

Dans la péritonite diffuse c'est encore la morphine ou injections hypodermiques qui constitue presque le seul moyen palliatif que nous ayons à notre disposition. Quant au traitement proprement dit, nous l'avons exposé dans notre étude de la péritonite (§ 4 et suivants) à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Des différentes causes de persistance de l'étranglement à la suite du taxis et de la herniotomie, et des moyens d'y remédier. (Causes siégeant dans la cavité abdominale et dans le sac herniaire, réduction en masse, déchirure du sac, etc.).

§ 120. — Il arrive assés souvent qu'après le taxis ou la herniotomie, les accidents d'étranglement qui avaient nécessité ces opérations, persistent ou ne disparaissent que passagèrement. Le plus souvent, dans ces cas, les symptômes persistent d'une façon continue et entraînent la mort si l'on n'a pas recours à une nouvelle opération.

Les conditions mécaniques qui entretiennent les phénomènes d'étranglement à la suite de l'opération, sont de nature très diverses. Lorsqu'à la suite d'un taxis en apparence réussi, ou d'une herniotomie qui semblait avoir été complète, les accidents d'incarcération ne disparaissent pas, on dit, d'une façon générale, qu'il s'agit d'une **réduction apparente** (réduction en masse ou en bloc), expression qui naturellement ne nous renseigne guère sur la cause véritable de la persistance de l'étranglement.

Nous allons examiner rapidement les causes diverses de persistance de l'étranglement; nous en avons déjà fait connaître une partie dans le chapitre de l'étranglement interne, ainsi que dans les remarques se rapportant aux adhérences anormales et à la formation de brides dans le sac herniaire. Nous en ferons d'abord une courte mention, puis nous insisterons un peu plus longuement sur une série de conditions mécaniques reconnaissant comme cause une réduction défectueuse par le taxis ou la herniotomie, une violence exercée sur le contenu de la hernie par le malade ou l'opérateur lui-même. La connaissance de ces états pathologiques s'est surtout répandue depuis la publication du travail synthétique et critique de STREUBEL. Quant à l'accident opératoire lui-même, on l'a désigné sous le nom de réduction en masse ou réduction en bloc.

La persistance des phénomènes d'étranglement à la suite de la réduction de la hernie par le taxis ou la herniotomie peut être due à l'existence d'un *autre obstacle siégeant dans l'intérieur de l'abdomen*. Une grande partie des causes d'occlusion dont il a été déjà question dans notre étude de l'étranglement interne, peuvent ici également jouer un rôle dans la production des accidents. Mais, le plus souvent, la cause de l'étranglement est dans ces cas en rapport avec la hernie et l'état inflammatoire chro-

nique du sac herniaire, et doit être cherchée dans la partie de la cavité péritonéale située directement au-dessus de la hernie, dans les viscères contenus dans le sac herniaire lui-même, ou enfin dans les parties situées dans le voisinage immédiat de ce dernier.

Abstraction faite de la possibilité d'une nouvelle incarceration dans l'intérieur de l'abdomen, soit à travers une lacune du mésentère, soit par une bride épiploïque ou une fente formée par quelque cordon fibreux pathologique, on devra avant tout songer à des altérations du bout supérieur de l'anse intestinale étranglée ou d'anses voisines de cette dernière. Mentionnons d'abord les **torsions de l'intestin**. Le plus souvent, pour les petites anses intestinales, la rotation autour de l'axe n'est que d'un demi-tour et ne suffit pas par elle-même à mettre obstacle au cours des matières. Mais si l'on considère avec quelle facilité l'anse intestinale étranglée devient le siège de processus inflammatoires, qui paralysent le péristaltisme et par les adhérences qu'ils déterminent, ajoutent un nouvel obstacle à celui qui est la conséquence de la torsion, on comprendra sans peine que la persistance des symptômes d'étranglement ne soit pas très rare dans ces conditions.

D'autre part, les **processus inflammatoires** peuvent à eux seuls déterminer directement un rétrécissement plus ou moins marqué de l'intestin. Un cordon d'exsudat s'étendant perpendiculairement à l'axe longitudinal de l'intestin et entourant ce dernier circulairement, met aussitôt obstacle au cours des matières; puis la rétraction cicatricielle rétrécit encore davantage l'intestin, et il en résulte un plus ou moins haut degré de **stricture** (voir fig. 24).

Très souvent, bien que l'on ait libéré l'anse intestinale étranglée, un nouvel obstacle surgit par le fait des altérations qui se produisent au niveau du **sillon de constriction**. Nous faisons ici abstraction des perforations qui ont, en effet, pour conséquence non pas une nouvelle incarceration, mais une péritonite aiguë, et nous prendrons seulement en considération les troubles fonctionnels dus à la persistance du sillon de constriction ou à l'extension ultérieure de ce dernier. Une légère friction de l'intestin, dans le cours de l'opération, suffit à faire disparaître le sillon lorsqu'il n'existe que depuis peu de temps, et que l'anneau de constriction n'a pas été par trop serré (SCARPA). Mais il arrive parfois qu'une inflammation avec rétraction des tissus se développe dans le voisinage du sillon, que l'on ne réussit pas alors à effacer par des manipulations. Les adhérences en voie de formation favorisent également cette persistance du sillon. Dans le cours de l'opération on devra prêter une attention toute spéciale à ces altérations qui, du reste assez souvent, n'arrivent que plus tard à leur plus haut degré d'intensité; on attirera au dehors de l'anneau l'anse intestinale, et l'on cherchera à effacer le sillon de constriction par de légères manipulations. Lorsque l'anse présente d'une façon bien nette le sillon d'étranglement, PALASCLANA conseille de dilater le point rétréci à l'aide du doigt coiffé de la partie de l'intestin située au-dessus de l'anneau (dilatation par invagination). Lorsqu'on se trouve en présence d'une véritable stricture, ce qui est possible dans les cas où l'intestin était déjà depuis longtemps comprimé par l'anneau (hernies adhérentes, ancien sillon d'étranglement), on n'a plus qu'à choisir entre l'établissement d'un anus artificiel et

l'excision de la partie rétrécie suivie de la suture des deux bouts séparés. PIRRIE a appelé l'attention sur une cause particulière de strictures dans cette région, à savoir la formation de cordons inflammatoires au niveau ou immédiatement au-dessus du collet du sac, cordons étroits et dirigés transversalement de façon à comprimer l'intestin. Si ces cordons passent inaperçus et sont refoulés dans la cavité abdominale avec le contenu du sac, la rétraction cicatricielle qui survient dans la suite est une source de dangers sérieux. Dans plusieurs cas j'ai observé comme cause de persistance du rétrécissement, la soudure des deux faces de l'anse intestinale qui se trouvaient en contact lors de l'étranglement herniaire.

Le sac herniaire contient parfois des **brides épiploïques** et d'autres formées simplement de tissu conjonctif; ces brides ont passé maintes fois inaperçues, et ont été une cause de persistance de l'étranglement; c'est surtout l'épiploon qui, bien souvent déjà, en recouvrant l'anse intestinale étranglée, a masqué le siège de l'étranglement aux yeux de l'opérateur. Le plus souvent la faute en est au chirurgien; cependant l'épiploon présente parfois certaines altérations qui se compliquent d'étranglement et qui peuvent cacher la cause de ce dernier malgré un examen attentif. Il existe, en effet, des sacs épiploïques complets avec orifice s'ouvrant dans la cavité abdominale; une anse intestinale peut pénétrer dans ce sac et s'y étrangler (PRESCOTT HEWETT). Cette anse peut passer inaperçue et être refoulée avec le sac épiploïque dans la cavité abdominale lorsque l'anneau a une largeur suffisante.

Toutes ces causes de persistance de l'étranglement à la suite du taxis ou de la herniotomie ne peuvent naturellement être reconnues d'avance d'une façon certaine. On ne peut tout au plus que les soupçonner avec plus ou moins de probabilité en tenant compte de l'âge ou du volume de la hernie, de son adhérence au sac herniaire ou de sa mobilité, de l'existence ou de l'absence d'épiploon à côté de l'intestin hernié. D'autre part, on a commis parfois de grossières erreurs; on a pris, par exemple, pour des symptômes d'étranglement ceux d'une péritonite par perforation. Lorsqu'on a pratiqué auparavant la herniotomie, les altérations observées dans le cours de l'opération permettent parfois de préciser davantage le diagnostic.

Si le malade ne se trouve pas déjà dans un état paraissant contre-indiquer toute intervention chirurgicale, une nouvelle herniotomie ou la laparotomie sont, en général, les seuls moyens qui permettent d'espérer encore la guérison. Si les symptômes de rétrécissement affectent une marche lente, et que l'on ait, par conséquent, des motifs de supposer que l'intestin n'est que modérément rétréci, on peut tout d'abord essayer les injections forcées d'eau au moyen d'un long tube. Mais si ce moyen reste sans succès, on n'hésitera pas à inciser le trajet inguinal et le sac herniaire, ou s'il s'agit d'une hernie crurale, toutes les parties fibreuses du canal de même nom jusqu'au ligament de Poupart, et même, si possible, jusqu'au-dessus de ce dernier; on rendra ainsi accessible à la vue et au toucher la région située au-dessus de l'anneau, on

cherchera ensuite s'il existe un des obstacles que nous avons signalés, et si on le trouve, on le fera disparaître. Si l'on se reporte à notre exposé des causes d'étranglement, on comprend aisément qu'il est souvent impossible de lever l'obstacle, ou que ce résultat ne peut être obtenu qu'incomplètement, et que, par conséquent, le pronostic de l'opération n'est point brillant. Lorsqu'après avoir simplement agrandi l'ancienne plaie de herniotomie, on ne trouve pas la cause de l'étranglement, on a recours à la laparotomie pratiquée de préférence de façon que l'incision abdominale soit en continuité avec l'incision pratiquée sur la hernie étranglée. Ce n'est que par ce moyen que l'on obtiendra suffisamment de place précisément à l'endroit où doit être, en général, cherché l'obstacle. Lorsqu'il s'agit d'une véritable stricture de l'intestin ou d'une soudure des deux faces correspondantes de l'anse intestinale ayant fait partie de la hernie, on n'a plus, dans bien des cas, d'autre ressource que la résection de l'intestin suivie de l'entéroraphie. Ces opérations, de même que la herniotomie, doivent être naturellement pratiquées avec les précautions antiseptiques.

§ 121. — Tout chirurgien occupé a certainement rencontré des cas où les conditions anatomiques dont nous venons de parler avaient été cause de la mort à la suite de la herniotomie. Il est rare cependant qu'on les trouve mentionnés dans les recueils d'observations, et de fait ils ne sont pas de nature à embellir une statistique.

Les formes de **réduction apparente** dont nous allons maintenant nous occuper, ont une étiologie mieux déterminée, et constituent un tableau clinique plus caractéristique, de sorte qu'il y a moins de difficultés à les reconnaître. D'autre part, le traitement offre ici plus de chances de succès.

La majorité de ces cas doit être mise sur le compte du taxis pratiqué d'une façon maladroitement, c'est-à-dire du taxis par compression, tel qu'il est pratiqué quelquefois par les malades, mais malheureusement aussi par nombre de médecins.

La forme la plus typique est la **réduction en masse** proprement dite ou **réduction en bloc**, c'est-à-dire le refoulement dans la cavité abdominale du sac herniaire avec les viscères qu'il contient et qui sont étranglés par le collet du sac.

Dans les formes complètes le sac herniaire tout entier avec son collet a été refoulé à travers l'anneau dans la cavité abdominale; le sac avec la partie d'intestin étranglée au niveau de son collet, vient se loger entre le péritoine décollé et le fascia transversalis (voir fig. 42). Cette forme a été observée le plus souvent dans les hernies inguinales externes, plus rarement dans les hernies crurales et plus rarement encore dans les hernies inguinales internes (REGNOLI, ZEIS). C'est grâce surtout à DUPUYTREN que son existence a été généralement reconnue. Les hernies inguinales d'un petit volume, ou même seulement interstitielles, ne sont pas celles qui ont le plus de tendance à ce