

est inconvenient et garantir l'asepsie de la plaie, même avec la meilleure volonté.

En ce qui concerne la statistique de l'opération radicale des hernies, LEIS-RINK a trouvé sur 202 opérations 184 guérisons (91 0/0) et 15 morts (7 2/5 0/0). Des récidives sûrement constatées se sont produites dans 20 0/0 des cas¹.

§ 97. — Avant de passer à l'étude de l'étranglement, nous avons encore à faire mention d'un accident assez fréquent qui survient principalement dans les hernies volumineuses et anciennes qui n'ont pas été réduites, nous voulons parler de l'**engouement** (Kotheinklemmung, incarceration stercorea). Certaines conditions que nous avons déjà fait connaître à propos de l'anatomie des hernies (§ 82), et qui se rapportent aux hernies anciennes avec des anses intestinales restées longtemps dans le sac herniaire et devenues ainsi incapables de fonctionner, telle est la cause essentielle de l'engouement; les individus porteurs de hernies de ce genre peuvent favoriser d'une façon notable la production de ces accidents en mettant par trop à l'épreuve l'aptitude fonctionnelle de l'intestin par l'usage d'aliments d'une digestion difficile et soumis à une mastication insuffisante (surtout le pain bis et les pommes de terre). Dans la plupart des cas d'obstruction par les matières fécales, c'est le gros intestin qui constitue l'unique ou le principal contenu du sac herniaire. On observe alors tout d'abord des phénomènes de coprostase. Peu à peu l'intestin hernié se remplit de plus en plus de débris d'aliments, et tandis que, peut être, au début, l'évacuation des anses intestinales est encore possible, la dilatation progressive de l'intestin contenu dans le sac herniaire et de l'anse afférente au niveau de l'anneau, produit une compression de l'anse efférente. Bien qu'on ne voie pas survenir dans ces cas des phénomènes graves d'étranglement, cependant, au bout d'un certain temps, il se produit des mouvements antipéristaltiques, et le malade est pris de vomissements qui deviennent stercoraux; ces symptômes durent parfois relativement longtemps sans que le malade tombe dans le collapsus ou meure, ce qui arrive, par contre, le plus souvent dans l'étranglement vrai. Parfois aussi la longue stagnation des matières fécales dans l'intestin donne lieu à des phénomènes d'entérite, laquelle peut être suivie d'une péritonite à marche lente. Très souvent cependant cette complication fait défaut, et dans la plupart des cas on est, au contraire, surpris de voir le malade en rester indemne pendant longtemps.

La coprostase peut être souvent combattue efficacement, au début, par de légers purgatifs tels que l'huile de ricin, ainsi que par l'applica-

1. Sur 234 opérations de hernies non étranglées pratiquées par SOCIN, THIRIAR, ROUTIER, SEGOND, TRÉLAT, J. BÖCKEL, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, il n'y aurait eu que 6 morts, soit une mortalité de 2,5 0/0 seulement. D'après TRÉLAT la guérison complète de la hernie serait obtenue dans 60 0/0 des cas (Congrès français de chirurgie, mars 1888).
(Note du trad.).

tion d'une vessie de glace qui produit une diminution de volume de la hernie et excite les mouvements péristaltiques de l'intestin. Mais on ne devra pas tarder à essayer également le taxis, qui dans ces cas consiste essentiellement à réduire l'une après l'autre les anses intestinales, et à chercher à refouler dans la cavité abdominale le contenu des anses dont on ne parvient pas à opérer la réduction. Ce procédé est certainement plus efficace que le lavement de tabac tant vanté anciennement. Les injections d'eau froide donnent également parfois un bon résultat. La **herniotomie**, lorsqu'elle devient nécessaire, comporte le plus souvent un très mauvais pronostic à cause des conditions habituellement défavorables dans lesquelles on opère (individus âgés avec hernies volumineuses en partie adhérentes).

§ 98. — Le phénomène de l'**étranglement herniaire** recèle encore beaucoup de points obscurs et son mécanisme surtout est loin d'être entièrement élucidé. Au point de vue des phénomènes anatomo-pathologiques et cliniques, l'étranglement se compose, d'une part, de l'**arrêt du cours des matières** de l'intestin contenu dans la cavité abdominale vers les anses intestinales faisant partie de la hernie, l'anse herniée se trouvant ainsi, au point de vue de son contenu, isolée du reste de l'intestin, et, d'autre part, des *troubles circulatoires* qui se produisent dans la partie herniée. Ces phénomènes circulatoires s'observent le plus souvent dans la région de l'anneau ou du collet du sac et sont dus à un rétrécissement de ces parties affectant essentiellement la forme annulaire. Suivant le degré du rétrécissement et la manière dont se comporte l'intestin à ce niveau, on observe de notables différences dans les phénomènes anatomo-pathologiques et cliniques: tantôt, en effet, les symptômes d'arrêt du cours des matières entrent seuls en scène, tantôt on voit survenir, en outre, et d'une façon prédominante, les signes d'une gêne circulatoire avec les symptômes nerveux graves qui sont sous sa dépendance.

Nous ferons tout d'abord abstraction du mécanisme de l'étranglement, et nous ne chercherons pour le moment qu'à élucider les conséquences anatomo-pathologiques de cet accident.

Lorsqu'une anse intestinale avec son mésentère est serrée dans un lien d'une certaine largeur, toute circulation cesse bientôt dans la partie ainsi isolée par la ligature. Tout d'abord, l'aspect de l'intestin privé de circulation est fort peu altéré, mais si l'apport sanguin est longtemps arrêté, la mort arrive directement par gangrène de la partie correspondante. La constriction que subit l'intestin dans une hernie étranglée n'est toutefois pas à comparer à celle que produit une ligature. Cette dernière comprime tous les tissus avec une égale force et empêche toute communication par les vaisseaux sanguins. Par contre, l'anneau de constriction dans une hernie étranglée laisse toujours passer sans peine, à côté de l'intestin, un instrument peu volumineux, tel qu'une sonde d'un numéro moyen. Aussi la circulation n'est-elle pas d'emblée complètement arrêtée