

La pathogénie de ces infections pulmonaires a été diversement interprétée. G. Roux a voulu voir là une congestion pulmonaire réflexe par irritation mécanique des plexus nerveux intestinaux, s'appuyant sur ce fait que la section du sympathique mettait les animaux à l'abri de complications pulmonaires au cours d'étranglements expérimentaux.

Gussenbauer et Pietrzkowski s'approchaient davantage de la vérité en mettant ces accidents pulmonaires sur le compte d'embolies parties des vaisseaux intestinaux. Lesshaft pensait qu'il s'agissait plutôt de pneumonies traumatiques et infectieuses, dues à l'introduction des matières réunies dans les voies aériennes.

A l'heure actuelle, la présence de microbes pathogènes dans les foyers de pneumonie nous permet d'en bien comprendre la pathogénie; il s'agit de pneumonies infectieuses métastatiques. Le passage des bactéries se fait en quantité considérable au travers des parois intestinales, dans l'intérieur même de la cavité abdominale, et leur virulence est elle-même augmentée par le fait de la stase. Ces germes infectieux, repris par les lymphatiques, emportés par le courant sanguin, se disséminent dans tout l'organisme, et plus particulièrement au niveau de l'appareil pulmonaire. Les recherches expérimentales et bactériologiques de Wagner, de Grawitz, de Laruelle, de Clado, de Bonnecker, de Fischer et Levy, ont démontré surabondamment ce fait, dont l'idée première avait déjà été entrevue par Humbert, en 1874, dans sa thèse (1).

La réalité de ce mécanisme est encore prouvée par l'envahissement général de l'organisme par les germes infectieux; la rate, le foie en montrent de grandes quantités incorporées dans leurs tissus, et c'est ainsi que l'on doit comprendre aujourd'hui la septicémie péritonéo-intestinale, d'origine herniaire, due à des microbes multiples, dont les principaux sont le *Bacterium coli commune*, les *Staphylococcus aureus* et *albus*, et des streptocoques.

**Diagnostic.** — Dans la grande majorité des cas, l'ensemble symptomatique si caractéristique de la hernie étranglée en rendra le diagnostic aisé, et l'hésitation ne sera pas de longue durée. Pourtant l'étranglement herniaire pourra être simulé, soit par des affections tout à fait indépendantes de toute formation herniaire, soit par des accidents d'un autre ordre survenant dans une hernie préexistante.

Certaines affections locales peuvent en imposer pour un étranglement herniaire, et nous devons citer, comme type d'erreur possible, l'*adénite crurale*. La confusion peut exister avec une petite hernie crurale, et surtout une épiplocèle étranglée; en effet, dans ce cas, pas de phénomènes d'obstruction intestinale, on ne note que des phénomènes locaux, et, dans le triangle de Scarpa, rien ne ressemble à un

(1) G. HUMBERT, Étude sur la septicémie intestinale. Accidents consécutifs à l'absorption des matières septiques, 1874.

ganglion comme une épiplocèle étranglée et enflammée; et pourtant le diagnostic doit être posé, car un peu d'intestin peut se trouver pincé latéralement et être la cause d'accidents redoutables; on appuiera le diagnostic sur la présence de causes étiologiques ayant pu amener l'inflammation ganglionnaire, sur la non existence d'une hernie antérieure, sur le début progressif de la tuméfaction, sur la présence de ganglions de voisinage, et enfin et surtout sur les caractères de la palpation, qui démontreront l'indépendance du ganglion avec les plus profonds, et dans la hernie crurale le pédicule de celle-ci, filant profondément dans l'arcade de Fallope.

Au niveau de l'anneau inguinal, il est classique de citer le diagnostic différentiel de l'*orchite d'un testicule en ectopie* avec l'étranglement d'une hernie congénitale. L'inflammation testiculaire donnant naissance à des phénomènes locaux analogues à ceux de la hernie étranglée et à des phénomènes généraux réflexes, tels que nausées et vomissements, rappelant l'obstruction intestinale, un examen minutieux lèvera tous les doutes.

L'*étranglement interne* et la *péritonite généralisée*, survenant chez un hernieux, pourrait faire croire à des accidents en rapport avec la hernie dont il est porteur, et cela d'autant mieux que celle-ci, en raison des phénomènes abdominaux, aura pu prendre un certain degré de tension. L'examen de la hernie fournira de précieux enseignements, en montrant sa réductibilité, sa sonorité et l'absence de phénomènes douloureux à son niveau.

Lorsque le sujet ne présentera pas de hernie apparente, il sera néanmoins nécessaire d'examiner les orifices anormaux; les régions lombaires, ischiatiques, la face antérieure de l'abdomen seront palpées et scrutées avec soin; on pourra découvrir dans les régions inguinales ou crurales une petite tumeur dure, douloureuse à la pression, que le malade n'aura pas remarquée et que l'on sera tenté de prendre pour une hernie étranglée. Il ne faudra pas se hâter de conclure, car il n'est pas rare de rencontrer là d'anciens sacs déshabités, des hernies épiploïques accidentelles. Les hernies graisseuses de la ligne blanche existent assez fréquemment et ne donnent naissance à aucun trouble.

Dans la péritonite, les phénomènes inflammatoires sont plus francs, les vomissements moins abondants et moins franchement fécaloïdes. La constipation est quelquefois remplacée par de la diarrhée; en tout cas elle peut être levée par les purgatifs. La réaction fébrile est du plus grand secours pour préciser le diagnostic.

Dans d'autres circonstances, c'est bien une hernie qui est en cause, mais l'étranglement peut être simulé par des accidents d'un autre ordre moins graves, nous voulons parler de ce que l'on a décrit sous le nom d'engouement (p. 640) et de péritonite herniaire (p. 645); nous renvoyons aux chapitres qui traitent de ces accidents.

C'est surtout dans le cas de hernie volumineuse, lorsqu'il s'agira



de ces étranglements partiels que nous avons signalés, que le diagnostic sera particulièrement délicat. C'est dans cette variété que l'on verra survenir des obstructions intestinales de cause interne par circulation vicieuse et gênée des matières stercorales; que l'on observera les phénomènes d'inflammation décrits sous le nom de péritonite herniaire. En règle générale, il ne faudra pas le plus souvent chercher à trop serrer de près le diagnostic, on s'exposerait, en voulant trop bien faire à des accidents redoutables; on risquerait de ne pas voir un étranglement partiel, mais pourtant serré; et, d'autre part, la grande majorité des cas d'engouement et de péritonite herniaire ne sont-ils pas, eux aussi, des accidents d'étranglement incomplets, peu serrés, susceptibles de devenir à un moment donné dangereux par le fait même de l'inflammation et de la distension des anses intestinales voisines.

En tout cas, dans des faits de ce genre, il vaut mieux, comme nous le verrons à propos du traitement, diagnostiquer un étranglement qui n'existe pas ou incomplètement, que de s'exposer à méconnaître un étranglement vrai.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'étranglement herniaire est redoutable, si celui-ci est abandonné à lui-même. On peut dire que la mort est à peu près la règle dans la hernie étranglée; et les cas où un anus contre nature providentiel s'est créé sont malheureusement de très rares exceptions.

Le pronostic est grave pour deux raisons; la première est la rapidité de l'apparition de lésions gangréneuses, survenant au niveau de l'anse intestinale et aboutissant à la perforation de celle-ci, et la seconde a rapport avec l'intoxication générale de l'individu, se terminant par des manifestations pulmonaires, rénales, asphyxiques, que l'on observe fréquemment.

Ces deux facteurs, lésions de l'intestin, et intoxication générale, sont sous la dépendance du temps qui s'écoule depuis le moment où l'étranglement est constitué; aussi sont-ils profondément modifiés par une intervention rapide qui libère l'intestin. Le pronostic d'une hernie étranglée opérée à temps est relativement bénin.

Mais le laps de temps écoulé depuis le moment où l'étranglement herniaire s'est produit et le moment de l'intervention n'est pas le seul facteur à considérer du point de vue du pronostic; celui-ci dépend encore de la variété de hernie en présence de laquelle on se trouve. Les petites hernies, les hernies congénitales inguinales étranglées d'emblée sont d'un pronostic plus redoutable que les autres, car elles exposent davantage au sphacèle rapide, et à l'intoxication générale de l'individu. De même les entéro-épilocèles sont d'un pronostic plus bénin que les entéro-cèles, en raison du rôle protecteur du coussinet adipeux épiploïque, dont nous avons déjà parlé plus haut.

Malgré tout, la notion de temps est la plus importante dans l'appréciation du pronostic d'un étranglement herniaire, aussi cette con-

sidération doit-elle hâter l'intervention puisque une heure ou une demi-heure peuvent éviter à un malade une résection intestinale, ou une péritonite, ou encore prévenir une intoxication menaçante.

**Traitement.** — Aussitôt qu'un étranglement herniaire est constaté, il faut à tout prix réintégrer dans la cavité abdominale les viscères herniés, et le faire le plus rapidement possible, afin d'éviter que leur vitalité soit compromise. Pour atteindre ce résultat, deux méthodes sont en présence: l'une, le *taxis*, s'efforce d'atteindre ce but sans intervention sanglante; c'est par des pressions manuelles exercées sur la hernie que l'on cherche à atteindre ce résultat; l'autre, plus rationnelle, moins aveugle, sûre d'aboutir, est la *kélotomie*, c'est-à-dire l'ouverture au bistouri du sac, la libération de l'intestin et de l'épiploon par section de l'étranglement et la réintégration de ceux-ci dans l'abdomen. De ces deux méthodes, une seule est pour ainsi dire appliquée, c'est l'intervention sanglante. Si l'on compare les traités classiques anciens et modernes, on est frappé du développement qu'a pris l'exposé de la kélotomie et de son manuel opératoire; autrefois considérée comme opération d'exception elle est devenue la seule intervention rationnelle, et le *taxis* si en honneur, ancienne méthode de choix, a complètement perdu son prestige; si on le trouve encore largement exposé, c'est parce qu'on en détaille les dangers.

La kélotomie est pourtant de date ancienne; c'est Franco qui l'imagina et A. Paré qui en décrivit minutieusement le manuel opératoire; mais l'antisepsie était alors complètement inconnue, l'opération n'était pratiquée que très tardivement, alors qu'on avait épuisé la série des agents médicamenteux bizarres, tels que la pommade à l'once d'or de ducats d'Afrique, dissoute dans l'eau régale, la pommade de Mlle Guiton, recommandée par Arnaud, les feuilles de bardane et de morelle; et les résultats étaient, on le comprend, désastreux; aussi l'intervention était-elle sérieusement condamnée, et Arnaud pouvait écrire, au commencement du siècle qu'« il y a souvent moins de dangers à retarder l'opération de la hernie étranglée qu'à se hâter de la faire ». Combien nous sommes loin aujourd'hui de pareilles conclusions.

Pourtant toute intervention chirurgicale n'était pas abandonnée; de temps en temps on voyait des tentatives nouvelles surgir! Littre, en 1700, formulait l'indication d'établir un anus contre nature. Ramdohr pratiquait la première résection intestinale, et Morand rappelle le fait en 1730. Malheureusement c'étaient là des faits isolés, le *taxis* était l'opération de choix, et malgré Malgaigne, qui était effrayé des accidents qu'il voyait survenir à la suite de ces manœuvres, Gosselin le mettait en première place; il en réglait le manuel opératoire, montrait les avantages que l'on peut retirer de l'anesthésie chloroformique comme adjuvant, mais pourtant il



reconnaissait que lorsque le taxis avait échoué c'était à l'intervention sanglante qu'il fallait recourir sans délai. Aujourd'hui le taxis est rejeté bien loin, l'antisepsie a permis d'être plus hardi, de nombreux chirurgiens, parmi lesquels il ne faut pas oublier Daniel Mollière (de Lyon), se sont efforcés de montrer les accidents redoutables auxquels exposent les manœuvres de réductions manuelles; la question est désormais jugée, la kélotomie est l'opération de choix, et s'il existe encore des discussions au sujet du traitement de l'étranglement herniaire, c'est à propos du traitement de la gangrène de l'intestin qu'on les voit s'élever; nous reviendrons plus loin sur les points particuliers.

*Manuel opératoire du taxis.* — Cette méthode a été presque uniquement employée pendant de longues années, et a donné, malgré ses dangers considérables, d'indubitables succès.

Le taxis ne présente des chances sérieuses de réussite qu'autant qu'il est pratiqué de bonne heure, peu de temps après la production de l'étranglement, avant que la congestion ait considérablement distendu l'intestin hernié et que des phénomènes inflammatoires aient fait leur apparition. Gosselin a insisté sur les avantages que l'on peut retirer de l'anesthésie; c'est là en effet un utile adjuvant, car il fait cesser la contraction réflexe de la paroi abdominale, il évite l'état de défense pris instinctivement et involontairement par le malade lorsqu'on appuie sur sa hernie et qu'on y réveille des phénomènes douloureux souvent très vifs. Dans quelques hernies de date récente, peu tendues, nous avons, après quelques manœuvres très courtes et très légères de taxis, obtenu la réduction de l'intestin, et toujours ce fut sans anesthésie, car dans le cas d'échec la kélotomie était décidée immédiate.

Donc, c'est sans anesthésie qu'il faut pratiquer les tentatives de réduction. Le malade sera placé dans le décubitus dorsal, le thorax et les cuisses soulevées par des coussins afin de relâcher autant que possible les orifices herniaires; le chirurgien se place à la droite du malade et avec la main gauche il embrasse le collet de la hernie. Avec la main droite il exerce alors des pressions méthodiques sur les parties de l'intestin voisines du pédicule, cherchant à les chasser dans l'abdomen. Ces pressions, d'abord modérées, sont pratiquées d'une façon rythmique, et de plus en plus énergiques, avec des intervalles de repos et de reprises. Le rôle des doigts de la main gauche est double; il a pour but d'effiler en quelque sorte l'anneau herniaire, d'y guider comme dans un entonnoir les masses intestinales et épiploïques poussées par la main droite, et aussi de les maintenir réduites lorsqu'elles ont franchi l'agent de l'étranglement.

Les pressions doivent être exercées avec la pulpe des doigts et non avec la pointe; il ne faut pas agir avec la pression de l'avant-bras ou du bras.

La réduction de la hernie est quelquefois obtenue tout d'un coup, l'intestin rentrant en masse; le plus souvent on note tout d'abord une diminution de la tension dans le sac, puis on perçoit sous les doigts une sensation de gargouillement et de fuite de l'intestin dans l'abdomen.

Aussitôt que la réduction est obtenue, la tumeur s'affaisse, la tension disparaît, il existe une dépression au niveau du point où était la hernie, et le doigt, en se chargeant de la peau invaginée, peut pénétrer dans l'orifice herniaire.

Dans certains cas, le gargouillement caractéristique a bien été perçu, la sensation d'échappement de l'intestin a bien été nette, et pourtant, malgré la disparition de la tension du sac, il reste une tumeur encore appréciable; il s'agit de masses épiploïques adhérentes qu'il faut le plus souvent laisser en place.

Les manœuvres de taxis doivent être de courte durée, et ne doivent pas exiger de pressions trop énergiques: elles exposeraient alors à des accidents redoutables dont nous parlerons dans un instant.

Tel n'était point le manuel opératoire adopté par les anciens auteurs, et il est intéressant de connaître avec quelle véritable brutalité les chirurgiens d'autrefois pratiquaient le taxis, tellement ils redoutaient l'intervention chirurgicale.

Ils avaient tout d'abord multiplié les moyens adjuvants qui devaient faciliter la réintégration de l'intestin. Les préparations de morphine, la belladone et l'atropine à l'intérieur; les pulvérisations d'éther, les applications froides à l'extérieur; et même le refroidissement des mains qui devaient pratiquer le taxis (Bennett).

L'intensité des manœuvres de réduction atteignit entre les mains d'Amussat, de Lisfranc, de Vignolo et de Nivet, le maximum d'énergie. Ces auteurs, sous les noms de taxis forcé, de taxis prolongé, préconisaient des pressions violentes faites par le chirurgien et ses aides, avec quatre mains, avec six mains. Et ces pressions étaient longtemps continuées, pendant une heure ou deux heures.

Jusque dans ces dernières années, entre les mains de Sonrier, de Streubel, de Max Schede, ce taxis forcé a rencontré des défenseurs; pourtant maintenant il semble que le silence soit définitivement fait, et que de pareilles manœuvres soient absolument condamnées.

D'autres auteurs avaient eu recours à des méthodes déterminées. Maisonneuve exerçait sur la hernie une pression élastique avec une bande de caoutchouc, Lannelongue utilisait la pression d'un sac de plomb. Plus hardis et plus dangereux encore, certains chirurgiens, tels que Levrat, Nélaton, Gosselin, Deroubaix, n'hésitaient pas à ponctionner l'anse intestinale pour en diminuer la tension, opération inutile et particulièrement redoutable dans ses conséquences. De telles manœuvres n'allaient pas sans exposer à de terribles accidents, ce sont



eux que nous allons maintenant exposer, car ils jugeront définitivement de la valeur de ce moyen thérapeutique.

*Accidents du taxis.* — Les accidents imputables au taxis sont d'ordres très divers; nous pouvons les grouper sous trois chefs principaux. Cette méthode expose : 1° à perdre un temps précieux par erreur de diagnostic ; 2° à de fausses réductions ; 3° à la réduction d'un intestin altéré.

a) ERREURS DE DIAGNOSTIC. — C'est là le moins grave des reproches que l'on puisse faire au taxis, car la faute est aussi imputable au chirurgien qu'à la méthode. Ces erreurs de diagnostic sont d'ordre divers ; le plus souvent il existe une petite hernie ancienne, c'est une épiplocèle adhérente, c'est un kyste sacculaire, et le malade qui en est porteur voit survenir des accidents d'étranglement intestinal. Ces phénomènes d'occlusion intestinale peuvent être dus, soit à une hernie à siège anormal, obturatrice, ischiatique, etc., et les manœuvres du taxis s'efforcent de réduire la hernie apparente et dépourvue d'étranglement. D'autres fois, c'est un étranglement interne qui est méconnu ; la distension des anses intestinales augmente la tension d'un sac herniaire préexistant, et l'effet est pris pour la cause. D'autres fois encore, c'est une hernie volumineuse, légèrement enflammée et douloureuse, qui attire l'attention du chirurgien et provoque ses tentatives de taxis, alors que c'est ailleurs qu'il faut aller chercher l'obstacle véritable.

Dans tous ces faits, qui démontrent l'insuffisance de diagnostic, mais qui sont facilement excusables, si le chirurgien pratique à tort la kélotomie, celle-ci aura au moins l'avantage de rectifier son diagnostic et de faire porter ailleurs ses investigations.

Bien plus redoutables sont les deux autres catégories d'accidents imputables au taxis.

b) FAUSSES RÉDUCTIONS. — Les efforts du chirurgien ont enfin été couronnés de succès ; brusquement ou lentement, la tumeur herniaire a cédé sous la pression et s'est réduite, et pourtant les accidents d'étranglement continuent ; aucune amélioration, même passagère, n'a lieu dans l'état général du malade ; une fausse réduction a été opérée, et elle a pu se produire par des mécanismes très divers.

1° *Réduction en masse.* — C'est là le type de la fausse réduction, observée pour la première fois par Saviard, par Le Dran, par Lafaye ; elle a été très remarquablement décrite par Richter.

Ce qui caractérise la réduction en masse, c'est que, sous l'influence des pressions énergiques exercées sur le sac, celui-ci dilate l'anneau fibreux, rompt ses connexions avec le tissu cellulaire qui l'entoure, et, ainsi libéré, passe au travers de la paroi abdominale et vient se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Lorsqu'on examine une pareille réduction, on trouve l'anneau fibreux considérablement

élargi et distendu, et en arrière de lui le péritoine soulevé par une masse arrondie qui n'est autre que le sac intact contenant l'intestin étranglé et le liquide exsudé, sans qu'en aucune façon l'agent de l'étranglement ait cessé son action. Cette variété nécessite, pour être réalisée, que le collet du sac soit l'agent de l'étranglement, et que l'anneau fibreux soit suffisamment faible pour se laisser distendre. C'est pourquoi cette variété de réduction en masse ne s'observe guère que pour les hernies inguinales, et nous avons eu l'occasion d'en observer un cas typique chez un malade où un taxis énergique avait refoulé au travers de la paroi abdominale sac et contenu, dans l'intérieur du ventre. Les hernies crurales sont bien moins disposées à ce genre d'accident, car, nous l'avons vu, c'est l'anneau qui est habituellement l'agent de structure et, d'autre part, l'orifice fibreux est constitué par des tissus si résistants qu'il se laisserait difficilement distendre.

En clinique, c'est à la suite de tentatives énergiques de réduction manuelle que cet accident se produit ; la réduction s'est faite difficilement, péniblement, sans aucun gargouillement ; les malades, loin d'être soulagés, éprouvent au contraire de vives douleurs ; les vomissements augmentent ainsi que le ballonnement du ventre ; bref, tous les signes de l'étranglement persistent.

La palpation de la région montre un orifice herniaire très élargi ; si l'on introduit le doigt à son intérieur et que l'on fasse exécuter des efforts de toux au malade, on peut percevoir, comme dans notre observation, une masse globuleuse, arrondie, résistante, qui vient buter et cherche à se luxer au dehors. La palpation bimanuelle peut, dans certains cas, permettre d'apprécier le volume et la forme de cette tumeur.

Le diagnostic d'après ces symptômes est facile, et il faut se hâter d'intervenir aussitôt qu'il est posé, car la mort est la règle. Les faits de Bourguet, Dupuytren, Mayo-Robson, où l'intestin s'est libéré spontanément, et ceux où une fistule stercorale s'est constituée sont tellement exceptionnels qu'il ne faut les considérer que comme des curiosités pathologiques.

L'intervention dans ces réductions en masse, c'est la mise à jour de l'orifice herniaire, son débridement, la traction au dehors du sac et, cette sorte de réduction en sens inverse étant terminée, la pratique de la kélotomie suivant ses règles ordinaires.

2° *Réductions partielles.* — Les réductions peuvent être de deux sortes. La première variété vise les cas où le sac herniaire présente, comme dans certaines hernies inguinales congénitales, une série d'étranglements successifs. Le taxis peut alors réussir à faire franchir à l'intestin ce premier agent d'étranglement : le rétrécissement, qui siège, par exemple, au niveau de l'orifice inguinal externe, alors que l'étranglement vrai existait au niveau de l'orifice interne ;



l'intestin, ainsi incomplètement réduit, se place en s'étalant dans l'épaisseur de la paroi abdominale; des faits de ce genre ont été observés par Streubel. Pour des hernies crurales, des faits analogues ont été rapportés par Callisen, Cloquet, Richet et Legendre (1) sous le nom de *hernies pectinéales*.

La seconde variété de réduction partielle a trait à des cas où l'on n'a réduit qu'une portion de l'intestin contenu dans le sac, et qu'on a laissé dans le trajet herniaire une ou plusieurs anses qui subissent encore la constriction de l'agent de l'étranglement. Ces faits, observés par Streubel, Chelius, Maurice Perrin, surviennent le plus ordinairement dans des hernies volumineuses chez lesquelles la réduction est difficile, longue, et où l'on a négligé de s'assurer, par le doigt introduit dans l'anneau, de la complète perméabilité de celui-ci.

3° *Réduction propéritonéale*. — D'autres fois, l'intestin a bien été réduit, le sac est resté en place, mais la réduction s'est faite dans un diverticule intra-abdominal du sac herniaire. Ces fausses réductions propéritonéales ont été bien mises en lumière par Kronlein, qui a étudié ces diverticules péritonéaux, déjà entrevus par Cruveilhier, Parisé, Streubel. Ces diverticules propéritonéaux se rencontrent surtout au niveau des hernies inguinales et, comme Ramonède l'a montré, leur formation est en rapport avec le développement du canal vagino-péritonéal. Le plus souvent, la disposition est la suivante : au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, le sac envoie un prolongement en cul-de-sac, accolé à la face profonde de la paroi abdominale, mais situé en avant du collet du sac; de telle sorte que, si un étranglement se produit, les manœuvres de taxis peuvent refouler l'intestin dans ce diverticule sans que la constriction qui siège au niveau du collet soit en quelque chose modifiée.

Ces formations propéritonéales ne sont pas exclusivement observées au niveau de l'orifice inguinal. On en a observé vers l'anneau crural et même au travers de la paroi abdominale. Villard (de Lyon) a rapporté une observation de cette variété d'étranglement (2).

4° *Réduction sous-péritonéale*. — Ici les manœuvres de taxis ont été si énergiques que le sac s'est rompu au voisinage du collet qui étreint toujours l'intestin; la déchirure a laissé passer le contenu du sac, qui a été refoulé dans le tissu cellulaire ambiant, et plus particulièrement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Birkett a rapporté 3 cas de cette variété.

5° *Réduction avec l'agent de l'étranglement*. — C'est un degré de plus des lésions que nous venons de décrire; la déchirure du collet a été si étendue qu'elle est devenue circulaire; le collet s'est détaché du sac, qui est resté en place; l'intestin ainsi libéré a été réduit, mais il a emporté avec lui l'anneau d'étranglement placé comme une bague

(1) E. Q. LEGENDRE, Mémoire sur quelques variétés rares de la hernie crurale, 1859.

(2) VILLARD (de Lyon), Arch. prov. de chir., 1892.

à la base de l'ancienne portion herniée. Ce sont là des faits rares, mais dont on ne peut contester la réalité. Laugier et Richet en ont publié des cas devenus classiques et Hochenegg opéra, en 1889, un étranglement analogue, qui guérit à la suite de la section de la bride.

c) *RÉDUCTION D'UN INTESTIN ALTÉRÉ*. — Un des plus grands reproches qu'on puisse adresser au taxis, c'est d'être une méthode aveugle, dans laquelle on ne sait au juste ce que l'on fait, et qui expose, par ce fait, à réduire dans l'abdomen un intestin douteux, peut-être déjà frappé de gangrène, et allant par conséquent entraîner la mort du malade par perforation intestinale. Mais, en dehors de ces dangers, sur lesquels nous allons revenir, le taxis exerce la plus fâcheuse influence sur la vitalité des tuniques intestinales. Les pressions souvent énergiques qui sont déployées meurtrissent les tuniques, les écrasent et surtout déterminent des ruptures vasculaires particulièrement nocives. Comme nous l'avons vu, le premier effet de l'étranglement est d'amener une stase veineuse considérable, telle même que les vaisseaux peuvent se rompre spontanément. Lorsque le taxis est employé, ces ruptures sont considérablement hâtées dans leur apparition et plus étendues; la séreuse péritonéale peut être rompue, le mésentère déchiré et en tout cas tuméfié par de larges ecchymoses. Le liquide du sac devient très rapidement hémattique, et lorsque, dans une hernie récente, on trouve du sang dans le sac, on peut affirmer que le taxis a été tenté. Toutes ces conditions compromettent la vitalité de l'intestin et, à ce point de vue déjà, les tentatives de réduction manuelles doivent être proscrites. Mais en réalité, ce sont là encore des lésions peu graves qui peuvent n'avoir aucune importance si une kélotomie immédiatement pratiquée permet la réduction des viscères. Bien autrement redoutables sont les accidents suivants :

1° *Réduction d'un intestin gangrené*. — Nous avons vu combien rapide paraît être l'apparition du sphacèle sur un intestin étranglé; quelques heures suffisent, et il est impossible de déduire de l'âge d'un étranglement l'état des viscères. D'autre part, les signes cliniques sont absolument insuffisants pour permettre de diagnostiquer la gangrène intestinale, et cela est si vrai que même souvent au cours d'une kélotomie, ayant l'intestin dans les doigts, il est difficile d'être fixé d'une façon absolue sur sa vitalité. Que penser alors de la valeur d'une réduction manuelle? Aussi les accidents sont-ils fréquents et redoutables; ils aboutissent à la mort par péritonite.

Celle-ci peut survenir de deux façons : dans certains cas, la gangrène a déjà fait son œuvre, et une perforation a déversé dans l'intérieur du sac les matières intestinales. Pourtant l'infection du péritoine abdominal ne s'est pas produite; des adhérences protectrices fixent les bouts de l'intestin au pourtour du collet. Que des