

comprimer l'ouverture herniaire avec les doigts de la main gauche pendant que les doigts de la main droite repoussent de nouvelles portions d'intestin. Si on rencontre un obstacle invincible à la réduction, on se gardera bien d'user de force pour faire rentrer l'intestin ; car si ce dernier a des parois déjà ramollies par l'inflammation et est fortement distendu par des gaz, on risque de produire une rupture de l'organe. Quelquefois la difficulté de la réduction est due à ce que l'ouverture herniaire n'a pas été assez grandement incisée ; il faut alors l'agrandir ; ou bien l'obstacle se trouve dans un collet du sac herniaire, collet qui pendant les manœuvres de réduction a été refoulé derrière la paroi abdominale entre celle-ci et le péritoine décollé. Il est préférable, dans le dernier cas, d'attirer au dehors l'intestin et le collet pour débrider celui-ci. Il peut arriver encore que les anses intestinales situées dans l'abdomen derrière l'anneau soient agglutinées par des adhérences entre elles et à la paroi abdominale, et que l'intestin de la hernie ne trouve pas de place pour se loger ; il faut alors décoller les parties qui sont réunies, avec le doigt porté derrière l'anneau.

*Intestin enflammé.* Si l'intestin est simplement congestionné, c'est-à-dire s'il offre une coloration d'un rouge foncé, ou même livide et noir, on en fera la réduction. Cet état ne doit pas être pris pour de la gangrène, celle-ci produisant des escarres sous forme de *plaques grisâtres, brunes, circonscrites, flasques*, semblables à du papier gris mouillé. Mais si l'intestin est recouvert déjà de *fausses membranes*, il nous semble plus prudent de le laisser au dehors, après s'être bien assuré que tout étranglement a disparu. L'intestin rentrera dans l'abdomen les jours suivants, soit de lui-même, soit par la compression qu'exercent les pièces de l'appareil à pansement.

*Adhérences de l'intestin au sac.* Lorsque ces adhérences sont récentes, c'est-à-dire formées par de la lymphe plastique sécrétée récemment (adhérences *gélatineuses* de Scarpa), il est facile de les détruire en glissant l'extrémité du doigt ou d'une spatule entre les parties réunies. Les adhérences sont-elles de vieille date, et consistent-elles en filaments ou petites lames membraneuses (adhérences *filamenteuses* ou *membraneuses* de Scarpa), on écarte légèrement l'une de l'autre les parties adhérentes, et on coupe successivement toutes les brides avec des ciseaux, ou avec le tranchant d'un bistouri. Boyer veut que, dans l'un et l'autre cas, on réduise ensuite l'intestin. Nous croyons que ce précepte, applicable aux cas d'adhérences anciennes, peut avoir des dangers pour les adhérences résultant d'une *inflammation actuelle*. Ramener dans l'abdomen une portion d'intestin recouverte de lymphe plastique, c'est faire courir au malade toutes les chances d'une péritonite. D'autres fois les adhérences entre l'intestin et la paroi du sac sont tellement intimes (adhérences *charnues* de Scarpa) qu'il faudrait, pour séparer les deux organes, une dissection minutieuse pouvant donner lieu à une blessure grave de l'intestin. Dans ce cas, il convient de respecter ces adhérences ; on laissera au dehors la portion d'intestin adhérente et on la couvrira de compresses d'eau de guimauve. La portion adhérente se rapproche peu à peu de l'ouverture herniaire et rentre même parfois, entraînée qu'elle est par l'élasticité du mésentère, ou bien elle reste définitivement

en dehors de l'abdomen et se recouvre ultérieurement de bourgeons charnus qui se confondent avec ceux de la plaie pratiquée aux enveloppes de la hernie. Lorsque l'intestin est *adhérent au collet*, on commence par inciser largement l'anneau pour mettre le collet à découvert, après quoi on dissèque les adhérences. Si celles-ci sont trop étendues ou trop fortes pour que leur dissection expose à léser l'intestin ou quelque organe important, tel que le cordon spermatique dans la hernie inguinale, on laisse l'intestin au dehors après avoir débridé l'anneau. Si les adhérences entre le collet du sac et l'intestin sont tellement intimes qu'on ne peut les détruire, et qu'il y a étranglement par le collet, on peut, à l'exemple d'Arnaud, ouvrir l'intestin par la portion libre de ce dernier, y introduire une sonde cannelée et fendre d'un seul coup l'intestin, le sac et l'anneau aponévrotique.

*Volume considérable de l'intestin.* Dans quelques cas rares, la portion d'intestin comprise dans une hernie ancienne est tellement volumineuse, qu'il est impossible de la faire rentrer, même après un débridement suffisant de l'anneau. Cela arrive surtout chez les sujets gras, dont la hernie est restée longtemps sans être contenue. On a dit avec certaine raison que, dans ces circonstances, les viscères ont *perdu leur droit de domicile* dans l'abdomen. Dans ce cas, il faut laisser l'intestin au dehors et couvrir les parties de compresses trempées dans un liquide émollient. Dans un fait de ce genre, rapporté par J.-L. Petit, l'intestin rentra peu à peu dans l'abdomen, à mesure que le malade, fort replet au moment de l'opération, maigrit sous l'influence d'un régime diététique approprié.

*Intestin rétréci au niveau de l'étranglement.* Dans toutes les hernies étranglées, l'intestin est rétréci au niveau de la partie qui a été soumise à la constriction ; une fois l'intestin réduit après la levée de l'étranglement, le rétablissement du cours des matières fait reprendre à l'organe son calibre normal. Quelquefois cependant les parois de l'intestin sont tellement épaissies et endurcies au niveau de la portion étranglée, que l'organe ne reprend pas son diamètre, d'où le défaut de rétablissement du cours des matières fécales. Ritsch a même observé un cas dans lequel les parois opposées de l'intestin, au niveau de l'étranglement, avaient contracté des adhérences telles, que le passage des matières était complètement intercepté ; l'opéré succomba douze heures après l'opération. Si un cas de ce genre se présentait, il faudrait ne pas réduire l'intestin, mais inciser ce dernier pour établir un *anus contre nature*.

*Intestin gangréné.* Lorsque l'intestin est frappé de gangrène, ou bien encore qu'il présente une ulcération profonde, il est de règle de ne pas réduire, mais d'établir un *anus contre nature* (voy. plus loin).

**B. HERNIE ÉPIPLOÏQUE.** Plusieurs circonstances peuvent se présenter motivant des indications spéciales : Si l'épiploon est sain, non adhérent et de volume médiocre, il faut le réduire. Dans des hernies anciennes, habituellement non contenues, l'épiploon est parfois trop volumineux pour être ramené dans l'abdomen sans de grandes difficultés. Les chirurgiens sont divisés d'opinion sur la conduite à tenir en pareille circonstance : les uns veulent qu'après avoir retranché la plus grande portion de ce repli, et

avoir lié les artères épiploïques divisées, on réduit la partie restante avec les ligatures dont les extrémités seules sont maintenues au dehors. D'autres, frappés de l'inconvénient de laisser les fils en partie dans la cavité péritonéale, préfèrent n'appliquer aucune ligature, ce qui expose à des hémorragies graves; ou bien encore ne faire la réduction qu'après avoir touché la surface cruenta avec de l'alcool ou de l'essence de térébenthine, moyen hémostatique tout à fait insuffisant. Il en est qui, pour parer à ces difficultés, veulent qu'on laisse la masse épiploïque au dehors, comptant sur la réduction spontanée d'une partie de cette membrane et sur l'atrophie du reste. La pratique de Boyer est plus rationnelle : elle consiste à retrancher la plus grande portion de l'épiploon avec des ciseaux, en ayant soin de développer au préalable ce repli, pour s'assurer qu'il ne renferme pas une petite anse intestinale; à lier séparément les artères épiploïques divisées, et à abandonner dans la plaie la portion non excisée de l'épiploon avec les fils à ligature.

Lorsque l'épiploon est *adhérent*, si les adhérences sont faibles et *récentes*, on les décolle, et on laissera l'épiploon au dehors, afin de ne pas communiquer aux viscères intra-abdominaux une inflammation par le contact de l'épiploon malade. Si les adhérences sont étendues et *fortes* entre l'épiploon et le sac herniaire, on abandonnera l'épiploon dans la plaie.

L'épiploon peut être *gangréne*. Dans ce cas, on retranche la partie mortifiée sans comprendre dans l'excision la partie saine et on abandonne le reste dans la plaie. Lorsque l'épiploon est simplement *endurci*, s'il n'est pas trop volumineux, on le réduit; en cas contraire, on se comporte comme nous l'avons indiqué pour l'épiploon *sain* et d'un volume considérable.

C. HERNIE ENTÉRO-ÉPIPLOÏQUE. Dans cette espèce de hernie, l'épiploon est en général situé au-devant de l'intestin. Si les deux organes sont libres d'adhérences, on les réduit après avoir débridé. Si l'épiploon étant adhérent empêchait l'introduction du doigt ou même de la sonde cannelée entre le pédicule de la hernie et l'anneau constricteur, on porterait la sonde entre l'intestin et l'épiploon, et on coupe à la fois l'épiploon, le col du sac herniaire et l'ouverture aponévrotique. Les autres indications sont conformes à ce qui a été dit précédemment.

*Pansement.* Des boulettes de charpie fine sont introduites dans le fond de la plaie et jusque sur l'ouverture aponévrotique. Des gâteaux de charpie recouverts de cérat, des compresses, le bandage en *spica*, quand la hernie siège à l'aîne, complètent l'appareil à pansement dont les parties superficielles sont enlevées et remplacées au bout de vingt-quatre heures, les parties profondes devant être détachées par la suppuration qui s'établit les jours suivants. L'opéré est mis à la diète simple; on lui administre, une heure après l'opération, un lavement légèrement purgatif. S'il ne survient pas de fièvre, on augmente la quantité de nourriture les jours suivants.

*Persistance des symptômes de l'étranglement après l'opération.* La cause la plus commune est la réduction des parties herniées, après un *débridement insuffisant*, ce qui arrive quand l'étranglement est occasionné par le collet du sac. Il faut alors ordonner au malade de faire des efforts pour provoquer

la sortie de la hernie, et chercher la cause de l'étranglement pour y remédier. Si on ne peut faire sortir la hernie, on cherche à accrocher celle-ci avec le doigt introduit au fond de la plaie. Dans d'autres cas, la persistance de l'étranglement est due à ce que les parties refoulées dans l'abdomen, après un débridement convenable, *s'engagent sous une bride intra-abdominale* qui produit une nouvelle constriction; cet accident est au-dessus des ressources de l'art, parce que, le diagnostic étant difficile, une nouvelle opération pratiquée en vue de dégager l'intestin serait incertaine dans ses résultats et augmenterait tous les périls du traumatisme. Une autre cause de persistance des phénomènes de l'étranglement est le *rétrécissement très-prononcé du pédicule de l'intestin* contenu dans la hernie (voy. p. 663). Si ce rétrécissement, méconnu pendant le cours de l'opération, est porté jusqu'à l'effacement complet du calibre de l'intestin, les matières ne peuvent reprendre leur cours. On pourrait chercher à faire sortir la hernie, pour ouvrir l'intestin rétréci et établir un *anus contre nature*, ou bien pratiquer un *anus artificiel* à la région inguinale. Mais il faut bien convenir que, dans la grande majorité des cas, la persistance des phénomènes si graves de l'étranglement est due à une inertie de tout le paquet intestinal, inertie due à la *péritonite* qui est si commune, lorsque l'opération de la hernie étranglée est faite à une époque déjà relativement éloignée du début des accidents. Les ressources de la thérapeutique contre cette phlegmasie sont très-bornées : émissions sanguines générales et locales, onctions hydrargyriques sur l'abdomen, calomel à dose fractionnée à l'intérieur, sont des moyens qui réussissent bien rarement. C'est une raison pour pratiquer de bonne heure l'opération de la hernie étranglée; si on attend au delà de vingt-quatre à trente-six heures après le début des phénomènes de l'étranglement, si on épuise pendant plusieurs jours tous les moyens médicaux préconisés contre l'étranglement, on donne à la péritonite le temps de se développer et l'opération n'a plus de chances de succès.

On a noté parfois, après la disparition de tous les symptômes de l'étranglement, la persistance du *hoquet*. Ce dernier cède à l'administration à l'intérieur du camphre. Quelquefois aussi, et alors même que tout étranglement a cessé, que l'intestin a repris son calibre, les selles font défaut, parce que la contractilité de l'intestin a diminué; une purgation saline douce suffit pour provoquer des garde-robes.

On observe parfois aussi, après l'opération de la hernie étranglée, une *inflammation aiguë avec suppuration du sac herniaire*, une *gangrène* de cette poche, une *inflammation aiguë avec abcès consécutif de la portion d'épiploon* réduite dans l'abdomen.

## ARTICLE V.

## Gangrène dans les hernies.

*Caractères anatomiques.* Bien que nous les ayons déjà indiqués à la page 662, nous croyons utile d'y revenir. La teinte violacée, livide, que présente si souvent l'intestin dans les hernies étranglées, n'indique pas la