

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

genre d'accident; la réduction en masse s'observe bien plutôt dans les hernies scrotales volumineuses. Pour que la réduction en bloc soit possible, il faut que l'anneau ne soit pas trop étroit, et que le corps et le collet du sac n'adhèrent pas trop fortement aux tissus environnants. Une condition favorable à la production de cet accident, c'est l'adhérence de l'intestin étranglé avec le collet du sac (TURATI).

La tumeur herniaire est alors située dans le voisinage de l'anneau inguinal interne, dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, et elle s'étend de là tantôt en bas du côté du muscle iliaque ou de la branche horizontale du pubis, tantôt en haut vers l'ombilic ou en haut et en dehors vers l'épine iliaque antéro-supérieure, après avoir décollé le péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen. Le collet du sac n'occupe pas nécessairement le point le plus élevé de la tumeur; il peut rester dans le voisinage de l'anneau (voir fig. 43).

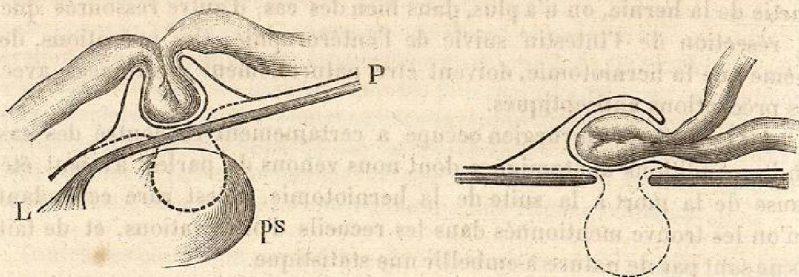


Fig. 42. — Réduction apparente dans la hernie crurale (fig. schématique).

Fig. 43. — Réduction en masse. Le collet du sac reste dans le voisinage de l'anneau.

La réduction en masse peut être incomplète, une partie du sac restant encore en relation avec les enveloppes externes de la hernie. La portion réduite dans ces cas est très variable; tantôt c'est seulement la région du collet du sac qui a été soulevée, tantôt c'est la plus grande partie du sac qui a été refoulée jusque dans le tissu sous-séreux de la cavité abdominale.

En général on a plus de points de repère pour un diagnostic sûr dans cette forme de réduction apparente que dans celles que nous avons décrites dans le paragraphe précédent. La hernie a disparu subitement ou graduellement à la suite d'un taxis plus ou moins énergique. La réduction ne s'est pas accompagnée de gargouillement et n'a pas été suivie d'une détente des symptômes d'étranglement. L'exploration donne alors des bases pour le diagnostic. Le trajet herniaire frappe l'observateur par son état de vacuité extraordinaire, le sac herniaire faisant défaut. Lorsque la réduction en masse a été incomplète, on sent une tumeur occupant un point élevé du canal inguinal, et lorsqu'elle a été complète, on constate l'existence d'une tumeur au-dessus de l'anneau, tumeur occupant la cavité abdominale et s'étendant soit vers la fosse iliaque, soit vers l'épine iliaque antéro-supérieure, tout en restant en relation avec la paroi antérieure de l'abdomen. MULLER a appelé l'attention sur l'œdème par compression du cordon dans les cas de réduction en masse d'une hernie inguinale externe.

Quelquefois on observe en même temps des anomalies du cordon; dans un cas ce dernier était d'une brièveté anormale, et le testicule se trouvait plus rapproché de l'anneau inguinal qu'à l'état normal; dans un autre cas on provoquait des mouvements de la tumeur par des tractions exercées sur le testicule (LIPNISSKI).

Depuis longtemps déjà on a reconnu que le malade auquel a été pratiquée la réduction en masse se trouve dans les meilleures conditions de traitement s'il réussit à faire reprendre à sa hernie son ancienne position, ce qui arrive quelquefois à la suite de contractions volontaires ou involontaires des muscles abdominaux. C'est à LEDRAN et ARNAUD que nous devons le conseil de provoquer la sortie de la hernie en engageant le malade à mettre en œuvre la pression abdominale, à faire des efforts de toux etc.; récemment encore ce procédé a été plusieurs fois couronné de succès (B. SCHMIDT, STREUBEL). On peut ensuite tenter de nouveau le taxis d'une façon rationnelle; bien qu'il ait eu plusieurs fois un heureux résultat, il est plus prudent de pratiquer immédiatement la herniotomie avec les précautions antiseptiques.

Si l'on ne réussit pas à ramener la hernie dans son ancienne position, on a le choix entre deux procédés opératoires, car sans opération, tous les malades succombent, ce que l'on comprend facilement et ce que prouve, du reste, la statistique. Les deux procédés en question sont la laparotomie et la herniotomie modifiée suivant les circonstances. La **laparotomie** est incontestablement plus dangereuse que l'autre procédé, et il est douteux qu'elle conduise plus sûrement au but.

Une incision parallèle au ligament de Poupart, autant que possible sur la tumeur, divise les parois de l'abdomen et rend accessible par la cavité abdominale le sac herniaire qui y avait été refoulé. Le collet du sac est mis à nu et incisé, et l'anse intestinale libérée. D'après la statistique de TURATI, sur 87 cas on a pratiqué 7 fois la laparotomie; ces 7 opérations ont été 6 fois couronnées de succès. Sur 53 malades traités par la herniotomie, 13 ont succombé. Une telle statistique est naturellement sans aucune valeur.

La **herniotomie** avec incision du trajet inguinal jusqu'à son orifice interne, et même au delà de ce dernier suivant les circonstances, est le procédé le plus simple qui permette d'aller à la recherche du sac déplacé par la vue et le toucher, et de fait, le plus souvent on réussit à l'attirer hors de la cavité abdominale. Une fois le sac replacé dans son ancienne position, on l'incise, et l'on dilate ensuite l'endroit rétréci suivant les règles habituelles.

§ 122. — La forme de réduction apparente qui se rapproche le plus de ces réductions en masse, est celle dans laquelle le sac herniaire avec son contenu ou le contenu seul a été refoulé dans le trajet de la hernie. On l'a observée le plus souvent dans les hernies inguinales externes présentant un col allongé, à