

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., 1885) 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*.

**Historique.** — Il ne faut pas remonter bien loin dans le cours des siècles pour trouver chez les chirurgiens une idée juste de l'étranglement herniaire. Le mot lui-même est presque récent. Les anciens attribuaient cet accident à deux causes : l'engouement et l'inflammation.

L'*engouement herniaire* régna d'abord seul et sans conteste. Hippocrate, Praxagoras, Celse, Léonidès d'Alexandrie, Cœlius Aurelianus, attribuaient les accidents à l'accumulation de matières intestinales épaissies dans une anse herniée. — Au xvi<sup>e</sup> siècle, A. Paré parle de matières et de gaz; [Franco, Rousset, insistent sur la présence des gaz; Jacques Couillard, qui créa le mot d'*engouement* (1640), distingua l'engouement stercoral et l'engouement gazeux.

Mais déjà cette doctrine avait fait son temps; depuis la fin du xvi<sup>e</sup> siècle, dans le vulgaire plus, il faut le dire, que parmi les médecins, on parlait d'*incarcération* (hystérotomotocie de Rousset, par Bauhin, 1592).

Peu de temps après, les anatomistes décrivaient les anneaux herniaires et la doctrine de l'incarcération faisait son chemin parmi les chirurgiens : Riolan le premier, en 1648, parle des *strangulations*; il indique déjà le débridement des anneaux. C'est dans Nicolas Lequin, en 1665, que l'on trouve pour la première fois en français le mot d'*étranglement*. Dès lors ce fut fini de l'engouement herniaire, tel que l'entendaient les anciens.

Goursaud, en 1768, dans un mémoire lu à l'Académie de chirurgie, parle bien encore d'engouement et d'inflammation, mais comme agents d'étranglement, et encore le sens qu'il donne à ces deux mots n'est-il plus du tout celui qu'on leur attribue justement aujourd'hui.

Les recherches anatomiques précises de Scarpa, Dupuytren, Velpeau, J. Cloquet, ne firent que confirmer la nouvelle doctrine; elles eurent surtout pour but de montrer le rôle capital du collet du sac dans l'étranglement.

L'*inflammation*, en partie confondue avec l'engouement solide des anciens, devait renaître de ses cendres pour l'explication de certains faits. Malgaigne, en 1841, après lui Broca, non contents de renverser complètement l'engouement solide, voulurent lui substituer l'inflammation, au moins dans certaines grosses hernies. Broca alla même plus loin : pour lui l'inflammation serait la cause de tous les

étranglements. Mais les conséquences funestes de ces théories, exagérées, souvent mal comprises, ne tardèrent pas à ramener les esprits à l'étranglement avec nécessité de le lever le plus tôt possible par le taxis ou le débridement (Gosselin, 1865).

Tous les modernes font de l'étranglement le fait dominant, je dirais presque le fait exclusif, admettant d'ailleurs, pour l'expliquer dans certaines circonstances, des théories diverses et multiples, avec cette réserve capitale au point de vue du traitement et sur laquelle nous reviendrons longuement, à savoir qu'en dehors des épiploécèles enflammées, toute hernie atteinte d'*irréductibilité compliquée* est justiciable de la réduction faite le plus tôt possible, même dans le doute. Après avoir décrit l'étranglement herniaire avec tous les détails qu'il mérite, nous préciserons en quelques lignes ce qu'il faut entendre actuellement par l'engouement et l'inflammation, ces sortes de pseudo-étranglements dont il ne faut point exagérer l'importance.

#### A. — De l'étranglement herniaire.

On doit désigner sous ce nom un ensemble d'accidents graves résultant d'une *constriction permanente de l'intestin dans un trajet herniaire*, constriction dont les effets fâcheux sont évités par une réduction immédiate, lorsque le chirurgien est appelé à temps.

Il n'y a donc, à proprement parler, d'étranglées que des hernies intestinales et intestino-épiploïques.

Cette constriction, suivant la définition si complète de Gosselin, *gène la circulation sanguine, arrête le cours des matières, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène.*

**Symptômes.** — L'*étranglement herniaire* ne se caractérise pas toujours dès le début de la même manière. Tantôt ce sont des symptômes généraux qui dominent la scène : un malaise, une anxiété indéfinissables hors de proportion avec les phénomènes douloureux observés du côté de la hernie; d'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, l'attention du chirurgien est d'abord appelée sur les signes locaux.

Le malade était porteur depuis un temps variable d'une hernie qui

rentrait habituellement, et subitement cette hernie est devenue irréductible. Le fait est encore plus saillant lorsque la hernie n'existait pas auparavant et qu'elle s'étrangle en se produisant (*étranglement d'emblée*). L'*irréductibilité brusque* est donc le plus souvent un des signes les plus importants de l'étranglement herniaire.

La tumeur herniaire perd en même temps et rapidement sa mollesse habituelle; elle devient tendue, résistante, douloureuse spontanément, douloureuse surtout à la pression. Cette douleur locale est plus vive au niveau du pédicule; c'est de là que partent les irradiations quand elles existent, et des coliques plus ou moins intenses.

Ces troubles s'accompagnent d'un *arrêt dans la circulation des matières intestinales et des gaz*. Le malade, interrogé, rapporte que, depuis le début des accidents, il n'a plus été à la garde-robe et qu'il n'a plus rendu de gaz par l'anus. Il ne faut pas se laisser tromper par des évacuations trompeuses provenant du bout inférieur de l'intestin et qui se produisent surtout lorsqu'on donne des lavements au malade.

L'absence de garde-robes et de gaz est un caractère de premier ordre, et il faut considérer comme absolument exceptionnels les cas dans lesquels persisteraient des selles et se montrerait même de la diarrhée. (Pincement latéral de l'intestin, Le Dentu.)

Au début, les parois abdominales sont contractées; mais bientôt le ventre se ballonne, les anses intestinales se dessinent sous la peau. Ces phénomènes: tympanisme, ballonnement, météorisme, sont plus marqués au voisinage de la hernie, et il n'est pas rare d'observer une douleur sourde étendue à toute cette région.

En même temps que ces phénomènes locaux et cette constipation, quelquefois même dès le début, on voit survenir des *vomissements* très importants, tantôt continus, parfois intermittents, d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux, puis enfin *stercoraux* ou *fécaloïdes* (Malgaigne). On désigne ainsi des vomissements survenant ordinairement du troisième au cinquième jour, vomissements mal liés, d'une couleur jaunâtre, d'une odeur intestinale très marquée, horriblement fade et repoussante. Ils sont constitués par le reflux des matières renfermées dans l'intestin grêle.

Le *hoquet* ne tarde pas à survenir; il indique souvent l'approche de la terminaison fatale. Les forces, en effet, se dépriment rapidement; la face est pâle, avec les pommettes un peu colorées, plus

saillantes, et les yeux excavés, cerclés de noir; la peau prend une teinte grisâtre, terreuse; les extrémités se cyanosent; une sueur froide couvre le malade; le pouls devient petit et fréquent; enfin la terminaison fatale survient au milieu de cette hypothermie croissante, qui peut s'accompagner d'aphonie, d'anurie, voire même de crampes (Berger); cette algidité grave a reçu le nom de *choléra herniaire*; mais la diarrhée du véritable choléra manque naturellement presque toujours.

Les phénomènes nerveux qui accompagnent ce tableau sont parfois assez marqués pour en modifier un peu la nature; on a signalé un véritable délire avec tendance au suicide et, chez les enfants, des *convulsions*, du *coma*.

L'étranglement herniaire n'affecte pas toujours la marche aiguë que nous venons de décrire.

On observe des *étranglements chroniques à marche lente insidieuse* avec un état général peu grave dont le début est impossible à préciser: hernies moyennes ou grosses sorties depuis longtemps, mal contenues; quelquefois petites hernies crurales des vieillards.

Enfin parfois les accidents présentent une véritable marche rémittente; il y a une série d'accès douloureux, c'est l'*étranglement spasmodique de Richter*.

La mort est la terminaison presque fatale de la hernie étranglée abandonnée à elle-même; elle peut survenir, nous venons de le voir, par aggravation des phénomènes généraux. On l'a attribuée dans ce cas soit à l'épuisement nerveux, soit à une sorte de septicémie intestinale, de stercorémie (Humbert, Thèse, 1875).

Chez quelques malades elle est le résultat des lésions locales graves produites par la constriction, et le tableau clinique terminal en est quelque peu modifié.

La *gangrène* de l'intestin serait annoncée par un soulagement momentané, une détente, un *calme trompeur* (Boyer), la cessation des vomissements; mais le hoquet ne diminue pas, l'algidité persiste. En même temps, les phénomènes locaux prennent plus d'importance; la tumeur devient plus flasque; on y découvre à la palpation une sorte de crépitation, de clapotement dû à l'effusion des liquides et des gaz dans le sac.

Les perforations intestinales qui sont la conséquence de la gangrène peuvent, lorsque des adhérences se sont développées à temps

et qu'elles sont assez fortes, amener par ce moyen la guérison spontanée. Il se forme un abcès stercoral, un *anus contre nature spontané*, ou une simple *fistule stercorale*, si les lésions sont moins considérables, et dans des cas heureux, mais trop rares, la guérison est survenue par ce mécanisme. — Nous traiterons plus loin, dans un chapitre spécial, de la fistule stercorale et de l'anus contre nature spontané; il nous suffit ici de mentionner leur existence.

Dans d'autres cas, les lésions restent moins limitées au sac; elles s'étendent au péritoine, et les troubles d'une péritonite par perforation ou par propagation modifient l'appareil symptomatique; le ventre est plus ballonné, extrêmement douloureux partout; des vomissements porracés, du hoquet, secouent continuellement le malade; une réaction plus vive, mais passagère, semble le ranimer; mais la terminaison est la même; seul le cortège clinique est un peu changé.

Enfin, dans d'autres circonstances, se montrent de véritables complications : congestions pulmonaires, signalées par Verneuil et étudiées par Ledoux, hémiplegies dont Nicaise a rapporté plusieurs faits curieux.

Enfin l'albumine apparaît maintes fois dans les urines.

Pour certains auteurs il y aurait néphrite et les accidents pulmonaires seraient comparables à ceux de l'urémie. Mais des recherches modernes semblent devoir éclairer sous un jour tout nouveau la pathogénie de ces accidents.

Les complications pulmonaires, rénales, les modifications de l'appareil circulatoire seraient les conséquences d'un empoisonnement septique, auquel Berger donne le nom *d'infection ou septicémie péritonéo-intestinale*. Nous verrons en effet, en étudiant l'anatomie pathologique, qu'il existe une bactérie spéciale de l'infection herniaire, bactérie qui a pu être suivie et retrouvée avec tous ses caractères dans la rate, le foie, les reins et surtout les poumons.

**Diagnostic.** — A cet ensemble clinique, il est difficile en général de ne pas reconnaître l'*étranglement herniaire*.

La présence d'une tumeur dure, tendue, douloureuse dans une région herniaire, le commémoratif important d'une hernie habituellement réductible et qu'on ne peut plus réduire, suffisent habituellement à distinguer l'étranglement herniaire d'une occlusion intestinale, d'un étranglement interne.

Mais parfois la hernie est assez petite, assez profonde pour nécessiter une recherche attentive, une exploration soignée; elle occupe certains orifices profonds où les manœuvres exploratrices et le taxis sont difficiles; c'est dans certains cas de ce genre que la laparotomie devient un moyen de diagnostic très acceptable, puisqu'on l'utilisera comme moyen de traitement, soit qu'on rencontre un étranglement interne, soit qu'on ait affaire à un étranglement herniaire simple dans des orifices profonds. Nous reviendrons sur ce point en parlant des hernies rares.

Les phénomènes locaux, tension, douleur, etc., sont parfois, avons-nous dit, les plus marqués, et l'on conçoit que le diagnostic différentiel doive en être fait avec *certaines inflammations du cordon, du testicule normal ou en ectopie, avec certaines adénites du pli de l'aîne*, affections qui s'accompagnent, elles aussi, de constipation, de vomissements, de troubles graves, mais dans lesquelles il est bien rare que les commémoratifs, l'exploration de l'urèthre, des bourses, du cordon, ne permettent pas d'attribuer à leur véritable cause les accidents observés.

Le diagnostic de la hernie étranglée et de l'engouement ou de l'inflammation herniaire devrait être traité longuement : mais en pratique, nous l'avons déjà dit, en dehors de l'épiplocèle enflammée, les complications des hernies autres que l'étranglement sont rares.

Le *taxis* lui-même fournit des renseignements précieux pour le diagnostic; on n'oubliera pas surtout qu'il vaut mieux croire étranglée une hernie qui ne l'est pas et la débrider, que de méconnaître un étranglement. Grâce aux méthodes actuelles de pansement, l'erreur commise dans le premier cas ne sera presque jamais préjudiciable au malade; il n'en est pas de même dans le second.

Plus fréquente est l'erreur qui consiste à méconnaître à la fois et la hernie et l'étranglement herniaire. C'est ainsi qu'en temps d'épidémie on a pu prendre pour des cas de choléra les accidents de l'étranglement herniaire; c'est ainsi que chez des saturnins hernieux on a cru à des coliques de plomb; ces grosses erreurs sont d'autant plus faciles à expliquer que dans certaines formes d'étranglement, tels que les pincements latéraux, un certain nombre de symptômes peuvent faire défaut. Aussi l'examen des anneaux est-il de règle absolue dans toutes les affections à symptômes abdominaux.

**Étiologie.** — L'étranglement herniaire s'observe surtout chez l'adulte et chez le *vieillard*; il s'agit presque toujours de hernies peu volumineuses apparues pour la première fois ou habituellement

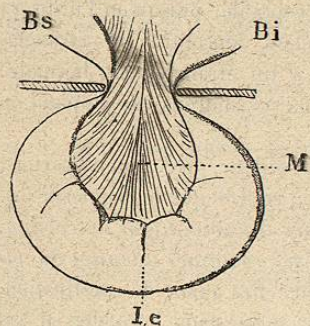


Fig. 58. — L'interposition de l'éventail mésentérique comprime les deux bouts de l'anse étranglée dans l'orifice herniaire (Berger).

réductibles; quelquefois l'étranglement est dû à une augmentation brusque de volume dans un effort violent. — Il y a cependant des hernies volumineuses, habituellement mal contenues, et irréductibles, qui présentent les phénomènes de l'étranglement. — Les efforts, les coups, les chutes, les écarts ou excès de régime, la présence de corps étrangers, même l'humidité de l'atmosphère, ont été invoqués comme causes de l'étranglement; en réalité, le plus souvent, on ne peut déterminer la cause.

On sait seulement que les femmes sont relativement plus sujettes à cet accident que les hommes : presque autant d'étranglements

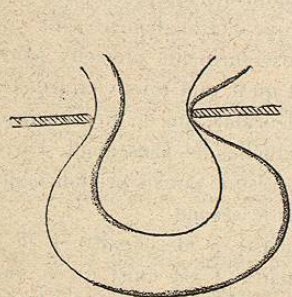


Fig. 59. — Théorie de Busch. Le bout inférieur de l'anse étranglée est oblitéré par coudure brusque résultant de sa distension.

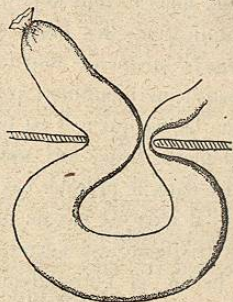


Fig. 60. — Théorie de Lossen. Compression du bout inférieur de l'anse étranglée par le bout supérieur distendu.

(Textor, Gosselin) pour beaucoup moins de hernies. L'étranglement dans le sexe masculin est plus rare chez le *vieillard* que chez l'adulte; il est exceptionnel chez l'enfant.

Les hernies anciennes prédisposent plus à l'étranglement que les récentes, les petites que les grosses.

**Mécanisme de l'étranglement.** — Le fait *principal, primordial* dans l'étranglement, est un phénomène purement mécanique. On le réalise sur une portion isolée de l'intestin dans cette expérience fondamentale que tous les chirurgiens ont cherché à reproduire et à interpréter : *expérience de O'Beirne (de Dublin)*.

Dans un carton épais de 5 millimètres, on fait une ouverture circulaire ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et par cette ouverture on introduit une anse intestinale. — Cette anse, *insufflée brusquement*, devient irréductible, elle est étranglée.

Que s'est-il produit ici? Que se produit-il sur le vivant dans les mêmes conditions lorsque l'intestin s'engage de la même façon dans un orifice étroit? — Pour Roser (1856), il y a eu refoulement des plis et valvules de l'intestin contre les orifices de communications de l'anse herniée avec le reste de l'intestin. — W. Busch, reprenant une opinion de Scarpa, parle de coudure brusque, parfois même d'une véritable torsion du tube digestif. — Hermann Lossen a signalé la compression du bout inférieur par le bout supérieur dilaté.

En résumé, comme le font très justement remarquer Berger et Duplay, l'interprétation n'est pas simple; on doit y faire intervenir à la fois : 1° l'occlusion du bout inférieur par le bout supérieur dilaté (*engouement gazeux*); 2° l'attraction d'une nouvelle portion d'intestin et de mésentère sous l'influence de cette dilatation intestinale; 3° il faut surtout attribuer au mésentère un rôle important, très bien mis en lumière dans les expériences et la revue critique de Berger. — Un véritable *coin mésentérique* s'enfonce entre les deux anses intestinales et les applique étroitement sur l'orifice.

La coudure de l'intestin, sa torsion même, sont encore justement invoquées dans certains cas spéciaux de Korteweg.

Cette théorie éclectique a été confirmée par des expériences plus récentes.

Faut-il admettre que les anneaux dans lesquels passent les hernies sont absolument comparables à l'orifice rigide de O'Beirne? Leur inextensibilité est-elle presque absolue, comme le croit Gosselin? Ne peut-elle pas permettre une certaine expansion au moment du passage de l'intestin, expansion suivie de retour élastique produisant dans quelques cas l'étranglement (*étranglement élastique de Lossen*)? C'est ce qu'il est difficile de trancher absolument.