

fil. WÖLFLEK ajoute aux deux plans de Czerny une suture interne de la muqueuse : ce procédé à triple étage est adopté pour les entérorraphies circulaires et pour toutes les sutures viscérales, abouchant deux parties de l'intestin ou de l'estomac ; il se recommande, en effet, par ses qualités de solidité et de clôture hermétique.

4° Quand le blessé est en pleine péritonite, faut-il tenter l'intervention ? L'acte opératoire est rendu pénible à cause du météorisme intestinal, dangereux parce que les manipulations du péritoine enflammé aggravent le shock et peuvent déterminer la mort sur table. Mais grâce à des injections répétées de sérum artificiel, à une intervention rapidement conduite, à l'enveloppement des intestins dans des compresses chaudes, à un drainage large, on peut obtenir des succès dans quelques cas désespérés : éventualité rare.

CHAPITRE II

DES HERNIES ABDOMINALES

ARTICLE PREMIER

HERNIES EN GÉNÉRAL

Définition et étiologie générales. — La cavité abdominale n'est point partout fermée avec une égale solidité. Il y a des points de moindre résistance, au niveau desquels les organes contenus dans le ventre — épiploon et intestin surtout — peuvent s'échapper, en formant sous la peau et à l'extérieur des tumeurs que l'on désigne sous le nom de *hernies abdominales*.

Ces points faibles, *zones herniaires*, se rattachent à deux conditions anatomiques différentes. Tantôt, comme c'est le cas des hernies de l'ombilic et de la hernie inguinale congénitale, ils dépendent d'une disposition embryogénique, établissant une communication entre la cavité abdominale et l'extérieur, soit que la hernie se produise pendant la vie fœtale, soit qu'elle ne se montre qu'à plus ou moins longue échéance par persistance anormale et latente de l'état embryonnaire : ce qui explique qu'on appelle *congénitale* une hernie qu' *n'existe point dès la naissance*, erreur grammaticale qui est une vérité clinique. Tantôt, ils résultent de la dilatation des trajets ou des orifices de la paroi, qui servent de passage à des paquets vasculo-nerveux : trajet inguinal où passent le cordon chez l'homme, le ligament rond chez la femme ; entonnoir crural par lequel les vaisseaux iliaques arrivent à la cuisse ; exceptionnellement, trou ovale où pénètrent les vaisseaux et le nerf obturateur, échancrure sciatique, orifices du diaphragme, triangle de J.-L. Petit.

I. Rôle de la pression abdominale. — Au niveau de ces points de moindre solidité, véritables « portes herniaires », *Bruchpforten* des Allemands, s'exerce la pression intra-abdominale,

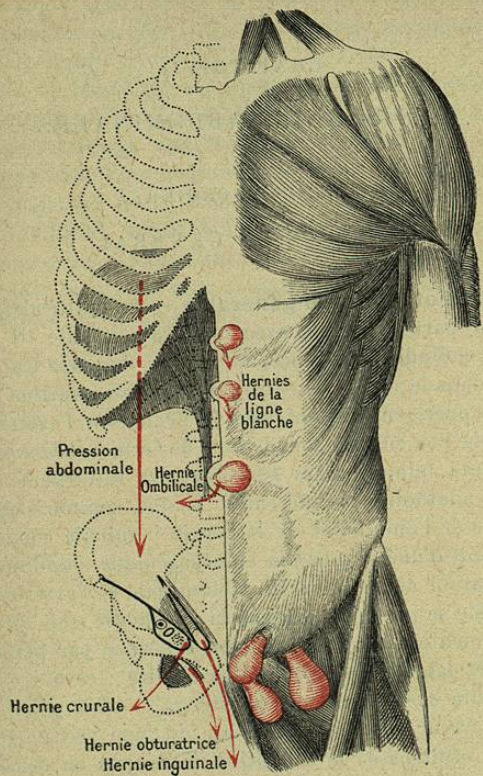


Fig. 119.

Zones herniaires de la face antérieure.

qui tend à chasser les viscères hors du ventre. Avec SCARPA et MALGAIGNE, on a fait jouer à cette pression le rôle prépondérant dans la production de la hernie dite *de force* : ce serait son accroissement brusque par l'effort qui, surmontant la résis-

tance de la zone herniaire, engagerait l'intestin ou l'épiploon, refoulant devant eux le péritoine. Cette doctrine n'a point

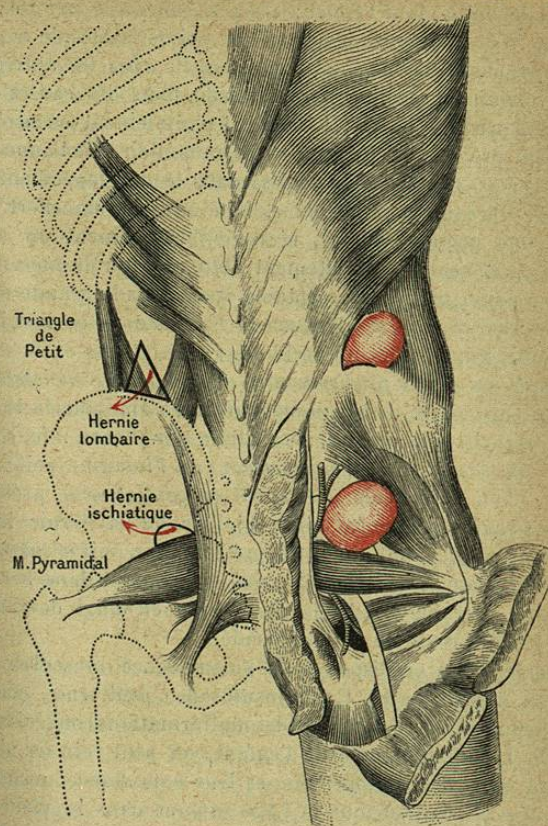


Fig. 120.

Zones herniaires de la face postérieure.

qu'un intérêt théorique : avec les dispositions légales actuelles sur les accidents du travail, elle risque de créer des responsabilités injustifiées.

Sans doute, la pression intra-abdominale, *Bauchpresse* des Allemands, a une valeur positive, plus grande surtout dans la station debout et dans l'effort : elle a été mesurée par BRAUNE, SCHATZ, WEISKER. Mais, pourquoi ces points faibles de la paroi cèdent-ils chez certains sujets, résistent-ils chez les autres ? Il faut évidemment en chercher la raison dans des causes anatomiques prédisposantes : 1° sacs congénitalement ou accidentellement préformés ; 2° insuffisance musculaire de l'anneau et de la paroi ; 3° rôle de la graisse dans le développement des hernies. Chez un homme jeune, bien musclé, un effort peut forcer une porte herniaire, réouvrir brusquement un canal vagino-péritonéal incomplètement oblitéré : le rôle mécanique de la pression est alors acceptable, mais dans la grande majorité des cas, la formule de KINGDON est juste : « la hernie est une maladie non point un accident. »

II. *Rôle des causes prédisposantes anatomiques.* — D'abord, il est toute une classe de hernies auxquelles s'applique la théorie de la préexistence du sac, généralisée par ROSER : *la constitution du sac précède l'engagement de l'intestin*, soit qu'il s'agisse d'un diverticule péritonéal congénitalement préformé (conduit vagino-péritonéal qui est le sac de la hernie inguinale congénitale), soit que cette préformation soit accidentelle, due à la graisse sous-péritonéale qui, s'insinuant dans le trajet herniaire, entraîne au dehors la séreuse en doigt de gant et ouvre ainsi la route au viscère hernié.

Seconde cause prédisposante : l'insuffisance musculaire de l'anneau et de la paroi. Cette insuffisance peut tenir, comme l'a soutenu FÉLIZET, à de véritables malformations congénitales : dans la hernie inguinale de l'enfant, on peut voir les piliers ne point offrir leur importance et leur consistance normales. Mais elle s'observe surtout, à l'âge mûr et dans la vieillesse, chez les sujets, à parois abdominales flasques, atteints d'une véritable ptose viscérale généralisée, aux anneaux élargis, au ventre en besace ou en triple saillie. Chez eux, la hernie tient, non pas à une malformation circonscrite, mais à l'affaiblissement total de la musculature pariétale ; d'où le nom de « hernie de faiblesse » ; et ce qui le prouve, c'est la multiplicité fré-

quente des hernies, leur apparition successive aux deux anneaux symétriques, l'insuccès de la cure opératoire, même aidée d'une restauration plastique.

Enfin, troisième cause prédisposante : c'est le rôle de la graisse sous-péritonéale dans le développement des hernies. WERNHER, ENGLISH, ROSER, BENNO SCHMIDT avaient déjà mis ce rôle en lumière ; LUCAS-CHAMPIONNIÈRE vient d'y insister avec un grand sens clinique. La graisse, qui s'accumule au niveau des anneaux et à leur voisinage, sous le péritoine, est, sur le vivant, à l'état liquide. Elle est toute prête à forcer ces anneaux, en s'insinuant dans leur orifice et en transmettant intégralement la pression qu'elle reçoit. Se prolongeant en traînées fluides depuis les fosses iliaques, elle favorise le glissement de la séreuse ; formant au-dessous du péritoine des amas graisseux (lipomes sous-séreux) elle tend à l'entraîner par ses adhérences fibro-cellulaires : ainsi se forment des diverticules péritonéaux, amorçant la descente des viscères. La graisse sous-séreuse accumulée remplit réellement l'abdomen qui devient trop étroit pour l'expansion des viscères qu'il contient et les pousse vers les orifices affaiblis ; en pratique, on vérifie que le hernieux est souvent obèse.

On conçoit donc que, dans l'étiologie des hernies, deux facteurs interviennent : l'un prépondérant, représenté par toutes les causes qui diminuent la résistance de la paroi ; l'autre accidentel, qui répond aux augmentations de la pression abdominale.

Dans le premier groupe étiologique, se rangent : *les malformations congénitales*, ce qui explique que les hernies, prises en bloc, présentent un premier maximum de fréquence de un à quatre ans ; *l'affaiblissement sénile de la musculature pariétale*, ce qui rend compte du second maximum observé entre cinquante et quatre-vingts ans ; *l'influence de l'hérédité*, prouvée par l'existence de véritables familles de hernieux.

Parmi les causes accroissant la tension intra-abdominale, il faut signaler : *l'influence des professions* qui prédisposent d'autant plus aux hernies qu'elles comportent plus d'effort et un travail debout ; *celle de la grossesse et des accouchements*, les

multipares étant fréquemment hernieuses; l'influence des maladies qui font tousser (bronchites chroniques des emphysemateux), ou pousser (dysurie des prostatiques).

Anatomie pathologique. — Une tumeur herniaire présente à considérer : 1° un contenu ; 2° une enveloppe contenant, qui est le sac.

1° LE SAC HERNIAIRE. — I. *Sa formation.* — Le sac est une poche de péritoine, un véritable diverticule de la grande séreuse abdominale. — Dans les hernies congénitales, ce diverticule préexiste à l'issue viscérale. Dans les hernies acquises, il se constitue par le refoulement progressif du feuillet pariétal de la séreuse, à travers un orifice des parois : c'est d'abord une dépression infundibuliforme (pointe de hernie) ; puis un sac conique ; enfin une véritable bourse piriforme contenant les viscères.

Cette poche péritonéale est recouverte par les parties molles qu'elle refoule en sortant de la cavité abdominale : ces couches de tissu sont variables selon les diverses espèces de hernies ; elles portent le nom d'enveloppes accessoires du sac. Dans les hernies récentes elles gardent leurs dispositions anatomiques normales et demeurent distinctes ; dans les vieilles hernies, mal contenues, elles subissent des altérations inflammatoires qui les épaississent et les confondent.

Le sac, en sa qualité d'enveloppe séreuse, est représenté par une membrane mince, lisse, transparente, généralement décollable. On le voit bien quand on fait une cure radicale : si l'on tient exactement ce sac de péritoine, cette membrane mince, le clivage est aisé ; si, au contraire, on ne serre pas d'assez près ce décollement, si l'on dissèque en dehors de la double séreuse le sac adventice formé par les couches cellulofibreuses extérieures, plus ou moins épaisses et adhérentes, on voit croître les difficultés.

II. *Collet du sac.* — A l'endroit où le sac franchit l'orifice musculo-tendineux de la paroi, sa face interne présente des plis rayonnés qui convergent vers le centre de l'ouverture : ils se produisent de la même manière que ceux d'une bourse dont on serre le cordon. On donne à ce pédicule le nom de collet du sac. — Ordinairement le collet se déploie et ses plis s'effacent

après l'incision des parois. Dans les hernies anciennes, irritées par la pression du bandage, le collet est une partie définitivement rétrécie : par l'inflammation adhésive de la séreuse, les plis radiés se soudent et il se forme entre eux des cicatrices linéaires auxquelles J. CLOQUET a donné le nom de *stigmates*. Il peut résulter des progrès de cette péritonite plastique que le collet s'oblitére : ainsi s'isole un sac herniaire déshabité, dont la cavité tantôt se supprime par adhésion des parois, tantôt devient le siège d'une collection séreuse qui donne lieu à un kyste sacculaire.

III. *Corps du sac.* — Il est tantôt régulier (conique, cylindrique, piriforme), tantôt irrégulier, par suite de la résistance inégale des divers points de sa paroi ou des tissus périphériques et des distensions partielles — véritables sacs secondaires — qui en résultent. Il offre parfois une forme bilobée, en bissac (*sac en sablier*), ou bien il prend le type d'un *sac en chapelet*, divisé par des cloisonnements incomplets en renflements superposés. Ces dispositions peuvent tenir à ce que le collet du sac, point rétréci, se détache du trajet avec lequel il se trouvait au contact : une portion nouvelle du péritoine, déplacée par glissement, vient au-dessus du collet primitif créer un nouveau sac. Mais, telle n'est pas la formation ordinaire des sacs à renflements multiples : ils s'observent dans les hernies inguinales congénitales et représente le canal péritonéo-vaginal en voie de cloisonnement multiple, selon le processus normal d'oblitération de ce conduit.

Un point mérite une mention particulière : c'est la formation de tissu adipeux dans les couches sous-séreuses du sac, bien étudiée par CLOQUET et WERNHER. Il arrive parfois qu'au niveau d'un orifice herniaire, un amas de graisse sous-péritonéale fasse saillie à l'extérieur, constituant une tumeur, partiellement ou totalement réductible, et simulant une hernie : ces *lipomes sous-séreux* s'observent surtout au niveau de la ligne blanche et du canal crural. Ces *hernies graisseuses* peuvent entraîner à leur suite la séreuse et créer un diverticule péritonéal, formant sac herniaire. Enfin, cette formation adipeuse qui joue un rôle important dans la production des hernies, paraît aussi inter-

venir dans leur processus de guérison : dans le tissu sous-séreux d'un sac herniaire, dont le contenu est régulièrement maintenu par un bandage, des couches successives de graisse s'accumulent peu à peu à la face externe ; la cavité du sac se réduit de plus en plus ; il arrive, surtout dans les vieilles hernies crurales qu'il persiste à peine une lacune séreuse au centre d'un véritable « *lipome herniaire* ». — Lipome sous-séreux ; hernies graisseuses avec entraînement d'un diverticule péritonéal ; lipomes herniaires : voilà les trois types intéressants de ces formations adipeuses, en rapport avec la hernie.

2° CONTENU DE LA HERNIE. — L'intestin grêle et l'épiploon constituent le plus souvent le contenu du sac herniaire. On donne le nom d'*entérocele* à la hernie intestinale ; d'*épiplocèle* à la hernie épiploïque ; d'*entéro-épiplocèle* à celle qui est formée par la sortie simultanée de l'intestin et de l'épiploon. Puis viennent, par ordre de fréquence : le gros intestin (cæcum et S iliaque), la vessie, l'ovaire, l'estomac, le foie.

Une anse intestinale herniée se compose habituellement de tout le contenu de l'intestin et de son bord mésentérique ; il peut se faire que le sac contienne deux anses intestinales complètes. — Dans les *hernies avec anse incomplète*, l'intestin ne s'engage que par une partie de son bord libre, le bord mésentérique restant au-dessus de l'orifice herniaire dans la cavité abdominale : ces cas sont exposés au *pincement latéral* de l'intestin. — Généralement les parois intestinales dans une hernie réductible ne présentent pas d'altération apparente de leur structure : dans les hernies anciennes, mal contenues, on voit le mésentère s'épaissir et subir une infiltration graisseuse ; quant à l'élongation mésentérique que KINGDON a incriminée comme cause de la hernie, elle n'existe pas, ainsi que le démontrent les mensurations de LOCKWOOD.

L'épiploon offre une tendance remarquable à s'insinuer dans les orifices herniaires, à les forcer sous la coulée de sa masse graisseuse : comme l'a établi CHAMPIONNIÈRE, il est un agent important de la formation des hernies, de leur développement, de leur récurrence postopératoire. Il se trouve, dans la hernie, à des états très différents « depuis la frange maigre et souple que

l'on trouve chez les jeunes sujets, jusqu'à la masse graisseuse des obèses ». Il reste souvent sain et mobile. Mais, dans les épiplocèles irréductibles ou mal contenues, on le trouve modifié ou adhérent. Parfois il se pelotonne et se roule en masses dures, fibreuses, bosselées de dépôts plastiques dus à un travail d'inflammation chronique. La partie incluse dans le sac présente quelquefois une surcharge de graisse, alors que celle qui est dans l'abdomen reste lisse et mince. L'épiploon chroniquement enflammé, épaissi, très vasculaire, contracte ordinairement des adhérences avec le sac, plus rarement avec les autres organes contenus dans la hernie : ces adhérences se montrent sous la forme de brides plus ou moins larges, qui sont une cause de douleur et surtout d'accidents graves d'étranglement intestinal dans le sac. Chez deux enfants, nous avons trouvé l'épiploon tuberculeux : la tuberculose herniaire n'est point une rareté.

Symptômes des hernies. — SYMPTÔMES PHYSIQUES. *Inspection.* — Tumeur de volume et de formes variables : les petites hernies pouvant ne sortir dans la région de l'anneau que pendant la station debout ou dans la station accroupie, ou à l'occasion d'un effort de toux et se réduisant d'elles-mêmes dans la position horizontale, par le poids de l'intestin ou par la traction du mésentère ; les hernies de quelque volume se présentant sous l'aspect de tumeurs arrondies (ombilic, anneau crural) ou allongées, cylindriques (hernies inguinales congénitales récentes) ou ovoïdes et globuleuses (hernies inguinales anciennes et acquises).

Palpation. — La tumeur présente une consistance élastique, augmentant dans les efforts. On reconnaît, caractère essentiel, que la tumeur se continue dans la profondeur par un pédicule, plus ou moins large, qui semble s'enfoncer vers la cavité abdominale. — La hernie présente de l'*impulsion* : à savoir que dans les efforts, dans la toux, la main perçoit une sensation de choc ou d'expansion.

Autre caractère important : la hernie non adhérente, *hernie libre* des Allemands, disparaît, est *réductible*, lorsqu'on exerce sur elle une pression, quelquefois le simple appui du bout du

doigt ; la hernie est dite *irréductible*, par suite d'adhérences avec le sac, lorsqu'on ne parvient pas ou qu'on ne parvient qu'incomplètement à faire rentrer la tumeur : il faut bien se garder de confondre une hernie habituellement irréductible, avec l'irréductibilité brusque et l'étranglement herniaire. — Si la hernie ne contient que de l'intestin, la réduction s'accompagne d'un *gargouillement* caractéristique, perceptible aux doigts et parfois à l'oreille ; elle finit ordinairement d'une manière brusque, la dernière portion échappant subitement entre les doigts pour rentrer dans le ventre. S'il s'agit d'une entéro-épiplocèle, il reste, après la rentrée gargouillante de l'intestin, une tumeur mollasse et pâteuse qui rentre habituellement avec plus de lenteur et en produisant une sorte de froissement dû au frottement de l'épiploon le long des parois du sac. Après que la hernie est réduite, le doigt peut s'engager à sa suite dans le trajet herniaire et reconnaître les dimensions de l'anneau : dites alors au malade de tousser ; le doigt sent l'impulsion de l'intestin, tendant à descendre. Puis, faites lever le sujet et appréciez si la hernie est bien tenue par le doigt placé à l'anneau peu dilaté (*hernie coercible*) ou si elle se reproduit, sans efforts, l'intestin s'échappant à trayers une ouverture élargie (*hernie incoercible*).

Percussion. — La présence de l'intestin dans la hernie est révélée par la sonorité ; la matité répond à l'épiploon.

Translucidité. — La tumeur herniaire est opaque et non translucide comme l'hydrocèle.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Il sont variables, selon le siège, le contenu de la hernie, la susceptibilité du hernieux. — Chez les femmes surtout, une hernie crurale peut ainsi rester latente, notion qui est d'une grande importance pratique. Il est par contre, des hernies de faible volume, pointes de hernie inguinale, hernies épigastriques, certaines épiplocèles crurales qui déterminent des douleurs à l'occasion de tout effort, des coliques s'irradiant de la région herniaire à tout l'abdomen, des troubles dyspeptiques, dyspepsie hernieuse. Les hernies incoercibles, les hernies avec ectopie testiculaire sont particulièrement sensibles ; mais, comme le dit CHAMPIONNIÈRE, il y a aussi des hernies dou-

loureuses sans qu'il soit possible de reconnaître pourquoi les patients ne peuvent supporter aucune pression de bandage. Ces sensations présentent, par les temps humides, une exagération manifeste.

Évolution des hernies. — Abandonnée à elle-même une hernie augmente de volume, élargit de plus en plus son anneau, devient incoercible, se complique d'adhérences. Ces *hernies croissantes*, celles surtout qui ne se réduisent jamais complètement, enlèvent au sujet le pouvoir de faire un effort vigoureux et le mettent sous la menace d'accidents d'étranglement. CHAMPIONNIÈRE a établi que les sujets atteints de grosses hernies et de hernies anciennes sont exposés à une déchéance organique particulière dont le diabète et l'albuminurie sont les termes les plus graves.

Maintenue exactement par un bandage, la hernie reste souvent une incommodité tolérable, chez des individus faisant des efforts médiocres. Elle peut même arriver ainsi à la guérison, grâce au processus, plus haut décrit, de péritonite adhésive qui oblitère le collet et accole les parois du sac. — Mais, ce résultat n'est point acquis dans toutes les hernies et à tous les âges. Dans la hernie crurale qui se fait à travers un orifice sans trajet, véritable cadre fibreux de béance immuable, conditions défavorables à tous les âges. Pour la hernie ombilicale, conditions favorables dans l'enfance, parce qu'il est dans les tendances spontanées de l'anneau de se fermer, défavorables chez l'adulte où la hernie se fait à travers un trou sans épaisseur, de la ligne blanche. Pour la hernie inguinale, curabilité assez fréquente dans les variétés congénitales de l'enfance et de la jeunesse, puisque la fermeture du canal péritonéo-vaginal, qui est leur sac, est un fait normal de développement ; curabilité rare chez l'adulte ayant dépassé la trentaine, exceptionnelle après la quarantaine.

Traitement. — 1° TRAITEMENT PAR LES BANDAGES. — Quand une hernie est réductible et coercible, un bandage herniaire doit en maintenir la réduction. Un bandage se compose d'une ceinture d'acier, appelée *ressort*, et d'une pelote, appliquée par l'élasticité du ressort au niveau de l'orifice herniaire. — Il y a

deux sortes de bandages : le *bandage français*, de NICOLAS LEQUIN, dont le ressort courbé sur ses faces et sur ses bords, à la façon d'une côte, prend son point d'appui sur la demi-circumférence du corps du côté de la pelote, par conséquent de la hernie ; le *bandage anglais* de SALMON, dont le ressort est une ellipse tronquée embrassant le côté du corps opposé à la hernie. Le ressort anglais a l'avantage d'utiliser intégralement sa force élastique, alors que dans le bandage français une bonne part est perdue, décomposée par l'obliquité inverse des deux extrémités du ressort. C'est la comparaison classique, dit MALGAIGNE, avec les pincettes de la cheminée, dont les deux bouts doivent se répondre par une prise solide. Mais, malgré cette supériorité de pression, le bandage anglais est peu employé chez nous. La forme de la pelote et sa disposition sur le ressort varient, comme nous l'indiquerons, selon l'espèce de la hernie et selon son degré.

2° EXTENSION DES INDICATIONS DE LA CURE OPÉRATOIRE. — Il y a dix ans, TRÉLAT avait résumé en une formule nette les indications opératoires : « Toute hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas complètement, constamment, facilement contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale. » Pratiquement, la formule de TRÉLAT embrasse les cas ci-après, bien distingués par CHAMPIONNIÈRE, dans son premier Mémoire de 1886 : 1° hernies irréductibles, quoique non étranglées ; 2° hernies incoercibles ; 3° hernies congénitales avec ectopie testiculaire ; 4° hernies douloureuses ; 5° hernieux atteints de certaines affections qui exposent aux accidents de la hernie, asthme et emphysème. — Actuellement, la question se pose en des termes plus larges : l'opération de la cure radicale tend à devenir d'une application générale ; l'existence d'une hernie peut être considérée comme une indication suffisante et justifier par elle-même l'intervention.

Pour légitimer une formule aussi radicale, il faut que l'opération réponde aux deux conditions suivantes : 1° elle doit être sans dangers, ou du moins, envisagée d'une manière générale et pour la moyenne des cas, elle doit être moins dangereuse que l'infirmité qu'elle prétend guérir ; 2° elle doit être efficace, c'est-

à-dire conférer des chances suffisantes de guérison stable pour compenser la durée d'incapacité du travail que nécessite l'opération, les inconvénients qu'elle comporte, les risques, atténués, mais toujours possibles, qui en peuvent résulter.

Sur le premier point, la chirurgie aseptique a fait ses preuves de sécurité. En 1888, BERGER, réunissant un total de 850 opérations, montrait que la mortalité opératoire dépassait 4 p. 100. A ce taux élevé nous opposons maintenant les chiffres suivants : BASSINI, sur 250 opérés, ne compte qu'un cas de mort, par pneumonie ; KOCHER n'a aucun décès sur 220 opérations ; sur 504 cas, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a eu que 4 morts, dont un par étranglement interne, un autre par congestion pulmonaire ; sur 485 opérations nous ne comptons qu'un décès. Et cette sécurité est d'autant plus complète, que l'opération est précoce ; après cinquante ans, les complications cardio-pulmonaires sont à redouter.

Quant à l'efficacité de l'intervention, elle est mise hors de doute par les statistiques. Sur 152 cas de cure opératoire, KOCHER n'a, dans la première année après l'opération, que 2 récidives, soit 1,06 p. 100. Or, si l'intervention a, comme condition première, une technique méthodique et une exécution sans défaut, elle exige aussi, comme éléments indispensables du succès, des conditions convenables de résistance de la paroi et d'aptitude plastique à une solide cicatrice. Et, pour cette raison encore, il importe, si l'on veut assurer à l'opération sa valeur radicale, de ne point la borner aux cas où, trouvant ses plus formelles indications, elle rencontre, par contre, de moins favorables conditions.

3° PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'OPÉRATION. — CHAMPIONNIÈRE a bien formulé les conditions fondamentales de la cure radicale. Il faut : 1° réséquer le sac herniaire et supprimer, au delà de lui, le plan glissant de la séreuse, propice à l'issue viscérale ; 2° constituer au niveau de la solution de continuité de la paroi et au-devant de la séreuse, une défense solide, à l'aide d'une cicatrice dense et longue, résultant d'un avivement étendu, de sutures à étages, parfois d'une véritable autoplastie du trajet ; 3° agir, si c'est nécessaire, sur le contenu du sac, libérer les

parties adhérentes, détacher ou supprimer les parties fonctionnellement inutiles, comme l'épiploon, qui viennent se fixer au voisinage de l'anneau ou battre sa face supérieure.

I. *Suppression de la séreuse herniaire et de son plan de glissement.* — Le premier temps est réalisé par incision et la résection du sac, lié le plus haut possible, au delà de son collet. Ainsi l'on supprime l'infundibulum sus-herniaire, cet entonnoir à parois lisses et glissantes que forme le péritoine au-dessus du collet et qui peut servir d'amorce à une nouvelle sortie viscérale. Pratiquement, on le réalise par la dissection et l'abaissement forcé du sac qui permettent d'attirer et d'enlever une large collerette péritonéale, si bien que, quand le collet ligaturé remonte dans le ventre, il s'est créé, au lieu du godet à pente glissante constituant l'orifice interne, une cicatrice plane, une sorte de tympan à plis radiés.

Incision et dissection du sac. — La technique de ce premier temps comprend : 1° l'incision de la tumeur herniaire sur son grand axe; 2° le dégagement et l'ouverture du sac herniaire; 3° la réduction des parties herniées; la libération du sac.

Ce dernier doit être ouvert non loin de son point d'émergence hors de l'abdomen et le trajet musculo-fibreux qu'il traverse doit être largement incisé. — On doit serrer de très près, dans le décollement du sac, son feuillet mince et purement séreux, le véritable sac péritonéal, qui rarement s'épaissit et rarement adhère. Pour cela, le chirurgien pince les bords de ce sac séreux, il en coiffe le bout de son index ou de ses doigts, selon l'ampleur de la poche, et décortique cette couche interne lisse et décollable.

Pédiculisation et ligature du sac. — Le sac séreux étant maintenu étiré, on transperce son pédicule au ras de l'orifice herniaire, avec l'aiguille mousse de Championnière : on passe une anse de catgut, qu'on divise en deux parties, liées fortement après croisement des fils. On résèque la portion sous-jacente du sac : le moignon séreux remonte dans le ventre.

Dans la cure de la hernie inguinale, pour supprimer absolument l'infundibulum péritonéal, BARKER charge sur une aiguille les deux chefs de la ligature du pédicule, leur fait

traverser d'arrière en avant et très haut les parois de l'anneau profond et les lie en avant de l'aponévrose du grand oblique : le procédé de BERGER pour la crurale s'inspire d'un procédé semblable. Pour supprimer toute ligature étrangère, source possible d'intermittentes suppurations, DUPLAY et CAZIN ont eu l'idée d'employer le sac lui-même à la clôture, de le nouer, soit en sa totalité, soit en le divisant en deux lanières et de réaliser ainsi, sans fils perdus, son autoligature.

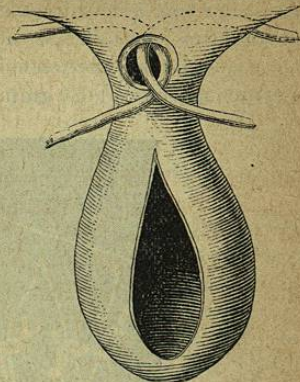


Fig. 421.

Ligature du pédicule du sac par deux anses de catgut croisées en X.

II. *Constitution d'une barrière cicatricielle dans la paroi.* — La formation d'une barrière résistante, large et haute, destinée à fortifier la région herniaire, constitue la deuxième condition fondamentale d'un résultat stable.

— C'est sur ce point que l'effort d'invention des procédés s'est surtout appliqué. Sa réalisation la plus simple se trouve dans l'emploi de sutures perdues, ramassant, comme le dit CHAMPIONNIÈRE, toutes les parties molles qui constituaient la paroi du canal, toutes celles qui étaient autour et qui ont été sectionnées ou déchirées, et disposées, en un ou plusieurs étages, du haut en bas de l'incision, de façon à constituer, par cet affrontement large des bords d'un orifice ou des parois d'un canal, un plan cicatriciel continu et solide.

III. *Traitement des parties contenues* — *Traitement de l'épiploon.* — « L'épiploon, nous dit CHAMPIONNIÈRE, est un agent redoutable de la formation et de l'entretien des hernies, puis de leur récurrence; il y a donc grande importance à le limiter aux plus petites dimensions possibles. Lorsque, dans une hernie, je trouve de l'épiploon, adhérent ou non, je l'attire au dehors, j'en attire tout ce que je puis atteindre, puis j'en pratique la ligature très soignée et l'excision. » Nous admettons,

comme CHAMPIONNIÈRE, que dans beaucoup de cas, l'épiploon précède l'intestin dans sa descente; comme lui, nous mettons un grand soin à détruire les adhérences épiploïques au collet ou au-dessus du collet, et nous avons probablement pratiqué la plus massive résection épiploïque qui ait été faite, puisque nous avons enlevé 1 050 grammes d'un épiploon lipomateux.

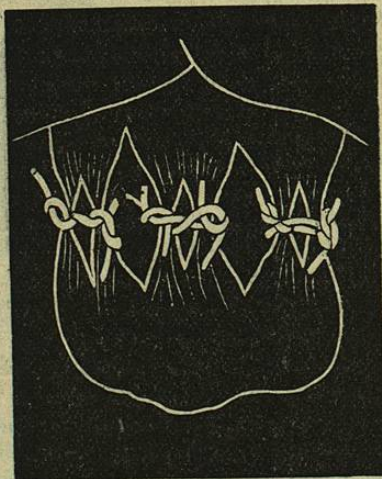


Fig. 122.

Ligature en chaîne de l'épiploon.

Le danger de l'hémorragie, sur la tranche de l'épiploon réséqué, n'est point hypothétique : et Socin lui doit deux décès. L'épiploon sera lié de préférence au catgut : la fixité des fils est chose capitale, et CHAMPIONNIÈRE l'a bien réglée. « Je place les fils en traversant l'épiploon de part en part et en les enchevêtrant deux à deux. Si le lambeau épiploïque est considérable, je place plusieurs fils, non pas en chaîne, mais par sections indépendantes, par groupe de deux, comme les mailons d'une chaîne; ces anneaux se soutiennent deux à deux, font corps avec les tissus, de façon à éviter les chances d'échap-

pement. » La réduction du moignon épiploïque souvent massif, portant jusqu'à dix paires de fils, doit se faire avec douceur.

ARTICLE II

HERNIES ÉTRANGLÉES

Définition. — Une hernie est étranglée lorsque les viscères contenus subissent une constriction qui empêche brusquement leur réduction, arrête le cours des matières intestinales (suppression des selles et des gaz, vomissements), gêne la circulation du sang et, si elle n'est point supprimée chirurgicalement, aboutit, grâce à cette ischémie des viscères et aux complications infectieuses qui s'y joignent, à la gangrène perforante des tuniques intestinales ou à la nécrose épiploïque. — Donc, irréductibilité brusque et suspension du cours des matières, voilà les signes qui définissent cliniquement l'étranglement herniaire; lésions mécaniques de compression et lésions infectieuses par migration microbienne, venue du contenu intestinal, voilà les processus qui le définissent anatomiquement.

Etiologie. — Toutes les hernies peuvent s'étrangler, les petites plus souvent que les moyennes, et celles-ci plus souvent que les grosses. Les hernies habituellement réduites et contenues, sorties par hasard, sont plus fréquemment et plus fortement étranglées que les hernies irréductibles ou réductibles mais ordinairement sorties : en effet, pendant le temps que la hernie est maintenue réduite, les anneaux ou le collet subissent une condensation et un rétrécissement qui offrent, à l'issue accidentelle des viscères, une ouverture plus étroite ou plus rigide qu'autrefois.

Un effort (action musculaire forcée, faux mouvements, accès de toux) pousse brusquement une anse intestinale à travers un orifice étroit ou bien augmente tout d'un coup le contenu