac, et on va à la recherche du point étranglé. Pour l'incision des différentes couches qui recouvrent l'intestin, M. Monod, au lieu d'employer le bistouri et la sonde cannelée, se sert d'une pince à disséquer et de ciseaux; il fait un pli à l'enveloppe de la hernie, et excise ce pli à sa base.

Troisième temps. — On enfonce l'ongle de l'index gauche entre l'intestin étranglé et l'agent de l'étranglement. De la main droite, on introduit l'extrémité d'un bistouri boutoné entre l'extrémité de l'ongle et l'agent constricteur. La pointe du bistouri ne doit pas péné-

trer au delà de deux ou trois millimètres. On tourne le bistouri de telle sorte que le dos de la lame corresponde au doigt, et le tranchant au collet du sac. On coupe la bride, on retire le bistouri, et on essaye d'enfoncer le doigt dans l'abdomen. Si l'on n'y réussit pas, on pratique un autre débridement.

A l'exemple de M. Monod, nous aimons mieux sectionner l'agent de l'étranglement en pressant le bistouri avec l'indicateur gauche, et pratiquer le débridement en plusieurs points, *débridement multiple* de Vidal de Cassis. Aucune de ces incisions n'a une étendue suffisante pour atteindre une artère qui contournerait le collet du sac; d'ailleurs, le bistouri, agissant par pression, refoulerait le vaisseau, au lieu de le couper, s'il se trouvait au-devant de la lame. (Monod, communication écrite.)

Nous sommes encore de l'avis de M. Monod, et sa longue expérience lui donne de l'autorité en pareille matière, lorsqu'il ajoute : « *J'ai toujours considéré comme oiseuses les discussions sur le lieu d'élection du débridement. J'ai toujours débridé où j'ai pu, et n'ai jamais éprouvé de difficulté, ni observé d'accidents.* »

Quatrième temps. — Lorsque l'étranglement est levé, on attire légèrement au dehors une portion d'intestin contenue dans le ventre. S'il n'existe aucune perforation au niveau du pédicule ou sur l'anse herniée; s'il n'existe aucune tache gangréneuse *feuille-morte*, on procède à la réduction, en cherchant à faire rentrer, les premières, les portions de l'anse intestinale rapprochées du pédicule. Quant à l'épiploon, on peut le réduire, s'il n'est pas profondément lésé. Certains chirurgiens, imitant Malgaigne, le laissent dans la plaie.

Pansement. — M. Monod a recours à la réunion immédiate. Ce chirurgien fait la suture entortillée avec trois ou quatre épingles, et recouvre la plaie avec des compresses trempées dans l'eau fraîche. Au bout de 24 heures, au plus tard, il retire les épingles et fait un pansement par occlusion, avec des bandelettes de diachylon imbriquées.

Disons, cependant, que beaucoup de chirurgiens ne trouvent aucune utilité à tenter la réunion par première intention. En effet, dans la plupart des cas, la plaie suppure, et si l'écoulement du pus n'est pas libre, il peut en résulter un phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané du voisinage.

Soins à donner au malade après l'opération. — On doit s'opposer au développement possible de l'inflammation, puis donner un laxatif, et prescrire l'opium à doses fractionnées. Ce traitement est suivi par MM. Monod, Pauli et Demarquay. On donne à l'opéré, d'heure en heure, une pilule d'un à deux centigrammes d'extrait thébaïque, pendant les douze premières heures. On le laisse prendre de l'eau froide par petites gorgées, ou même de la glace, s'il a des vomissements. S'il n'y a pas eu d'évacuation avant la fin de la journée, on la provoque avec 15 grammes d'huile de ricin. Dès les premières selles, on peut donner un peu de bouillon.