

Il y a donc à prendre ici des précautions spéciales dont nous sommes attaché à indiquer les principales; c'est là qu'est le secret du succès de cette opération, qui deviendra certainement plus fréquente à mesure qu'on sera convaincu de son innocuité et de son efficacité. Nous aurons soin d'en parler à propos des diverses variétés de hernies qui vont nous occuper.

Enfin, pour appliquer immédiatement ces résultats à la hernie spontanée réductible, nous dirons que pour la plupart des hernies de cette catégorie la cure radicale ne saurait être recherchée autrement que par des bandages; mais nous ajouterons qu'une hernie un peu volumineuse, difficile à maintenir, douloureuse, faisant craindre à chaque instant des accidents d'étranglement, une hernie de ce genre doit être opérée suivant les préceptes que nous venons de poser.

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 par lesquels 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; M. 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*.

Les recherches anatomiques récentes de Trèves, de Tuffier, l'étude du développement de l'intestin et du péritoine si clairement exposée par Farabeuf 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 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 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 présente-

ront 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 kélotomie, 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 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 de 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 hypertrophie.* — A cette classe appartiennent un certain nombre d'épiplocèles et des hernies du gros intestin dont les franges épiploïques ont acquis un énorme développement. Henri Hartmann a bien indiqué ces faits dans un mémoire paru en mai 1887 dans la *France médicale*, et nous avons nous-même, au mois de juin de la même année, pratiqué la cure radicale d'une hernie de l'S iliaque, irréductible par le fait de l'hypertrophie de ses franges. Dans les cas dont nous parlons, il n'existe aucune adhérence entre les parties herniées et le sac; l'impossibilité de la réduction vient du seul volume acquis par la partie herniée.

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. 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 des 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 sensations fournies par la palpation en établissent les caractères, mais le plus souvent il s'y joint des sensations pénibles, 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, des sensations pénibles de distension dans les efforts, des poussées douloureuses à la suite de fatigues, 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 accidents,

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'étran-

glement 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, Léonides d'Alexandrie, Cœlius Aurelianus, attribuaient les accidents à l'accumulation de matières intestinales épaissies dans une anse herniée. — Au seizième 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 seizième 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