

d. Intolérance absolue pour les bandages.

A ces indications, Lucas-Championnière ajoute : certaines maladies favorisant l'écllosion des complications herniaires (asthme, emphysème); les hernies congénitales avec ectopie testiculaire; enfin certaines convenances sociales (nécessité de travailler à certaines professions rudes, perspective d'un mariage, etc.).

C. *Contre-indications.* — A. Communes à toutes les opérations qui ne sont pas des opérations d'urgence : État du sujet; coïncidence d'autres affections graves; maladies organiques; diabète; cachexies; âge (enfants en bas âge jusqu'à la 5^e année (Berger); vieillards après 60 ans).

B. Contre-indications locales : faiblesse de la paroi abdominale; grande dilatation des anneaux; développement très rapide de la hernie; multiplicité des hernies.

Trélat a résumé les indications de la cure radicale dans la formule concise suivante :

Toute hernie qui n'est pas *complètement, constamment, facilement* contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale.

CHAPITRE II

DES HERNIES IRRÉDUCTIBLES

Un certain nombre de hernies ne peuvent à leur ordinaire rentrer dans l'abdomen; elles ne s'accompagnent pourtant d'aucun accident grave, et peuvent persister très longtemps sans qu'il en résulte autre chose qu'une gêne, une infirmité plus grande, des dangers plus sérieux. Ce sont les hernies dites *irréductibles*.

Classification. — Les hernies purement et simplement irréductibles doivent, selon nous, se subdiviser en quatre classes bien distinctes surtout au point de vue anatomique.

1^o Hernies ayant perdu par leur volume le droit de domicile dans l'abdomen;

2^o Hernies irréductibles en raison d'une disposition anatomique du péritoine herniaire;

3^o Hernies irréductibles par adhérences;

4^o Hernies irréductibles par hypertrophie

1^o *Hernies ayant perdu par leur volume le droit de domicile dans l'abdomen.* — On rencontre de temps à autre d'énormes hernies dont le sac est occupé par la plus grande partie de l'intestin et de l'épiploon qui semblent avoir perdu droit de domicile dans la cavité abdominale.

Ce sont pour la plupart des hernies anciennes qui n'ont jamais été contenues, ni réduites ou qui, du moins, ne l'ont jamais été que d'une manière insuffisante.

Ces hernies sont caractérisées anatomiquement par leur volume, par l'énorme dilatation des anneaux herniaires au niveau desquels elles se sont échappées, par la diminution de capacité de la cavité abdominale qui semble s'être rétractée au point de ne plus permettre la rentrée des viscères herniés.

Cliniquement, ces hernies se rapprochent beaucoup des hernies *incoercibles*; lorsqu'on cherche à les réduire, on obtient bien la réduction d'une anse intestinale, mais en même temps il en sort une autre. Ainsi que le fait justement remarquer Picqué (*Encycl. internat. de chir.*, t. VI), dans cette variété de hernie il ne s'agit en réalité que d'une *irréductibilité apparente*. On ne saurait imaginer quel volume peuvent atteindre certaines hernies inguinales; il n'est pas rare d'en voir d'aussi volumineuses qu'une tête d'adulte; on en a vu descendre jusqu'aux genoux; Berger a observé à la Charité une hernie inguinale droite qui recouvrait les deux tiers supérieurs des cuisses. — On y trouva à l'autopsie la presque totalité de l'intestin grêle et du gros intestin.

Les cas de ce genre ne sont pas rares dans les hospices de vieillards.

Il est bien curieux du reste de voir bon nombre de ces hernies persister pendant un temps très long, s'accroître même sans donner lieu à des symptômes graves, et n'occasionner, en fait de troubles fonctionnels, que quelques douleurs, des tiraillements, et surtout une gêne et une infirmité en rapport avec le volume de la hernie.

2^o *Hernies irréductibles en raison d'une disposition anatomique spéciale du péritoine herniaire.* — Cette deuxième classe de hernies irréductibles a été longtemps rangée dans la classe des hernies adhérentes. Scarpa, le premier, a bien décrit sous le nom d'*adhérence charnue naturelle*, cette cause d'irréductibilité, « formée par les

mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec lui. »

C'est elle que Boiffin (*Thèse doct.*, 1887) désigne sous la dénomination d'*adhérence par glissement*.

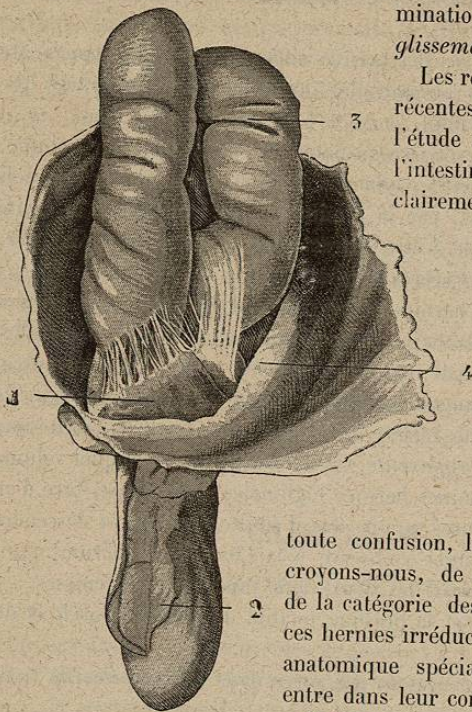


Fig. 36. — Adhérences inflammatoires anciennes fixant l'anse intestinale au fond du sac et déterminant l'adossement *en canons de fusil* de ses deux bouts. 1, fond du sac soulevé par les adhérences; — 2, tunique vaginale indépendante du sac; — intestin adhérent; — 4, Sac herniaire ouvert (Scarpa).

devenant irréductible lorsque la portion de séreuse qui le rattache au péritoine pariétal s'engage elle-même dans l'orifice herniaire.

Mérigot de Treigny, dans sa thèse sur les hernies du gros intestin, Paris 1887, fait très justement remarquer combien ce glissement

Les recherches anatomiques récentes de Trèves, de Tuffier, l'étude du développement de l'intestin et du péritoine si clairement exposée par Fara-beuf nous permettent aujourd'hui de comprendre mieux encore ces anomalies de disposition de la séreuse péritonéale qui s'opposent à la réduction de certaines hernies. — Pour éviter

toute confusion, le moment est venu, croyons-nous, de distraire résolument de la catégorie des hernies adhérentes ces hernies irréductibles par disposition anatomique spéciale du péritoine qui entre dans leur constitution.

Pour expliquer la pathogénie de ces hernies, Scarpa invoquait deux modes de locomotion de l'intestin : l'un, par glissement de l'intestin au-dessous du péritoine qui le recouvre, avec entraînement incomplet de la séreuse; l'autre, par distension du péritoine, l'intestin se coiffant de plus en plus de la séreuse et

de l'intestin sous le péritoine qui le recouvre est difficile à admettre dans certaines de ces hernies, et sans nier que le glissement et la distension du péritoine puissent intervenir secondairement dans la production de ces hernies, il faut conclure avec lui que la cause principale de ces irréductibilités réside dans une *conformation anatomique anormale des ligaments péritonéaux de l'intestin*.

Nous ne pouvons, on le conçoit, entrer ici dans le détail de ces dispositions, mais il est évident pour celui qui a étudié la disposition du péritoine par rapport à l'intestin, que ces ligaments péritonéaux anormaux ne peuvent entraîner l'irréductibilité d'un autre segment d'intestin que le gros intestin.

Ce n'est pas évidemment lorsque le cæcum et le côlon ascendant se trouveront enveloppés dans la terminaison du mésentère que ces organes herniés seront irréductibles; jouissant de la mobilité de l'intestin grêle, ils auront un sac complet et par conséquent pas de fixation péritonéale anormale. Il en va tout autrement dans les cas de sacs incomplets ou d'absence de sac; ce sont donc surtout les hernies du cæcum et de la première portion du gros intestin qui présenteront ces dispositions qui sont d'ailleurs plus rares que les cas de mobilité exagérée de ces organes.

En ouvrant une de ces hernies au cours d'une opération de kéléctomie, on est tout étonné, le débridement fait, de ne pouvoir rentrer l'anse herniée; celle-ci est fixée le plus ordinairement au tissu cellulaire du canal inguinal, le sac se trouvant à la partie antérieure et interne, quelquefois directement en avant.

Dans les cas rares, mais incontestables (Thèse Mérigot de Treigny), où le sac fait totalement défaut, l'intestin adhère sur toute sa circonférence aux parties voisines. Il n'est pas rare de rencontrer des sacs

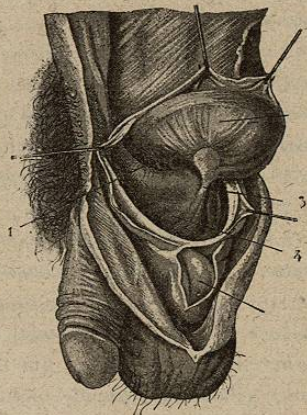


Fig. 37. — Adhérences par glissement de l'S iliaque du côlon dans une hernie inguinale. 1, Collet du sac; — 2, S iliaque relevé, s'insérant par son méso (3) aux parois du sac (4) qui a été ouvert; — 5, le testicule dans la tunique (5) vaginale (Scarpa).

dans lesquels la partie inférieure de l'anse engagée est libre, tandis que la partie supérieure est immobilisée et fixée par une sorte de méso qui empêche la réduction.

5° *Des hernies irréductibles par adhérences.* — La distinction que nous avons établie plus haut limite justement aux *adhérences par inflammation* (Boiffin) l'étude des hernies dites irréductibles par adhérences.

A la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, J.-L. Petit, Arnaud, Ledran, Richter, Scarpa, nous en ont laissé d'excellentes descriptions; il est avantageux toutefois de simplifier leurs classifications en étudiant deux variétés d'adhérences :

1° *Les adhérences glutineuses*, ou fausses adhérences;

2° *Les vraies adhérences.*

L'*exsudat fibrineux* représente le premier stade de toute adhérence inflammatoire. De consistance molle et friable, d'une couleur variant du gris jaunâtre au rouge brun, comparé par Arnould à de la colle, à de la glu, cet exsudat caractérise ce que nous avons appelé *adhérence glutineuse*, ce que d'autres avant nous ont appelé l'adhérence gélatineuse, pseudo-membraneuse, par agglutination ou encore fausse adhérence (ce dernier terme ne nous paraissant pas très bien choisi).

Cette fausse adhérence s'organise; on y voit apparaître des vaisseaux, des éléments conjonctifs, l'*adhérence vraie* est constituée; ses aspects multiples ont été indiqués par les auteurs que nous citons plus haut; parmi tous ces caractères, nous insisterons avec Boyer et Boiffin sur la distinction des adhérences en :

Adhérences longues ou lâches,

Adhérences courtes ou serrées.

Les premières sont tantôt des membranes celluluses ou fibreuses, tantôt de simples brides; il est toujours facile de les sectionner.

Il n'en est pas ainsi des *adhérences courtes ou serrées*; celles-ci amènent le contact presque immédiat des viscères et du sac, quelquefois une véritable soudure. Douées d'une grande rétraction inodulaire, elles sont extrêmement difficiles à disséquer et entraînent des déformations considérables des parties adhérentes. L'épiploon et le gros intestin sont surtout le siège de ces adhérences. L'*intestin* semble quelquefois creusé dans un magma fibreux; ailleurs il est déformé; un éperon fibreux réunit en V les deux segments d'une

même anse intestinale. Ces *déformations angulaires* sont parfois plus complexes encore, on a vu des segments d'intestin rétrécis par une sorte d'anneau fibreux large et rétractile.

Dès 1768, Ritsch avait signalé ces rétrécissements fibreux de l'intestin; Scarpa en a parlé après lui; Guignard, en 1846, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

L'épiploon n'est pas moins déformé. Tantôt il n'adhère qu'au sac herniaire, tantôt il n'adhère qu'à l'intestin, surtout au gros intestin; quelquefois il adhère simultanément aux anses herniées et au sac qui les renferme. Chacun connaît les modifications profondes de structure et d'aspect que l'inflammation chronique amène dans les portions adhérentes à l'épiploon; les cloisons fibreuses variées et multiples qui en résultent et parfois leur fusion complète avec une portion plus ou moins considérable du sac ou de l'intestin. Exceptionnellement les adhérences épiploïques ou intestinales peuvent s'établir avec le testicule incomplètement descendu ou dans une tunique vaginale encore ouverte (hernies inguinales congénitales).

4° *Des hernies irréductibles par tumeurs.* — Elles affectent les organes herniés ou leurs enveloppes.

Parmi les premières, il faut citer les tumeurs malignes de l'intestin, tout à fait rares (5 cas seulement), quelques cas de polypes muqueux ou de kystes, ou encore de lipomes développés aux dépens des franges épiploïques du gros intestin. Plus fréquentes sont les tumeurs de l'épiploon; il s'agit ordinairement de cancers ou de kystes, d'origine inflammatoire, tuberculeuse ou parasitaire. Enfin le mésentère lui-même peut être le siège de tumeurs dues à l'altération de ses ganglions lymphatiques.

En dehors des néoplasmes péri-herniaires, lipomes, varices, hygromas, éléphantiasis, épithéliomas, et des kystes dus à certaines transformations du sac déjà indiquées, celui-ci n'a été qu'une fois le point de départ d'une néoplasie vraie. Il s'agit presque toujours de tuberculose. Indiquée par Cruveilhier, puis par Lejars, Jonnesco, Roth, Tenderich, Nurdin (*Thèse*, 1898) elle paraît le plus souvent associée à des lésions tuberculeuses abdominales. Le contenu de la hernie, intestin, épiploon, ovaire, peut être atteint isolément ou en même temps que le sac. Celui-ci est le plus souvent seul en cause; les lésions se présentent sous la forme miliaire aiguë, de tubercules massifs ou d'amas caséux. Elles peuvent rester latentes ou s'accuser

par des troubles douloureux et intestinaux analogues à ceux des hernies irréductibles simples.

Caractères cliniques. — L'*irréductibilité* est le seul signe important de cette variété clinique; elle semble quelquefois partielle, et l'est en réalité, une petite anse intestinale réductible étant venue s'ajouter à la masse adhérente que constituent soit l'épiploon seul, soit avec l'épiploon une autre anse intestinale. Bouilly a bien montré (Soc. de chir., 1883) que la *corde épiploïque*, indiquée par Velpeau comme un des bons caractères de l'épiplocèle, devait être attribuée presque exclusivement aux épiplocèles adhérentes, et que cette sensation reconnaissait pour cause la fixation de l'épiploon hernié soit au fond du sac, soit à une de ses parois.

L'examen de la tumeur herniaire est des plus importants; à moins de complication, il ne sera pas douloureux ou le sera très peu; la tumeur est molle, peu tendue, pâteuse, lobulée, mate à la percussion, s'il s'agit d'une épiplocèle, et au contraire sonore, plus molle si c'est une entéro-épiplocèle; il est commun de rencontrer dans les hernies adhérentes des noyaux indurés résultant des transformations fibreuses de l'épiploon. Le gargouillement permet de reconnaître la présence de l'intestin; il n'est pas rare que ce bruit s'accompagne d'une sensation de réduction partielle, une anse intestinale réductible étant venue se joindre à la portion irréductible de la hernie.

La hernie irréductible peut persister pendant un certain temps sans se traduire par aucun signe fonctionnel; seules, l'irréductibilité et les données fournies par la palpation en établissent les caractères, mais le plus souvent il s'y joint des sensations désagréables, des tiraillements douloureux. Enfin le sujet porteur d'une hernie adhérente est exposé plus fréquemment que tout autre à une série d'accidents, les uns légers, les autres graves, sur lesquels nous aurons à revenir à propos des hernies étranglées, mais dont nous devons ici tracer le tableau général. Ce ne sont d'abord que des accidents légers, passagers, des douleurs sourdes, un sentiment pénible de distension dans les efforts, des poussées douloureuses à la suite de fatigues ou d'excès, des coliques, des nausées, de la tension abdominale, des garde-robes rares; sous l'influence du repos au lit, des cataplasmes, les accidents se calment; l'orage est dissipé. Mais bientôt ces poussées aiguës se multiplient et finissent par rendre tout

travail impossible. Puis surviennent d'autres accidents plus graves, vomissements, ballonnement du ventre, état général grave; ces phénomènes, longtemps attribués à la péritonite herniaire, doivent aujourd'hui être rapprochés de l'occlusion intestinale.

Boiffin a montré dans sa thèse que l'étranglement et l'occlusion intestinale étaient les deux causes des accidents des hernies adhérentes. — Cet auteur a apporté un nombre de faits bien observés qui doit entraîner la conviction. Nous reviendrons sur ce chapitre à propos des hernies étranglées, car ce sont précisément ces accidents qui étaient autrefois rangés dans les pseudo-étranglements, et qui constituaient la base de la péritonite herniaire.

Traitement. — De l'étude qui précède il faut conclure que la hernie irréductible exige un traitement dans la plupart des cas. Quelques épiplocèles adhérentes ou hypertrophiées peuvent être conservées sans grand inconvénient: on applique souvent sur elles un bandage à pelote concave qui, sans les comprimer trop, s'oppose à leur développement et surtout à l'adjonction de l'intestin. Avec de la patience, certaines hernies irréductibles par adhérence ont pu être peu à peu mobilisées, séparées du sac et rentrées dans l'abdomen. Mais ces résultats difficiles à obtenir, problématiques la plupart du temps, sont bien dépassés par ceux que fournit un autre mode d'intervention, le seul presque qui soit de mise aujourd'hui, *la cure radicale*. On peut poser en principe actuellement que toute hernie irréductible est justiciable de cette opération.

CHAPITRE III

DES HERNIES ÉTRANGLÉES

L'impossibilité subite de réduire une hernie habituellement réductible, des accidents généraux graves pouvant aller jusqu'à la prostration et l'algidité la plus marquée, des troubles digestifs: nausées, vomissements, un arrêt complet dans la circulation des matières fécales, enfin une tumeur herniaire plus volumineuse, plus tendue, douloureuse à la pression, tels sont les caractères cliniques auxquels on reconnaît une *hernie étranglée*.