

forme ulcéreuse, l'intervention n'est justifiée que s'il se manifeste une collection purulente localisée qui doit être évacuée au même titre que les abcès de toutes les régions.

L'intervention chirurgicale aura d'autant plus de chances d'être efficace que les conditions suivantes seront mieux remplies :

a. Elle sera précoce.

b. Les lésions seront localisées.

c. Elles prédomineront sur le péritoine, ou, en d'autres termes, la péritonite sera l'affection principale, et non un épisode d'une infection plus ou moins généralisée.

Quels sont nos moyens d'intervention ?

La ponction simple est un moyen palliatif de l'ascite, mais nullement curatif.

La ponction suivie de lavage a donné un résultat heureux entre les mains de Debove; mais ce moyen, qu'il sera bon d'essayer dans certaines formes, ne trouvera guère son application dans la majorité des cas qui se présenteront. C'est à la laparotomie qu'il faudra presque toujours en venir.

L'opération sera faite largement : la paroi abdominale sera incisée au-dessous de l'ombilic, au niveau de la ligne blanche; dans les formes enkystées, l'incision portera sur le point où la fluctuation sera le plus manifeste.

Dans la forme ascitique non purulente, dépourvue de flocons fibrineux ou fibrino-purulents, l'incision sera immédiatement suivie de la fermeture du ventre, après assèchement des dernières gouttes de liquide au moyen d'éponges et de compresses.

C'est à cette sobriété dans l'intervention, qui ne s'applique, il est vrai, qu'aux cas les plus simples, que sont dus les plus beaux résultats.

Dans les formes purulentes ou putrides, l'incision sera suivie du lavage de la cavité abdominale, au moyen de l'eau stérilisée, à la température de 40 à 45 degrés.

On a également conseillé le drainage de la cavité abdominale au moyen de tubes ou de mèches plongeant profondément; mais nous ne voyons dans ce procédé qu'un appel à la formation de fistules, à la dissémination de l'infection tuberculeuse.

Aussi le rejetons-nous, de même que la pratique qui consiste à libérer les anses intestinales agglutinées par les fausses membranes.

En résumé, pour nous, l'intervention se résume à la laparotomie simple, suivie ou non de lavage.

CINQUIÈME PARTIE

HERNIES ABDOMINALES

On désigne sous le nom de hernies abdominales les tumeurs que forment à l'extérieur les organes contenus dans l'abdomen en s'échappant au travers des parois de cette cavité.

Cette issue se produit par un des orifices ou des points faibles normaux de la paroi abdominale : hernies *acquises*; les hernies se font alors en des régions parfaitement déterminées et se subdivisent de ce fait en plusieurs variétés anatomiques distinctes : hernies inguinales, crurales, ombilicales, etc., dont chacune exige une description particulière.

Dans d'autres cas, le point faible de la paroi est créé par la persistance anormale d'une disposition anatomique transitoire, d'origine fœtale ou embryonnaire; les hernies se produisant dans ces circonstances sont dites *congénitales*, quoiqu'elles puissent être postérieures à la naissance et que la disposition anatomique qui permet leur production soit seule congénitale.

À côté de ces deux catégories de hernies qui constituent le groupe des hernies *spontanées*, existe le groupe des hernies *traumatiques*.

Le traumatisme peut être immédiat ou lointain. Immédiat, lorsqu'une portion plus ou moins considérable des viscères fait issue à travers une plaie de la paroi. Ces accidents appartiennent en propre à l'histoire des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Le traumatisme, au contraire, sera lointain, lorsque la hernie reconnaîtra pour cause la distention d'une cicatrice consécutive à une plaie de la paroi.

Cette variété de lésion se rapprochera plus ou moins de l'*éventration*, qui s'observe le plus souvent au niveau de la ligne blanche,

lorsqu'une cause de distension prolongée, la grossesse par exemple, aura vaincu la résistance des aponévroses de l'abdomen. Ces hernies sont peu connues, disons seulement qu'elles sont peu sujettes à l'étranglement.

Quant aux hernies dites *internes*, et qui résultent de l'engagement de l'intestin dans une poche ou dans un sac intérieur, renfermé lui-même dans la cavité abdominale, leur histoire se confond avec celle de l'étranglement interne.

Ces réserves faites, les hernies spontanées doivent seules nous occuper ici.

Divisions. — Avec Samuel Cooper, nous étudierons les hernies sous trois états cliniques principaux :

« Quand les organes qui font hernie ne sont pas comprimés dans le sac, qu'on peut facilement les faire rentrer dans la cavité abdominale, on dit que la hernie est *réductible*.

« Quand le collet du sac n'exerce aucune constriction sur ces parties, mais que cependant on ne peut les faire rentrer, soit à cause des adhérences qu'elles ont contractées, soit parce qu'elles sont trop volumineuses relativement à l'ouverture par laquelle elles ont passé, on dit que la hernie est *irréductible*.

« La *hernie étranglée* est celle dans laquelle les parties déplacées, non seulement ne peuvent rentrer dans l'abdomen, mais encore sont soumises à une constriction, en sorte que si c'est une portion d'intestin qui fait hernie, la pression exercée sur elle empêche les matières qu'elle contient de continuer leur route vers l'anus, détermine l'inflammation de ce viscère et occasionne ainsi une suite de symptômes graves et même souvent mortels. »

Nous décrirons donc :

- 1° Des hernies réductibles;
- 2° Des hernies irréductibles;
- 3° Des hernies étranglées.

A propos de ces dernières, nous devons indiquer certains accidents des hernies : *engouement*, *inflammation*, dont l'histoire se confond en grande partie avec celle de l'étranglement.

CHAPITRE PREMIER

HERNIES RÉDUCTIBLES

Pathogénie. — Les hernies spontanées sont dues à un défaut d'équilibre entre la pression des viscères et la résistance des parois abdominales. Sur un sujet bien constitué, ces deux forces se balancent exactement ; mais que la pression des viscères soit momentanément augmentée au delà des limites de résistances des parois abdominales, ou que celles-ci viennent à s'affaiblir par distension ou par toute autre cause, la hernie spontanée se constitue rapidement. Lorsque la production de la hernie peut être rapportée surtout à une pression exagérée des viscères, on dit, avec Malgaigne, que c'est une *hernie de force*, et l'on qualifie de *hernie de faiblesse* celle qui semble due principalement à l'affaiblissement des parois.

Plusieurs théories ont été tour à tour invoquées pour expliquer la production des hernies :

1° *Théorie mécanique* (Garengot, Scarpa, A. Cooper). — C'est celle de l'effort.

2° *Allongement du mésentère* (Rost, Benevoli, Kingdom) ou insertion du mésentère sur *un plan inférieur* à celui de son insertion normale (Lockwood). — Cette théorie n'a pour ainsi dire plus de défenseurs aujourd'hui.

3° *Préformation du sac* (Pelletan, Cloquet, Velpeau, Roser). — La préformation du sac serait créée, soit par la traction que la graisse sous-péritonéale, qu'un lipome herniaire, exerceraient sur le péritoine, soit par une péritonite fœtale et la disparition de la graisse sous-péritonéale qui déterminerait la formation d'infundibula péritonéaux correspondant aux points déprimés de la paroi abdominale (English), soit enfin par une disposition congénitale.

Cette théorie de la préformation du sac, parfaitement acceptable pour les hernies inguinales congénitales, ne saurait être généralisée.

Dans les hernies acquises, il n'y a pas préformation d'un sac vrai, mais simple amorce péritonéale, capable de s'amplifier secondairement sous l'influence de certaines conditions mécaniques.