

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

gangrène, mais une simple *congestion*. La *mortification* est caractérisée par l'existence d'un nombre plus ou moins considérable de plaques isolées, de couleur *feuille-morte*, formées d'un *tissu flasque*; l'intestin est affaissé comme du papier mouillé; quelquefois on peut faire suinter des matières intestinales par les pertuis qui sont à la surface de l'intestin; toutefois ce dernier signe appartient aussi aux simples ulcérations de l'organe. Lorsque la gangrène date déjà de quelques jours, le travail d'élimination des escarres produit des *fissures* par lesquelles les matières intestinales s'infiltrant dans le sac et les tissus ambiants; alors la peau qui recouvre la tumeur présente une couleur pourpre, livide, et s'ulcère aussi à son tour en plusieurs points, pour laisser échapper les matières intestinales et les gaz.

Causes. La gangrène de l'intestin est le plus souvent la conséquence de l'étranglement auquel l'organe est soumis; l'inflammation de l'intestin peut aussi en être la cause, que cette inflammation existe seule ou que l'étranglement s'y ajoute. Dans d'autres cas, la mortification est le résultat d'une violence extérieure exercée sur la hernie: coups, chute, tentatives immodérées de taxis. Il se peut encore qu'à la suite d'une ulcération, les matières s'échappant de la cavité de l'intestin produisent la mortification par le fait seul du contact avec la surface extérieure de l'organe.

Symptômes. Lorsque la hernie étranglée se termine par la gangrène, le malade éprouve un soulagement apparent; les douleurs diminuent dans la hernie et dans le ventre, les vomissements cessent. Il y a du hoquet; le pouls est petit, lent, tremblant, intermittent. La face est décomposée, les yeux sont faibles et languissants, les narines resserrées. Une sueur froide couvre tout le corps; la température du tégument externe est abaissée; le ventre s'affaisse. La hernie devient insensible, molle, emphysémateuse; en la comprimant, on perçoit de la crépitation. Le malade rend des garde-robes parfois abondantes.

Marche. Terminaisons. Elles varient suivant que la gangrène est abandonnée à elle-même ou que le chirurgien intervient.

Dans le premier cas, il est rare que la gangrène ne soit pas suivie de mort; celle-ci survient en conséquence de la prostration générale, ou bien de la péritonite déterminée par l'épanchement de matières stercorales dans l'abdomen. Quelquefois le malade échappe à ces accidents et guérit; le plus souvent alors les matières stercorales s'infiltrant dans le sac et les tissus ambiants; les téguments s'enflamment et s'ulcèrent; les matières s'écoulent par la plaie extérieure et il s'établit un *anus contre nature* qui lui-même peut guérir à la faveur du mécanisme dont il sera question tout à l'heure. Dans des circonstances exceptionnelles, ainsi que le témoignent les faits rapportés par J. Cruveilhier et Cayol, la guérison radicale a lieu sans que les enveloppes de la hernie participent au travail morbide: les matières fécaloïdes et la portion d'intestin gangrenée tombent dans le sac, et après un certain temps sont éliminées par le bout inférieur de l'intestin et l'anus. Postérieurement les deux bouts d'intestins s'abouchent et se cicatrisent, ce qui rétablit la continuité du tube digestif.

Lorsque le chirurgien intervient, c'est-à-dire qu'il fait l'opération de la

hernie étranglée, qu'après avoir ouvert l'intestin ou en avoir retranché la portion mortifiée, les matières stercorales trouvent une issue au dehors, tous les accidents graves peuvent être conjurés; les phénomènes ultérieurs varient suivant l'étendue de la portion d'intestin comprise dans la gangrène:

Premier cas. *L'intestin est pincé dans une partie de sa circonférence.* Si le pincement porte sur un petit point de la circonférence de l'intestin, il se peut que le cours des matières ne soit pas interrompu, et qu'il y ait seulement des coliques, des nausées, des vomissements. L'inflammation et la gangrène se propagent de l'intestin au sac herniaire et aux téguments. A un moment donné, les matières stercorales versées de l'intestin dans le sac s'échappent par l'ulcération de la peau. Plus tard, toutes les parties mortifiées sont éliminées, les matières fécales reprennent leur cours naturel; la plaie extérieure se cicatrice et la guérison devient complète.

Deuxième cas. *L'intestin est pincé dans la plus grande partie ou la totalité de son diamètre.* Le passage des matières est complètement interrompu par la constriction; il y a des vomissements de matières fécales. La gangrène est ordinairement circonscrite au niveau du point où l'intestin adhère avec le col du sac herniaire. Dès que les matières stercorales se sont fait jour à travers les parties gangrenées, les accidents cessent. Plus tard, les parties mortifiées se séparent; les matières intestinales s'échappent par la plaie et ont de grandes difficultés à reprendre leur cours normal. Souvent il s'établit un *anus contre nature*, ou bien il reste une *fistule stercorale*.

Troisième cas. *L'intestin compris dans la hernie forme une anse plus ou moins longue.* Les accidents sont plus rapides dans leur marche. Souvent la mortification se propage à la portion d'intestin contenue dans l'abdomen, et le malade succombe. Si la mortification reste bornée à la partie renfermée dans la hernie, le malade survit à l'opération, en conservant un *anus contre nature*.

Mécanisme de la guérison après la gangrène de l'intestin hernié. C'est à Scarpa que nous en devons la connaissance; après que les parties mortifiées de l'intestin ont été éliminées, les deux bouts de cet organe ne sont pas abouchés ensemble; ils contractent l'un et l'autre (*m, c et n, d*, fig. 238, p. 668) des adhérences avec une sorte d'*entonnoir membraneux* (*b, b*) dans lequel le bout supérieur (*c*) verse les matières, qui passent ensuite dans le bout inférieur (*d*) en suivant le sillon *i*. Cet entonnoir membraneux (*bb*) est formé par les débris du sac herniaire, dont on voit la continuation avec le grand sac péritonéal (*aa*). Scarpa admet, qu'après la gangrène, il reste toujours une partie du sac herniaire; que le collet du sac (*ee*) contracte des adhérences avec les deux bouts de l'intestin et sert alors à transmettre au dehors les matières fécales. Plus tard, la portion du sac qui embrasse les deux bouts d'intestin s'élargit, en même temps que la portion qui est au voisinage de la plaie se rétrécit. Il en résulte que l'*entonnoir* présente alors une configuration telle, que sa base est tournée vers l'intestin et le sommet dirigé vers la plaie extérieure, disposition opposée à celle de la figure 238. L'intestin et le collet du sac herniaire subissent une rétraction graduelle vers la cavité de l'abdomen. Cette rétrac-