

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.*, 1877.)

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

5° Réduction complète, mais évolution continue des lésions intestinales : torsion, coutures, 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 cannelée, 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 cannelée, 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 cannelée 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. *Recherches 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 de distendre et de déchirer celui-ci par l'écartement des deux index. Si l'étranglement 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 facilite la 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; épongez avec une serviette chaude, et enfin, vous étant bien assuré qu'aucun point de sphacèle imminent ne doit vous faire craindre une perforation, réduisez l'intestin. S'il vous inspire quelque inquiétude, suivant la pratique de Gosselin, fixez-le au voisinage de l'incision.

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 douze 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 médiation inverse, à l'administration des opiacés préconisée par Monod père, Demarquay et Le Fort (1865). Parfois la constipation persiste encore quelque 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. 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.

Lorsque le chirurgien pendant l'opération constate un point perforé ou un sphacèle plus ou moins étendu, il devra se conformer aux règles suivantes : Petite lésion, suture de l'intestin et réduction; lésion un peu étendue, ouverture de l'anse étranglée, recherche et fixation du bout supérieur; création, en somme, d'un anus artificiel que l'on traitera plus tard. Cette pratique paraît plus sûre que la résection de l'intestin sphacélé suivie de la suture intestinale, telle qu'elle a été pratiquée dans ces dernières années, après Kocher, par un certain nombre d'opérateurs.

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 convient sans doute à quelques cas particuliers, mais elle 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 aux retards de l'opération, et à l'absence de précautions antiseptiques. Les procédés de cure radicale dont nous avons parlé rendront les récidives de hernie moins communes. Pour Gosselin cette récidive était constante, et on peut citer, avec lui, des cas d'étranglement récidivé.

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 bor-

nerons 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, Igouet); 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'écarts de régime. Gosselin a bien montré que la seule catégorie d'accidents auxquels elle convenait, devait être bornée aux épiplocèles et à quelques vieilles hernies irréductibles par adhérences. 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 résolatives, 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.

CHAPITRE IV

ANUS CONTRE NATURE.

L'ouverture anormale de l'intestin permettant l'issue constante et à peu près totale des matières fécales s'appelle *anus contre nature*.

Lorsque l'ouverture est étroite et l'issue des matières peu considérable, on dit qu'il y a *fistule stercorale*.

L'anus contre nature était autrefois la terminaison — relativement heureuse — d'un bon nombre de hernies étranglées. Grâce à la diffusion des connaissances chirurgicales, peu de hernies sont maintenant abandonnées à elles-mêmes. On observe donc moins d'anus contre nature qu'autrefois. Cette affection doit pourtant être décrite ici à titre de complication des hernies en général.

L'anus contre nature n'est pourtant pas toujours lié à la hernie étranglée. On distingue en effet :

1° *Un anus contre nature congénital*, dont l'étude doit être rejetée aux vices de conformation de l'anus;

2° *Un anus contre nature artificiel ou chirurgical*, qui ne doit pas nous occuper;

3° *Un anus contre nature accidentel*, qui seul nous intéresse.

Étiologie. — Les lésions accidentelles qui amènent la formation d'un anus contre nature sont de deux ordres.

1° Le plus fréquemment, ce sont les *lésions pathologiques de l'étranglement herniaire* : gangrène et perforation de l'intestin. Certaines variétés d'occlusion intestinale peuvent en être rapprochées. — Quant aux autres ulcérations intestinales, elles produisent plutôt des fistules stercorales que des anus contre nature.

2° Ce sont en second lieu, des *lésions traumatiques de l'intestin* : contusions, plaies portant soit sur une anse intestinale libre, en situation normale, soit sur une anse herniée; dans ce cas, le traumatisme peut provenir d'un accident, résulter d'une aberration mentale du blessé ou de la maladresse du chirurgien.

Mais dans un cas comme dans l'autre, il faut de toute nécessité que l'épanchement soit précédé ou suivi de la *formation d'adhérences solides*. Ce travail, on le comprend facilement, trouve dans l'étranglement lui-même des conditions essentiellement favorables; il en est à peu près de même lorsque la plaie intestinale s'accompagne de la hernie traumatique de l'anse lésée.

Scarpa a montré depuis longtemps que la guérison spontanée était plus facile, quand l'anus contre nature était d'origine pathologique.

Anatomie pathologique. — L'anus contre nature offre à étudier : 1° *un orifice cutané*; 2° *un orifice intestinal*; 3° *un trajet intermédiaire*.

1° *Orifice cutané.* — *a. Siège.* Régions herniaires dans les cas pathologiques; — paroi antéro-latérale dans les cas traumatiques. — *b. Forme.* Très variable, en général plus ou moins irrégulièrement arrondie. — *c. Les dimensions* doivent permettre l'introduction du petit doigt; au-dessous, on n'a plus qu'une fistule stercorale. — *d. Aspect.* L'ouverture cutanée se présente sous l'aspect d'un orifice plus ou moins déprimé, entouré d'une peau épaissie,