

Il est heureusement en notre pouvoir d'améliorer considérablement le pronostic par des interventions chirurgicales ; en effet, lorsque l'art n'intervient pas, la mort est la règle. On observe, il est vrai, quelquefois le mode de terminaison par formation de fistules stercorales, mais la guérison est tout à fait exceptionnelle ; par contre, la statistique basée sur un grand nombre d'observations de hernies traitées soit par le taxis, soit par voie opératoire (786 cas avec 189 morts), donne pour l'ensemble des cas une mortalité de 24 0/0 (SCHEDE).

Parmi les **moyens de traitement des hernies étranglées**, ce sont les **médicaments** qui ont le moins d'importance. De même que dans l'étranglement interne, l'emploi des purgatifs est certainement à rejeter, même si l'on ne se base que sur des considérations théoriques ; l'expérience clinique condamne, du reste, absolument ce mode de traitement. Mais même abstraction faite des purgatifs, les médicaments ne peuvent tout au plus que venir en aide à l'intervention chirurgicale, à moins que l'on ne veuille revendiquer en faveur des narcotiques et particulièrement de l'opium leur action calmante sur le péristaltisme, action qui aurait pour effet d'enrayer la marche de l'étranglement. C'est dans le même sens que l'on doit juger les lavements d'infusions de tabac ou de belladone, qui ont été, du reste, de nos jours à peu près complètement abandonnés. A part l'opium, on n'emploie plus guère aujourd'hui d'autres médicaments que ceux que l'on applique localement dans le but d'émousser ou de paralyser momentanément la sensibilité du malade et son appareil musculaire, ou de donner pleine liberté aux manœuvres chirurgicales. Avant la découverte des anesthésiques, on cherchait à obtenir ce résultat par des bains chauds ou par la saignée, moyens complètement délaissés depuis que l'on emploie le chloroforme. Ce dernier ne laisse rien à désirer au point de vue des services qu'il nous rend, et l'on ne devrait jamais négliger d'y avoir recours dans les formes graves d'étranglement herniaire. Lorsqu'après des tentatives modérées de taxis restées sans résultat, on ne soumet pas le malade à l'anesthésie chloroformique, on se prive du moyen le plus propre à favoriser la réduction. La narcotisation doit être poussée, dans ces cas, jusqu'à la résolution complète des muscles.

Si le taxis ne réussit pas de prime abord, ne peut-on pas, par des moyens locaux, soulager le malade jusqu'au moment où l'on fera de nouvelles tentatives de réduction ? N'est-il pas en notre pouvoir d'améliorer les conditions mécaniques de la hernie, de façon qu'un nouvel essai de taxis ait plus de chances de succès ? Déjà les instances du malade angoissé et de son entourage, obligent le chirurgien à faire quelque tentative dans ce but. Ici encore nous n'avons guère le choix qu'entre deux agents physiques, à savoir la **chaleur** et le **froid**. On devra naturellement se garder d'employer d'une façon excessive l'un ou l'autre de ces moyens ; c'est ainsi que j'ai vu des phlyctènes de brûlure se pro-

duire à la suite de l'application de la chaleur, et une gangrène par congélation survenir à la suite de l'emploi exagéré de la glace. Quelle que soit, du reste, l'explication que l'on donne du mode d'action de ces agents physiques, le froid doit être certainement préféré aux applications chaudes. Si les enveloppes de la hernie ne sont pas trop épaisses, une vessie de glace appliquée sur l'anse intestinale étranglée peut certainement abaisser la température de cette dernière. On peut admettre que le froid agit de deux manières. D'une part, en effet, si l'intestin n'est pas complètement paralysé, le froid peut exciter le péristaltisme (?). Mais il faut certainement attacher plus d'importance à la diminution de volume de l'intestin due surtout à la condensation des gaz qu'il contient sous l'influence de l'abaissement de température.

Dernièrement SCHELLE se basant sur des expériences cliniques, a de nouveau conseillé l'application du froid dans le sens que nous venons d'indiquer, et pour ma part, après de nombreux essais je ne puis que confirmer l'action favorable de cet agent thérapeutique. Après la première tentative de taxis on fait appliquer pendant 2 ou 3 heures une vessie de glace ou des compresses froides souvent et rapidement renouvelées, puis on fait aussitôt un nouvel essai de taxis. Les instillations d'éther sur la hernie, souvent conseillées dans ces derniers temps, agissent sans doute aussi par le froid qu'elles produisent. On fait couler goutte à goutte de l'éther mélangé à un peu d'huile de jusquiame, sur la peau qui recouvre le sac herniaire. On serait aussi parvenu plusieurs fois à faciliter le taxis par l'application préalable de l'électricité.

Nous avons encore à mentionner certains moyens qui ont déjà une action mécanique plus directe. Telles sont les injections forcées d'eau dans l'intestin (SIMON). On avait espéré que le poids du bout efférent intra-abdominal de l'intestin ainsi rempli d'eau exercerait sur l'anse étranglée une traction qui la ferait rentrer à travers l'anneau dans la cavité abdominale. Mais il n'est pas toujours possible de remplir ainsi de liquide tout le bout inférieur de l'intestin jusqu'à la hernie, et, d'autre part, il n'a pas encore été prouvé que, sur l'homme vivant, on puisse réduire facilement une hernie par une traction exercée de l'intérieur de l'abdomen sur le bout efférent de l'anse étranglée.

On a cherché également, d'une façon très grossière, à utiliser comme moyen de traction le poids de l'intestin pendant ainsi que de son mésentère ; ce procédé mécanique consiste à pendre le patient par les genoux aux épaules d'un homme vigoureux, lequel imprime alors au malade des secousses énergiques.

Un point d'une grande importance pour le traitement, c'est la détermination de la position que le malade doit prendre dans le lit et qu'il doit conserver pendant le taxis.

On sait que les hernies mobiles se réduisent le plus souvent d'elles-mêmes dans le simple décubitus dorsal. Dans cette position, le poids de l'intestin et des autres viscères tend à attirer la hernie hors du sac herniaire.

Si l'on fait coucher le malade sur le côté sain, cette action de la pesanteur est encore plus marquée. On fera bien d'élever un peu le siège afin d'accroître les avantages de la position sur le dos. Dans le but de relâcher les muscles abdominaux on fera incliner légèrement en avant la poitrine et la tête du malade, les extrémités inférieures étant un peu fléchies. On peut aussi essayer de placer les cuisses tantôt dans l'adduction, tantôt dans l'abduction, afin de voir dans laquelle de ces deux positions les anneaux se relâchent le plus, qu'il s'agisse d'ailleurs d'une hernie inguinale ou d'une hernie crurale.

§ 108. — Après avoir donné ainsi au malade une position convenable, on procède d'abord au **taxis**, qui consiste à libérer par des manipulations l'anse intestinale étranglée, à condition toutefois que cette opération soit justifiée. En effet, il y a certainement contre-indication à cette opération dès qu'il existe des symptômes inflammatoires, ou que l'on voit apparaître des phénomènes (pouls petit, collapsus, ventre ballonné etc.), qui doivent nous faire soupçonner l'existence d'altérations de l'anse intestinale étranglée. On commettrait une faute grave si, alors que l'intestin est déjà frappé de gangrène, on pratiquait le taxis au lieu d'avoir recours immédiatement à la herniotomie. Abstraction faite de ces cas, le taxis, tant qu'il n'est pas employé d'une façon abusive, est infiniment moins dangereux dans ses conséquences que les opérations sanglantes; aussi ne doit-il jamais être négligé toutes les fois qu'il est indiqué, et, suivant les circonstances, on devra le pratiquer plusieurs fois d'une façon plus ou moins énergique, en laissant entre chaque séance un intervalle convenable (voir du reste § 110).

Depuis que l'on connaît mieux les conditions mécaniques de l'étranglement herniaire, la méthode du taxis s'est certainement améliorée tant au point de vue du danger qu'elle présente, qu'à celui du résultat obtenu. Autrefois on cherchait à réduire les hernies étranglées à peu près de la même manière que les hernies mobiles, c'est-à-dire que l'on s'adressait au corps de la hernie; suivant le volume de cette dernière, on se servait d'un doigt, d'une main ou même des deux mains, et l'on cherchait à obtenir la réduction surtout par compression, soit dans une direction perpendiculaire à l'orifice herniaire, soit des deux côtés de la hernie. Les nouvelles théories du mécanisme de l'étranglement nous montrent que c'est, au contraire, dans le voisinage de l'anneau que l'on doit faire porter les manœuvres de taxis. Toutefois les différents chirurgiens sont loin d'être d'accord sur le procédé à employer pour lever l'obstacle à la réduction. ROSER et STREUBEL conseillent d'appliquer les extrémités des doigts autant que possible directement au-devant du siège de l'étranglement, de façon à diminuer peu à peu par compression le volume du pédicule de la hernie, à déplacer les valvules et à rétablir la perméabilité de l'intestin, tandis que l'autre main exerce sur le corps de la hernie une légère pression dans le but d'évacuer les matières par

le passage ainsi créé, et de terminer la réduction commencée des anses intestinales contenues dans le sac herniaire. Si la hernie est trop volumineuse pour que les extrémités des doigts d'une seule main suffisent à embrasser le pédicule, on se servira pour cela des deux mains; les doigts seront introduits profondément, de façon à ce qu'ils arrivent aussi près que possible du siège de l'étranglement.

Au niveau du collet du sac les doigts exercent une pression constante sans jamais se relâcher, car ils ont pour tâche de diminuer peu à peu le volume de l'intestin gonflé, afin de lui permettre de franchir l'orifice herniaire après évacuation préalable, partielle ou complète, de son contenu liquide et gazeux; si l'on remarque au bout de quelques minutes que l'intestin est devenu plus mou, moins résistant, on tente alors la compression de tout le contenu du sac. Le but est déjà presque atteint si l'on réussit à réduire ne fût-ce qu'une petite partie de la hernie. Lorsque la tumeur herniaire est de petites dimensions, elle disparaît sous le doigt et rentre dans la cavité abdominale sans faire aucun bruit. Mais le plus souvent la réduction s'accompagne d'un bruit de **gargouillement** dû au refoulement du contenu de l'intestin. Du reste, c'est très souvent un signe de bon augure dans les hernies volumineuses. Malheureusement, le procédé de taxis que nous venons de décrire est d'une exécution difficile toutes les fois que le siège de l'étranglement se trouve à une grande profondeur, ou qu'une couche épaisse de tissu adipeux recouvre l'orifice herniaire; par contre, il est *vraiment efficace dans un très grand nombre de cas.*

Nous aurions à mentionner ici également la méthode de taxis conseillée par SEUTIN, et imitée encore dernièrement par divers auteurs. Cette méthode qui consiste à introduire de force le doigt dans l'orifice herniaire, permet sans doute assez souvent d'obtenir la réduction. Mais le procédé est trop brutal pour qu'on puisse le recommander autrement qu'à titre d'exception.

§ 109. — BUSCH, se basant sur sa théorie de l'étranglement par occlusion de l'intestin, conseille de donner à la tumeur herniaire, pendant les manœuvres de taxis décrites plus haut, différentes positions destinées à redresser l'angle que forment les deux bouts afférent et efférent au niveau de l'anneau, et à permettre de refouler dans la cavité abdominale le contenu de l'anse herniée. LOSSEN, à la suite de ses expériences, imagina un procédé analogue, et établit des règles encore plus spéciales: selon lui on devrait *imprimer à l'anse intestinale étranglée un mouvement latéral dirigé du côté de l'anse afférente.* Au moment où s'opère ce mouvement, la paroi mésentérique du bout efférent s'écarte de la paroi opposée, de sorte que les gaz contenus dans l'anse herniée peuvent s'échapper à travers l'anneau. L'intestin pouvant ainsi se vider, l'étranglement est levé par le fait. Mais dans la pratique, à supposer même que le mécanisme de l'incarcération invoqué par LOSSEN soit réellement en jeu,