

longtemps délaissé. D'après Malgaigne, pour ces sortes de hernies il n'y a pas d'étranglement réel, l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le comporte le volume du pédicule de la hernie. Nous devons faire remarquer, que l'on a souvent pris pour de l'engouement les phénomènes qui appartiennent à la péritonite herniaire. Celle-ci semble plus fréquente par les temps humides (Malgaigne); elle survient après des excès de table et de boissons, par l'usage de certaines variétés d'aliments tels que des choux, des haricots, qui provoquent la formation d'une grande quantité de gaz dans l'intestin. L'inflammation se développe aussi à la suite de pressions exercées sur la hernie, de l'application d'un mauvais bandage, de violences extérieures.

Symptômes. Ils sont subordonnés au degré de l'inflammation :

L'inflammation *légère* est caractérisée par des coliques sourdes, du météorisme, des éructations, un malaise physique et intellectuel, une sensation de pesanteur dans le ventre; symptômes qui se manifestent surtout après le repas et qui disparaissent avec la réduction de la hernie. En cas d'épiploécèle, les phénomènes sont parfois peu prononcés, mais il devient difficile de réduire la tumeur.

A un degré *plus intense*, l'inflammation a pour conséquence de rendre la hernie irréductible; l'intestin a perdu sa contractilité et est distendu par des gaz; les malades sont constipés d'abord, puis ils sont pris de vomissements de glaires, de bile, et nullement de matières stercorales comme dans l'étranglement *vrai*. La constipation n'est pas non plus absolue comme dans ce dernier. Il y a des douleurs dans la tumeur et dans le reste de l'abdomen, un mouvement fébrile plus ou moins intense.

Si l'inflammation est *violente* et qu'il s'agisse d'une hernie entéro-épiploïque, la phlegmasie se propageant à l'épiploon, ce dernier, par le fait de son augmentation de volume, peut comprimer et étrangler l'intestin, d'où une interruption complète dans le cours des matières fécales qui sont vomies.

Marche. Terminaisons. Une inflammation légère et circonscrite de la séreuse du sac n'a pas de gravité; elle est parfois suivie d'adhérences entre les viscères et les parois du sac, ce qui a pour conséquence de rendre la hernie irréductible. Mais si la hernie est réduite assez promptement, ces mêmes adhérences peuvent oblitérer le collet du sac herniaire et amener la guérison (voy. p. 626). Une inflammation vive, phlegmoneuse surtout, peut avoir des conséquences plus graves: dans certains cas, elle produit un abcès du sac; dans d'autres, elle provoque ultérieurement des phénomènes d'étranglement vrai, et alors les conditions de l'opération de la hernie étranglée sont moins favorables que lorsque la kélotomie est faite sur une hernie exempte d'inflammation.

Diagnostic. Il faut distinguer l'inflammation de la hernie de l'étranglement vrai. Dans l'étranglement *vrai*, les accidents sont *brusques*; dans l'étranglement *consécutif à une inflammation*, les accidents se *développent lentement*. L'étranglement *vrai* est un accident propre aux hernies habituellement contenues; l'*inflammation* se développe dans les hernies qui ne sont pas habituellement réduites.

Traitement. Au début, mais au début seulement de l'inflammation, on cherche à réduire la hernie. Si l'inflammation était arrivée à un degré plus avancé, on risquerait, en réduisant la tumeur, de provoquer une péritonite généralisée. Si la réduction ne peut ou ne doit pas être faite, on couvre la tumeur de sangsues, de cataplasmes émollients, de pommade hydrargyrique. On administre des bains entiers d'eau tiède. On soutient les forces du malade par du bouillon. Lorsque l'inflammation est arrivée au déclin, on renouvelle les tentatives de taxis. Si un abcès se forme dans l'intérieur du sac, on ouvre ce dernier avec les mêmes précautions que dans l'opération de la hernie étranglée. Si, après l'ouverture du sac, on trouve dans la poche une portion d'épiploon ou une anse intestinale et que ces organes soient sains, on réduit; si, au contraire, ces parties sont enflammées, on les laisse en place.

Lorsque l'inflammation d'une hernie est suivie des phénomènes de l'étranglement, on est en droit de pratiquer la kélotomie.

ARTICLE IV.

Etranglement vrai.

On dit qu'une hernie est étranglée, lorsque les viscères contenus dans la hernie sont soumis à une constriction telle, qu'il en résulte des accidents graves.

Causes. Les plus communes sont les *anneaux aponévrotiques*, anneau inguinal externe, anneau crural, anneau ombilical, etc., et le *collet* du sac herniaire devenu inextensible par suite d'une transformation fibreuse de son tissu.

L'étranglement par les *anneaux* n'a été admis que depuis la seconde moitié du dix-septième siècle, par Dionis, Arnaud, Ledran. Ce n'est que dans la première moitié du dix-huitième siècle que Schroeckius (de Breslau), Nuck, Saviard, Ledran, ont signalé l'étranglement par le *collet* du sac. A partir de cette époque, les chirurgiens se divisèrent en deux camps: l'école française, représentée par l'Académie de chirurgie, professa que l'étranglement par le collet est plus fréquent que celui par l'anneau ou les anneaux, doctrine à laquelle se rattacha Scarpa; l'école anglaise, représentée par Pott, B. Bell, Hey, A. Cooper, émit une opinion opposée. Dupuytren a cherché à fixer le rapport de fréquence de l'étranglement par l'anneau et par le collet du sac; suivant lui, sur neuf cas d'étranglement, il y en a au moins six dus à la constriction par le collet du sac. De nos jours, le professeur Malgaigne a nié l'existence de l'étranglement par l'anneau crural, les anneaux inguinaux externe ou interne, en se fondant sur les arguments suivants: les anneaux ou les canaux aponévrotiques par lesquels se font les hernies donnent aussi passage à des vaisseaux; ils ne sauraient donc se resserrer sans donner lieu à de graves désordres dans les organes auxquels ces vaisseaux se distribuent. Que deviendrait, demande Malgaigne, le testicule, si l'anneau inguinal pouvait revenir sur lui-même? Comment con-

cevoir que la hernie inguinale soit serrée jusqu'à produire la gangrène de l'intestin, et que le cordon spermatique supporte impunément cette pression ? Il faut reconnaître tout ce qu'il y a de spécieux dans cette objection. Mais d'abord, on ne saurait assimiler la constriction exercée par un anneau aponévrotique sur un intestin avec la constriction exercée par le même anneau sur une artère. Celle-ci échappe en quelque sorte aux effets de la constriction, protégée qu'elle est par l'intestin ou l'épiploon contre lesquels elle s'appuie. En second lieu, Diday a donné en faveur de l'étranglement des hernies par les anneaux aponévrotiques deux preuves qu'on n'a pas réfutées :

1° Dans les hernies récentes, le collet du sac ne diffère pas, par son organisation, du reste du péritoine. Donc, si l'étranglement survient dans des hernies récentes, et les exemples de ce genre ne manquent pas, on ne saurait mettre cet accident sur le compte du collet du sac ; il faut bien le rapporter aux anneaux aponévrotiques.

2° Dans certaines hernies étranglées, on fait cesser l'étranglement en débridant l'anneau aponévrotique, sans ouvrir le sac ; des faits de ce genre ont été rapportés par Bonnet (de Lyon), B. Cooper, Velpeau ; donc ce n'est pas le collet du sac qui a été l'agent constricteur, mais bien l'anneau aponévrotique.

Tous ceux qui ont opéré un certain nombre de hernies étranglées savent que le plus souvent on est obligé, pour réduire les viscères, de débrider l'anneau aponévrotique, qui est tellement serré, qu'on a peine parfois à y introduire un doigt. Comment, dès lors, se refuser à admettre un étranglement par les anneaux aponévrotiques ? La doctrine de Malgaigne sur les étranglements est aussi erronée que sa doctrine sur les cataractes capsulaires (voy. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 244), et il y a lieu de s'étonner que, dans ces derniers temps (1863), elle ait été adoptée par L. Gosselin.

Dans d'autres cas, l'étranglement est occasionné par un resserrement circulaire du corps du sac, par une déchirure de ce dernier (J.-L. Petit, Boyer) ou de l'épiploon, déchirure à travers laquelle s'engagent les viscères. Dupuytren a cité des observations d'étranglement occasionné par le passage d'une hernie à travers la tunique vaginale rompue d'une hydrocèle concomitante. L'intestin peut être étranglé par une bride se portant d'une paroi du sac à l'autre ou d'une des parois du sac à l'épiploon. Dans certains cas, l'épiploon entourant complètement l'intestin peut s'hypertrophier dans certains points, et jouer le rôle d'anneau constricteur. D'autres fois, l'étranglement résulte de l'entortillement de l'intestin sur lui-même, ou de l'entortillement de l'épiploon autour de l'intestin. Les viscères peuvent s'échapper entre le bandage et l'ouverture herniaire, et venir s'étrangler contre le bandage lui-même. Une bride située dans l'abdomen derrière l'anneau produit quelquefois le même effet.

On voit, d'après ces données, que le siège de l'étranglement est variable : tantôt c'est au niveau de l'ouverture abdominale, tantôt c'est dans le corps même de la hernie ; quelquefois c'est au-dessus de l'anneau.

Les hernies s'étrangent rarement dans l'enfance, plus souvent chez les

vieillards, mais surtout chez les adultes. Tantôt cet accident survient au moment même où la hernie se produit, tantôt lorsqu'une hernie habituellement contenue sort tout d'un coup ; les hernies anciennes qui ne sont pas ordinairement réduites sont plus exposées à l'engouement et à l'inflammation. On conçoit le rôle que jouent dans la production de l'étranglement les efforts violents, les pressions fortes sur l'abdomen, les violences exercées sur la hernie.

Mécanisme de l'étranglement. Supposons qu'une hernie se forme tout à coup, pendant un effort violent ; sous l'influence de l'impulsion qui leur est communiquée, les viscères franchissent l'anneau aponévrotique, qu'ils distendent ; mais cet anneau revient sur lui-même en raison de son élasticité et étreint les viscères. Pas n'est besoin d'invoquer, pour expliquer la constriction dans ce cas, une contraction spéciale des fibres aponévrotiques de l'anneau (étranglement spasmodique de Richter). Voici un autre cas : la hernie existe depuis longtemps, mais est ordinairement contenue par un bandage ; pendant un effort, les viscères s'échappent en surmontant l'élasticité de l'anneau aponévrotique et la résistance du collet plus ou moins épaissi et dur du sac herniaire. La constriction de l'intestin peut être due au retour sur lui-même de l'anneau aponévrotique, comme dans le cas précédent, ou bien à la pression qu'exerce le collet du sac sur des parties dont le diamètre est plus grand que celui du collet lui-même. Autre cas encore : la hernie n'est pas habituellement contenue, mais elle rentre aussi facilement qu'elle sort ; tout à coup, à l'occasion d'un effort, des portions de viscères s'y précipitent en quantité plus considérable que dans l'état ordinaire ; le volume du contenu est donc brusquement augmenté, pendant que le diamètre du contenant (collet du sac) reste le même ; de là une constriction plus ou moins prononcée. C'est par le même mécanisme que survient l'étranglement dans les hernies qui ne sont pas habituellement réductibles, alors que, sous l'influence d'un effort, de nouvelles portions de viscères se précipitent dans le sac en surmontant la résistance du collet. Prenez un anneau rigide, une bague ; cherchez à introduire dans cet anneau, relativement trop petit, un des doigts de la main ; en forçant l'impulsion communiquée au doigt, celui-ci franchira l'anneau dans une certaine longueur, jusqu'au milieu de la première phalange, par exemple ; mais bientôt vous verrez les parties du doigt situées au delà de l'anneau se gonfler, prendre une teinte bleuâtre indiquant l'obstacle à la circulation, et si vous abandonnez les choses à elles-mêmes, vous ne pourrez plus retirer l'anneau, les parties du doigt que cet anneau avait franchies étant devenues plus volumineuses qu'au moment de l'introduction. C'est encore de la même façon que se produit l'étranglement, à la suite de l'inflammation des viscères dans les hernies de vieille date qui n'ont jamais été contenues. Sous l'influence de l'inflammation, les tissus se gonflent et l'équilibre de rapports entre le contenant et le contenu est rompu. On conçoit même qu'une distension brusque de l'intestin hernié par des gaz, comme le pense O'Beirn, et comme l'a expérimenté L. Gosselin, ou par des matières fécales, amène un résultat semblable.