

LE SHOCK OPÉRATOIRE

Par le docteur P. Laroque

Le mot *shock* est un mot anglais que la plupart des langues européennes ont adopté tant il est expressif. Inutile de définir l'accident redoutable que les chirurgiens désignent sous ce nom. Il est intéressant d'étudier les théories émisees pour expliquer ce phénomène. Elle se résument actuellement en deux théories : la théorie vasculaire et la théorie nerveuse.

La théorie vasculaire a été soutenue surtout par Fischer. Rappelons d'abord les expériences bien connues de Goltz. L'on frappe à plusieurs reprises l'abdomen de la grenouille, il se produit un arrêt momentané du cœur et une paralysie vasomotrice. Celle-ci affecte à la fois les artères et les veines, d'où il résulte que le cœur reçoit un quantité de sang bien moindre que celui qui le traverse dans une diastole ordinaire. Fisher pense qu'il y a là une véritable hémorragie intravasculaire. La stagnation du sang dans les veines abdominales suffirait, d'après lui, à expliquer la production du *shock*. Schneider pense que cette paralysie vaso-motrice s'étend à tout le système vasculaire. Le cœur faiblirait alors dans son effort pour lancer le peu de sang qu'il reçoit dans un système vasculaire dont la capacité se trouve considérablement accrue. Mansell-Moullin, tout en admettant les vues de Fischer et de Schneider, pense que l'explication est insuffisante et émet l'hypothèse que le *shock* est un exemple de paralysie réflexe, non pas limitée au cœur et au système vasculaire, mais affectant toutes les fonctions du système nerveux.

Mais les arguments ne manquent pas contre cette théorie. Si cette théorie était la véritable, les symptômes des hémorragies et les symptômes du *shock* seraient les mêmes. Or, il n'en est pas ainsi. D'ailleurs Groenigen, répétant les expériences de Goltz, n'a jamais pu démontrer qu'il existait de l'ané-

mie dans le système vasculaire périphérique. Les vaisseaux abdominaux des lapins ayant succombé au *shock* étaient vides. Si l'on administre, avant l'expérience, de la sève de Calabar, il n'existe plus de dilatation des vaisseaux abdominaux et cependant les symptômes du *shock* n'en existent pas moins. Et d'un autre côté, la dilatation de ces vaisseaux, produite expérimentalement, ne détermine aucun phénomène de *shock*.

Seule l'action sur le cœur est défendue par quelques auteurs. Savory pense que le *shock* est dû à une impression violente et soudaine sur une partie du système nerveux, d'où répercussion sur le centre des mouvements cardiaques.

La seconde théorie, théorie nerveuse, remonte à Astley Cooper. Groenigen pense que le phénomène du *shock* est dû à une congestion rapide de la corde spinale entière, par une excitation soudaine et violente venue de la périphérie. Les plus grands désordres dans un centre nerveux se produisent quand l'excitation reçue de la périphérie est très intense et de très courte durée.

En 1897, le Dr Georges W. Crile a publié des recherches expérimentales sur le *shock*. Ses conclusions sont que le phénomène est dû principalement à un désordre dans les fonctions vasomotrices. Dans les cas graves et mortels, on trouve une paralysie des parois vasculaires. Les fonctions du cœur ne sont pas affaiblies, ce qui prouve que cet organe ne joue pas dans le *shock* le principal rôle.

Existe-t-il un traitement de ces accidents si graves ? La strychnine et le cognac donnent de bons résultats. On a conseillé également l'extrait aqueux de capsules surrenales.

Quelles sont les opérations qui produisent le plus souvent le *shock* opératoire ?

Dans les opérations sur les extrémités, si l'on a eu soin de faire une injection à la cocaïne, il ne se produit pas de *shock*. Dans les interventions sur le creux axillaire, la poitrine, on note une tendance marquée à l'affaiblissement de la respiration. Dans les