

HERNIE ÉPIPLOÏQUE (1).

Il n'est presque aucune espèce de hernie dans laquelle on n'ait trouvé l'épiploon. Mais, à raison de sa position et de ses attaches, ce repli membraneux se rencontre moins fréquemment dans les hernies qui se font jour à travers celles des ouvertures de l'abdomen ou du bassin qui ont une situation déclive.

Les ouvertures par lesquelles il s'échappe le plus facilement, sont : 1° l'ombilic, 2° les ouvertures anormales que l'on rencontre quelquefois dans la paroi antérieure de l'abdomen, 3° l'anneau inguinal, et 4° enfin l'arcade crurale.

Comme l'épiploon descend plus bas à gauche qu'à droite, il s'échappe plus facilement à travers l'anneau inguinal gauche.

Cette différence, toutefois, paraît avoir été exagérée par Arnaud qui avance que, sur vingt épiploécèles inguinales, il en est dix-neuf qui se font du côté gauche. Si j'avais à émettre une opinion sur ce sujet, m'appuyant sur les résultats de ma propre expérience et sur les observations que j'ai lues, j'établirais que l'épiploécèle inguinale du côté gauche est à celle du côté droit seulement dans la proportion de trois à un.

Dans quelques cas, peu nombreux à la vérité, l'épiploon fait hernie des deux côtés, sur le même sujet, ou bien, chez d'autres sujets, il s'échappe, d'un même côté, à la fois par l'ouverture inguinale et par l'ouverture crurale, de manière à former deux tumeurs distinctes.

Cette maladie survient beaucoup plus fréquemment dans l'âge avancé que dans les premiers temps de la vie. Chez les enfans, en effet, l'épiploon a si peu de longueur, et offre un développement si incomplet, qu'il descend même rarement jusqu'à l'ombilic; tandis que, chez les adultes, et surtout chez les vieillards, non-seulement il recouvre les intestins, mais encore il descend très-bas dans le bassin.

(1) Guidés par le désir d'ajouter encore aux intéressans détails de pratique renfermés dans les chapitres qu'on vient de lire, nous avons fait choix d'un mémoire de Macfarlane sur la hernie épiploïque, afin de suppléer, dans le traité de Sir A. Cooper, à l'absence d'un chapitre ex-professo sur cette hernie. L'histoire de l'épiploécèle se trouve bien, il est vrai, dans notre auteur, mais elle y est disséminée dans divers chapitres. Voyez *hernie crurale, hernie inguinale, hernie ombilicale*, etc.

Le point de doctrine chirurgicale relatif à la marche qu'on doit suivre dans l'opération pour une épiploécèle étranglée et adhérente, se trouve résolu ici d'une manière différente de celle qu'a adoptée Sir A. Cooper; nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs de comparer les diverses opinions qui ont eu cours dans la science sur cette importante question de pratique.

Ce mémoire est extrait des *Medico-Chirurgical Transactions*, t. 16, partie 2, p. 237. (Note des trad.)

ceux que l'on observe dans la hernie inguinale.

Comme l'épiploon ne jouit pas d'autant de sensibilité que l'intestin, on a dit généralement que son inflammation ou son étranglement donne rarement lieu à des symptômes aussi pressans et aussi alarmans que ceux des autres espèces de hernies.

On ne saurait contester qu'une entéroécèle ne fasse courir au malade de plus grands dangers qu'une hernie épiploïque. Cela n'a rien d'étonnant pour nous, si nous considérons toute la différence qui existe entre ces parties, tant sous le rapport de la structure, que sous celui des fonctions, et si nous nous rappelons combien la persistance et l'intégrité des fonctions intestinales sont étroitement liées à la conservation de la vie.

Néanmoins, d'après les cas qui se sont présentés à mon observation, je crois pouvoir avancer que, dans l'épiploécèle, les symptômes, tant locaux que généraux, sont quelquefois excessivement graves, et que ce serait une conduite peu rationnelle, dans plusieurs cas, que de ne pas recourir à un traitement plus prompt et plus énergique que celui qui est assez généralement adopté.

Garengoot parle d'un cas dans lequel, d'après les caractères extérieurs de la tumeur, et d'après la gravité des symptômes, on fut conduit à supposer qu'il y avait une hernie intestinale étranglée. Cependant, lorsque l'opération eut été faite, on trouva que la hernie était exclusivement constituée par l'épiploon (1).

Pott qui, si j'en excepte M. Lawrence, est, à mon avis, celui qui a le mieux écrit sur la hernie épiploïque, a rapporté plusieurs cas du même genre (2).

Il est rare que la hernie épiploïque atteigne un volume égal à celui que prennent les hernies intestinales. Dans ces dernières, en effet, l'accroissement du volume tient, en général, à l'issue de nouvelles portions d'intestin; tandis que, dans la hernie épiploïque, l'augmentation progressive de volume qui s'observe dans certains cas, est due le plus habituellement à l'épaississement morbide que contractent les parties déplacées.

Lorsque la tumeur est composée exclusivement par l'épiploon, elle présente ordinairement une surface inégale; elle est molle et pâteuse au toucher; et, quand elle date d'un long temps, ou bien, quand elle est irréductible, elle offre une figure légèrement pyramidale. Elle est plus allongée que l'entéroécèle, et n'offre point l'aplatissement ou la forme arrondie que peut revêtir cette espèce de hernie; en outre, elle ne présente ni la même tension, ni la même élasticité que celle-ci.

Lorsque la tumeur est petite, récente, et que les parties qui la constituent, n'ont subi dans leur texture aucune altération, elle est souvent mal circonscrite, et si, dans cet état, elle

est située à l'anneau inguinal, elle peut être confondue avec un engorgement partiel du cordon spermatique.

Il arrive même que, dans une épiploécèle ancienne et irréductible, la tumeur présente quelquefois une surface lisse et polie, en un mot, le degré de tension et les autres caractères d'une hernie intestinale.

Cela s'observe surtout, lorsque le sac herniaire est distendu par un liquide. Mais, alors même que cette complication existe, il est rare (à moins que la distension ne soit considérable) qu'on ne parvienne à reconnaître, à travers le liquide interposé, la surface irrégulière et dure de l'épiploon.

La hernie épiploïque peut encore présenter une surface lisse et uniforme, quand l'épiploon renfermé dans le sac n'a contracté ni un état d'induration, ni aucune autre espèce d'altération de texture qu'un simple accroissement de volume, par suite d'hypertrophie ou d'accumulation de graisse. Mais, ici encore, le défaut de tension et d'élasticité, l'état de flaccidité de la tumeur, suffiront pour rendre le diagnostic facile.

L'épiploon, surtout quand il est chargé de graisse, s'échappe de l'abdomen avec plus de facilité que l'intestin, et y rentre plus difficilement. Il exige aussi que l'on emploie un bandage plus fort, pour prévenir la reproduction de la hernie.

Mais c'est la différence marquée qui existe entre l'entéroécèle et l'épiploécèle, sous le rapport de la réduction, qui fait le caractère distinctif des deux maladies.

Dans la hernie épiploïque, en effet, la tumeur ne rentre que très-lentement et sans aucun bruit; elle exige, pour sa réduction complète, une pression qui ne soit cessée qu'au moment où elle a entièrement disparu. C'est l'inverse de ce qui a lieu pour la hernie intestinale.

Dans l'emploi du taxis, pour la réduction de l'épiploécèle, il faut, aussi bien que dans la hernie intestinale, éviter avec le plus grand soin, toute violence ou tout effort qui irait au-delà de ce qui est rigoureusement nécessaire.

Bien que l'épiploon ne jouisse pas de la même sensibilité que l'intestin, bien qu'il ne soit point un organe aussi important, et que ses lésions soient moins à redouter, cependant son tissu délicat et peu serré ne lui permet pas de résister aux violences extérieures aussi bien qu'une anse intestinale, pourvu toutefois que celle-ci n'ait pas subi d'altération. Aussi, des manœuvres trop fréquemment renouvelées exposent-elles à le contondre et à le déchirer.

J'ai vu un cas dans lequel, à la suite d'efforts de réduction violens et long-temps soutenus, l'épiploon s'était déchiré en plusieurs endroits.

(1) Traité des opérations de chirurgie, par Garengoot, t. 1, p. 256. Paris, 1731.

(2) Chirurgical observations, t. 5. London, 1775.

Dans un autre cas, la portion d'épiploon contenue dans le sac, était livide et ecchymosée par suite de l'extravasation du sang dans son tissu cellulaire. Au lieu d'inciser cette portion d'épiploon ainsi contuse, on la remplaça dans l'abdomen, où elle fut frappée de gangrène, accident qui détermina la mort du malade.

Lorsqu'une hernie épiploïque se forme d'une manière soudaine, et surtout, quand c'est pour la première fois, on doit s'attendre à trouver des symptômes concomitans très-préssans. L'étranglement peut survenir à l'instant même, et s'accompagner d'une vive douleur dans la tumeur et dans l'abdomen, ainsi que de hoquet, et d'une constipation opiniâtre.

Quelquefois, l'opération est indispensable; tandis que d'autres fois, les symptômes alarmans se dissipent graduellement, à partir du moment où les évacuations alvines se font librement.

Observation 345. — E. G., âgée d'environ 26 ans; non mariée, fut prise soudainement, vers trois heures de l'après-midi, au moment où elle soulevait un lourd fardeau, d'une douleur très-aiguë dans l'aîne droite et dans l'abdomen.

Lorsqu'elle se vit la malade, trois heures après l'accident, la douleur s'était propagée dans une grande étendue; il y avait eu un ou deux vomissemens; le pouls était accéléré; il existait, au niveau de l'anneau crural droit, une petite tumeur circonscrite, du volume d'une noix, offrant une surface assez lisse, une sensibilité très-vive, mais très-peu de tension; l'abdomen n'était pas gonflé, mais il pouvait à peine supporter la pression dans le voisinage de la tumeur.

La malade fut reçue à l'infirmerie Royale, le soir même de l'accident, vers neuf heures.

Dans une consultation qui eut lieu, à dix heures, à l'exception d'un seul, tous les médecins qui s'y trouvaient regardèrent la tumeur comme une hernie, et prescrivirent la saignée, le bain chaud et le taxis, auxquels on eut recours immédiatement.

A minuit environ, les symptômes n'ayant subi aucune amélioration, on jugea qu'il fallait recourir tout de suite à l'opération. Toutefois, le chirurgien qui avait avancé que la tumeur n'était point une hernie, soutenant son opinion avec beaucoup de force et d'opiniâtreté, on retarda l'opération jusqu'au moment où l'on pourrait avoir, sur ce sujet, l'opinion de l'un des plus anciens chirurgiens de l'hôpital, qui était alors absent.

Dans les instans qui suivirent, la malade eut une ou deux selles provoquées par une dose d'huile de ricin qu'elle avait prise avant son entrée, et à la surface desquelles on remarqua de l'huile qui surnageait. Les vomissemens et la douleur du ventre s'apaisèrent graduellement; mais la tumeur resta sensible, et conserva le même volume et la même irréductibilité.

Des sangsues, des applications réfrigérantes, etc., etc., furent employées; et l'état douloureux de la tumeur se dissipa peu à peu.

Mais, à partir de ce moment, la malade cessa de jouir d'une bonne santé. Souvent, elle éprouvait des tiraillemens douloureux dans l'abdomen, des vomissemens, des coliques et de la constipation.

Lorsque je la vis pour la dernière fois, en 1824, elle rapportait toutes ses souffrances à sa tumeur, qui était alors de la grosseur d'un œuf de pigeon, offrait une surface inégale, était pâteuse au toucher, et se trouvait fixée d'une manière immobile au niveau de l'arcade crurale.

L'état de cette malade, et l'apparition de la tumeur qui suivit les premiers symptômes d'étranglement, ne me permettent pas de douter qu'il ne s'agit d'une hernie épiploïque.

Au premier abord, la gravité des symptômes auraient pu faire croire à l'existence d'un étranglement intestinal; mais les évacuations alvines abondantes qui eurent lieu, ne permettent pas de conserver cette opinion.

Comme il suffisait d'une compression légère, ou de la moindre violence extérieure, pour déterminer des douleurs aiguës dans la tumeur, la malade ne pouvait supporter l'application d'un bandage.

Au moyen d'une pression persévérante, ferme et exacte, faite avec l'aide d'un bandage à pelote creuse, nous parvenons quelquefois à prévenir tout déplacement ultérieur de l'épiploon, à favoriser la résorption ou la rentrée des parties déplacées, à les préserver des injures extérieures, et à empêcher le déplacement des intestins.

Toutefois, cette pratique ne peut être employée que quand l'épiplocèle irréductible est d'un petit volume. Et, alors même, si l'on voit survenir souvent, par suite de l'emploi de ce moyen, des symptômes d'une certaine gravité, on ne doit pas y persister.

J'ai vu plusieurs cas dans lesquels on avait épuisé tout le génie de la mécanique, à construire et à modifier des bandages et des pelotes, dans le but d'éviter les effets douloureux d'une pression permanente sur une hernie épiploïque, et dans lesquels on fut forcé d'y renoncer, à cause des accidens généraux et locaux qu'ils provoquaient.

L'irréductibilité d'une épiplocèle peut être le résultat de diverses causes :

I. — La première est l'adhérence que contracte l'épiploon, soit avec la surface interne du sac, soit avec son collet. Ce cas, bien qu'il se rencontre souvent, n'est cependant pas aussi fréquent que le pensent quelques chirurgiens.

Toutefois, quand ces adhérences existent, elles sont généralement très-serrées, ont lieu dans une grande étendue, et constituent un obstacle insurmontable à la réduction.

Quelquefois, les adhérences existent sous forme de bandelettes ou de brides, qui peuvent entourer une anse intestinale, et y déterminer l'étranglement.

Dans d'autres cas, ainsi que l'ont établi Baudelocque, Arnaud et Callisen, l'épiploon adhérent peut devenir une cause d'étranglement d'une anse intestinale, en offrant à celle-ci une ouverture produite par déchirure.

II. — L'irréductibilité de l'épiploon peut dépendre de l'accroissement de volume déterminé dans cet organe par suite de l'engorgement de ses vaisseaux.

Lorsque l'ouverture qui livre passage à la hernie, sans être assez étroite pour déterminer l'étranglement, l'est cependant assez pour exercer sur l'épiploon un certain degré de pression, le tissu lâche et cellulaire de l'épiploon s'engorge à la longue et se tuméfie. La raison de ce phénomène morbide, c'est que le retour du sang veineux est empêché, ou du moins considérablement gêné dans ce tissu, tandis que le sang y arrive librement par les artères.

Cet état de l'épiploon peut persister pendant bien long-temps, sans qu'il se produise aucun changement manifeste dans la structure de l'épiploon ou dans ses rapports avec les parties voisines. Toutefois, au bout d'un certain temps, soit par suite de la constriction prolongée, exercée sur les parties, soit par suite d'une violence extérieure, la portion d'épiploon comprise dans la hernie, commence à contracter des altérations de texture, devient adhérente; ou bien, il se fait, dans le sac herniaire, un épanchement de sérosité.

III. — La partie de l'épiploon qui passe à travers le collet du sac est fréquemment réduite en un cordon lisse et dur, tandis que la portion qui reste dans le sac demeure susceptible d'être étalée.

C'est là, d'après Pott, l'obstacle le plus fréquent à la réduction de l'épiplocèle.

Le pédicule resserré qui se forme par suite de la pression qu'exerce l'ouverture herniaire, et l'état noueux de l'épiploon renfermé dans le sac, doivent rendre la réduction toujours difficile et souvent impraticable.

IV. — Le retour de l'épiploon déplacé peut être empêché par suite d'un accroissement de volume qui le rend disproportionné au diamètre de l'ouverture à travers laquelle il doit passer.

Bien que l'épiploon puisse rester dans un sac herniaire pendant des mois, et même pendant des années, sans changer de texture ni d'aspect, cependant la position anormale dans laquelle il se trouve, la pression et les contusions auxquelles il est exposé de la part des objets extérieurs, la gêne prolongée de sa circulation veineuse, et, plus encore que tout cela, les retours fréquens d'inflammation auxquels il est exposé, le convertissent peu à peu en une masse dure, épaisse et irrégulière, qui perd tous les caractères que présente l'épiploon dans son état normal.

Observation 346. — J'ai disséqué, il y a quelques années, une épiplocèle inguinale droite, volumineuse, qui, depuis quinze ans, était à

l'état d'irréductibilité. Pendant la vie du sujet, on avait fait sans succès plusieurs tentatives pour faire rentrer la hernie, et l'on attribuait l'impossibilité de la réduction, bien plutôt à des adhérences solides et étendues, qu'au volume de la tumeur.

A l'autopsie, on s'assura qu'aucune adhérence n'existait entre l'épiploon et le sac; mais que le premier était tellement tuméfié et altéré dans sa texture, qu'il ne pouvait être réduit qu'au moyen d'un débridement de près de trois pouces à l'anneau inguinal.

L'induration des parties malades est quelquefois telle, que celles-ci ressemblent au tissu squirreux. L'induration peut être ou n'être pas accompagnée d'adhérences de l'épiploon avec le sac herniaire. En général, l'adhérence suppose dans l'épiploon un état morbide plus grave.

V. — Une autre cause d'irréductibilité consiste dans l'infiltration graisseuse de l'épiploon, sans qu'il y ait aucune autre altération morbide.

Cet état peut survenir, soit d'une manière tout-à-fait indépendante, soit incidemment avec une obésité générale. Quelquefois, le volume de la tumeur est considérable; mais celle-ci est susceptible de variations de volume, soudaines et très-marquées, qu'on n'observe dans aucune autre condition pathologique de l'épiploon. Ces changemens de volume qui se produisent à certains intervalles, ne dépendent point de la sortie et de la rentrée successive de certaines portions de l'épiploon; mais ils tiennent à des causes générales. Tout ce qui détermine un amaigrissement général, provoque en même temps une résorption active de la graisse que renferme la hernie, et amène ainsi, dans le volume de la tumeur, une diminution quelquefois telle, que la réduction devient possible.

Sir A. Cooper est parvenu à réduire une hernie depuis long-temps irréductible, chez un homme qui, par l'effet d'un hydrothorax, était arrivé à un degré très-avancé d'émaciation.

Dans le cas suivant, j'ai observé, à la suite d'une affection fébrile, le même mode de terminaison.

Observation 347. — W. N., âgé de 58 ans, ressentit, le 3 janvier 1829, une vive douleur, qui s'étendait depuis l'aîne gauche jusqu'à l'épigastre, et qui s'accompagna de nausées, de vomissemens et de constipation.

Le 4, la douleur était continue et très-vive; elle s'exaspérait par la pression; elle était concentrée dans le flanc gauche; le seul moyen que le malade eût d'y apporter quelque soulagement, consistait à fléchir les cuisses sur le tronc, afin de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement. On découvrit une tumeur pâteuse, douloureuse au toucher, ayant environ le volume d'un œuf de poule, et qui sortait du canal inguinal gauche, à travers un collet dur et étroit.

Cette tumeur existait depuis près de vingt

ans et déterminait souvent des vomissemens et de vives coliques, surtout lorsque le malade se livrait à de grands mouvemens, ou lorsqu'il était constipé.

La douleur avait habituellement son point de départ dans la tumeur, et, de là, se propageait à l'abdomen.

Cette affection offrait tous les caractères d'une hernie épiploïque. La réduction de la tumeur était probablement empêchée par les adhérences qui s'étaient établies pendant le long espace de temps durant lequel la hernie était restée irréductible. Cependant, comme il était possible que les symptômes d'étranglement dépendissent de la sortie d'une nouvelle portion d'épiploon, dont la réduction aurait pu apporter du soulagement au malade, le taxis fut pratiqué avec ménagement, mais sans résultat.

Le malade fut saigné jusqu'à défaillance; on appliqua des sangsues et on fit des fomentations sur la tumeur et sur l'abdomen; on administra des lavemens de diverses espèces; et ce n'est qu'après trois jours de l'emploi de ces moyens, que survinrent des selles abondantes, et que les symptômes perdirent de leur intensité. A partir de ce moment, la douleur se dissipa graduellement; mais la tumeur ne perdit rien de son volume.

Je revis ce malade dans le commencement du mois de mars 1830. La tumeur avait pris un accroissement considérable. Elle était plus grosse que le poing, pyriforme, et présentait au toucher une consistance molle et pâteuse, mais à des degrés variables dans les différens points. Elle était devenue très-incommode par son volume, par son poids, et par les tiraillemens qu'elle faisait éprouver à l'estomac quand le malade se tenait debout.

J'attribuai l'accroissement de volume de la tumeur à l'excessif embonpoint que cet homme avait contracté. En conséquence, je lui prescrivis un régime très-sévère et l'usage d'un suspensoir.

Le mois suivant, ayant été atteint d'une fièvre qui le retint au lit pendant six semaines, il fut réduit à un état d'amaigrissement extrême. Quand il entra en convalescence, je fus tout surpris de trouver que la tumeur avait tellement perdu de son volume primitif, que je pouvais la réduire assez facilement à l'aide d'une pression modérée, soutenue pendant quelques minutes. A partir de ce moment, le malade porta un bandage qui prévint le retour de la hernie.

Dans les hernies irréductibles d'un volume considérable, qu'elles soient ou intestinales, ou épiploïques, le malade est fréquemment sujet, après un repas copieux, à de violentes attaques de colique, accompagnées de douleur dans la hernie.

Quand la hernie est exclusivement formée par l'épiploon, la douleur se fait sentir immédiatement après le repas; si, au contraire, elle est formée par l'intestin seul, les sensations de malaise se manifestent beaucoup plus tard, et semblent ne survenir qu'au moment où les ma-

tières renfermées dans le canal intestinal traversent la tumeur.

Indépendamment de ces symptômes, l'épiplocèle irréductible est souvent accompagnée d'une sensation de tiraillemens et de pincement à l'estomac, ainsi que de vomissemens répétés. C'est la conséquence de la fixité de l'épiploon, qui transmet à l'estomac les mouvemens qui passent dans l'intestin et dans les muscles abdominaux.

Si ces divers symptômes ont leur plus grande intensité après le repas, cela tient à ce que, pendant la distension des intestins, l'estomac est refoulé en haut vers le diaphragme; et à ce que l'épiploon est plus fortement tiré, et est même rendu convexe de dedans en dehors par la pression des intestins.

Comme l'estomac et le colon finissent par s'accoutumer à la pression qui résulte de la fixité anormale de l'épiploon, on remarque que, quelquefois, les symptômes violens s'amendent peu à peu, et même cessent entièrement.

Toutefois, ce résultat heureux s'est présenté à mon observation moins souvent que ne tendraient à le faire supposer les assertions de Pott, Boyer, Cooper, et des autres auteurs que j'ai consultés.

On ne saurait nier que les viscères membraneux de l'abdomen, étant moins solidement fixés dans leur position que les viscères qui ont une conformation différente, ne jouissent d'une latitude plus grande de mouvement, et ne puissent, par conséquent, éprouver des changemens de position plus complets et plus étendus que ceux-ci.

La mobilité de l'estomac et de cette partie du colon à laquelle se fixe l'épiploon, est cependant limitée, ainsi qu'on le sait très-bien, et ces organes ne peuvent se déplacer, sans que leurs fonctions soient troublées ou même totalement suspendues, et sans qu'il ne survienne de la douleur ou des accidens graves.

Lorsque la distension du ventre est modérée, une épiplocèle irréductible peut cesser complètement de donner lieu à des sensations pénibles. Mais quand l'estomac est rempli, quand il survient de la constipation et que les intestins sont distendus d'une manière inaccoutumée par des gaz ou par des matières fécales, ou bien enfin lorsque les muscles abdominaux se livrent à de trop grands efforts, il survient presque inévitablement des symptômes graves. Les variations continuelles et soudaines de volume que subissent l'abdomen et les organes qu'il renferme, même chez les individus sains, nous expliquent ces retours répétés des paroxysmes douloureux. Lorsque le tiraillement de l'épiploon survient brusquement, ces symptômes sont généralement plus graves que lorsqu'il s'effectue d'une manière lente; mais, même dans ce cas, les symptômes sont quelquefois très-prononcés et très-intenses.

Observation 348. — Une femme, âgée de 28 ans, à qui j'avais donné des soins dans diver-

ses maladies, portait une épiplocèle crurale droite, irréductible et volumineuse. Depuis plusieurs années, elle éprouvait fréquemment des tiraillemens à l'estomac, des vomissemens et de la constipation. Mais ces symptômes étaient légers, en comparaison des attaques violentes, continuelles, et extrêmement pénibles auxquelles elle était sujette depuis qu'elle était devenue grosse. A mesure que l'abdomen acquérait plus de volume, la gravité des symptômes allait en augmentant. Pendant des deux derniers mois de la grossesse, cette femme fut forcée de s'aliter, et n'éprouvait de soulagement que quand elle se couchait sur le côté gauche, le tronc fléchi en avant, les cuisses ramenées contre l'abdomen. La malade ne pouvait s'étendre dans son lit, ni prendre la position verticale, sans qu'il survint à l'instant de la douleur dans l'estomac et des vomissemens.

L'accouchement fut suivi, chez cette femme, d'une amélioration marquée dans son état.

Lorsqu'une épiplocèle inguinale est depuis long-temps irréductible, on trouve quelquefois l'épiploon altéré dans sa texture à un point tel qu'il détermine, par la pression qu'il exerce, une irritation du cordon spermatique et un état morbide du testicule avec ou sans épanchement dans la tunique vaginale.

Dans le cas suivant, cette complication existait, et faillit devenir fatale, par suite d'une tentative qui fut faite pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle.

Observation 349. — J. A., cordonnier, âgé de 53 ans, portait, depuis neuf années, une hernie inguinale droite, petite et irréductible. Durant cet espace de temps, la hernie avait déterminé divers accidens, tels que des douleurs qui se faisaient sentir à la tumeur, des coliques, de la constipation, et, parfois, une sensation douloureuse dans le testicule. Celle-ci, dans la dernière année, acquit graduellement de l'intensité, et se propagea jusque dans les reins. Le testicule devint engorgé et douloureux au toucher. L'usage d'un suspensoir amena quelque soulagement, mais n'arrêta pas le progrès de l'engorgement.

Le 28 décembre 1821, époque à laquelle il réclama mes conseils pour la première fois, le scrotum offrait un volume égal à celui des deux poings. Il présentait la figure pyriforme, la tension, l'élasticité et la transparence d'une hydrocèle. Le canal inguinal était fortement distendu par une substance ferme, semblant former le collet d'une tumeur qu'on pouvait reconnaître à la vue aussi bien qu'au toucher, et qui était distincte de la tuméfaction générale du scrotum. Cette tumeur qui passait au devant du cordon auquel elle semblait être adhérente, était plus volumineuse qu'un œuf d'oie et avait une forme ovoïde. Elle offrait quelques inégalités à sa surface, avait une texture très-ferme, et était douloureuse à la pression.

Je fis une ponction au scrotum; et, après

l'évacuation du liquide, je reconnus que le testicule présentait un volume plus que double de celui qui est naturel; qu'il était excessivement douloureux au toucher; et que l'épididyme ainsi que le cordon spermatique étaient engorgés. Comme le malade était fortement incommodé par le volume de la tumeur, il désirait qu'on employât des moyens propres à en prévenir la réapparition. Mais l'engorgement et l'état douloureux du testicule, ainsi que l'existence d'une hernie épiploïque douloureuse, située du même côté, s'opposaient formellement à ce qu'on tentât la cure de l'hydrocèle par l'injection. Cet état maladif du cordon et du testicule, qui avait déterminé l'épanchement, paraissait être la conséquence de la pression prolongée qu'exerçait l'épiploon déplacé et malade.

Toutefois, comme cette hernie ne produisait pas de symptômes très-graves, je crus que la prudence conseillait de l'abandonner à elle-même, et je me bornai à prescrire les applications locales que l'on pouvait croire propres à ramener le testicule dans son état naturel, et à prévenir une nouvelle accumulation de liquide dans la tunique vaginale.

Mes conseils ne furent pas suivis par le malade, et je n'en entendis plus parler pendant trois mois. Au bout de ce temps, il me fit appeler.

J'appris alors que, quatre jours auparavant, dans le désir de se débarrasser de son hydrocèle qui avait repris son premier volume, il avait engagé un chirurgien à lui faire, dans la tunique vaginale, une injection de vin et d'eau, après une ponction au scrotum. Une douleur aiguë dans les testicules et dans les reins fut la conséquence immédiate de cette injection, qui ne put être gardée plus de deux minutes, tant la douleur devint violente. Le liquide fut donc évacué promptement, et sans doute, complètement. Bien que la douleur vive du scrotum eût duré plusieurs heures, il ne survint qu'une tuméfaction très-légère, et une rougeur peu intense au pourtour de la ponction.

Le jour suivant, le malade fut pris d'un frisson violent, suivi de réaction fébrile. Il éprouva une douleur sourde dans la tumeur herniaire, et eut quelques nausées. On chercha, mais sans succès, à déterminer quelques évacuations alvines. La douleur se propagea graduellement dans l'abdomen, qui devint de plus en plus douloureux à la pression, et qui se ballonna un peu.

Lorsque je visitai le malade, le troisième jour après l'injection, les symptômes de l'inflammation abdominale étaient très-bien caractérisés. Le malade vomissait incessamment; le pouls était petit et filiforme; le visage était anxieux. La hernie était un peu plus volumineuse qu'à l'époque où je l'avais vue pour la première fois, mais ne présentait, sous les autres rapports, aucun autre changement, si ce n'est qu'elle était excessivement douloureuse à la pression. La gravité des symptômes s'était con-

stérablement accrue à partir du moment où le ballonnement du ventre avait commencé.

Dès le début des accidents, le traitement antiphlogistique ordinaire avait été dirigé judicieusement et avec vigueur par le chirurgien qui soignait le malade; mais il était resté sans effet. Et, comme la vie du malade paraissait dans un danger imminent, je proposai de recourir immédiatement à l'opération, pour les raisons suivantes :

La tumeur était tendue et faisait éprouver des douleurs vives; et, bien qu'elle ne fût pas dans un état d'étranglement actif, encore était-il manifeste qu'une compression nuisible était exercée à un degré assez considérable sur le collet de la hernie, par le pourtour de l'anneau inguinal.

Il était probable qu'avant l'époque où l'inflammation était survenue, le canal inguinal se trouvait comblé en totalité par l'épiploon qui y avait contracté des adhérences, et qui se trouvait trop volumineux, eu égard à l'expansibilité de l'ouverture inguinale, lorsqu'il eut acquis l'accroissement de volume qui survient inévitablement par suite de l'inflammation.

Il résultait donc de là une constriction qui devait ajouter aux souffrances et aux dangers du malade, et qui ne pouvait être détruite que par l'opération.

Celle-ci ne pouvait-elle pas aussi, en faisant cesser la compression exercée par les fascia et le sac, aussi bien qu'en dilatant l'anneau inguinal, soustraire l'épiploon enflammé à une autre cause de douleur et de danger, et le placer dans une condition plus favorable pour le traitement consécutif, ainsi qu'on l'observe dans les inflammations profondes et dans celles qui sont situées sous les aponeuroses?

En outre, il était évident que l'épiploon éprouvait, à l'intérieur de l'abdomen, un tiraillement considérable. C'est probablement à l'inflammation de ce repli membraneux, et à la distension qu'il éprouvait par suite de la tympanite, qu'étaient dus les vomissements continus et les vives douleurs qui se reproduisaient par intervalles.

On pouvait espérer d'obtenir, sinon la cessation complète, du moins une amélioration marquée de ces symptômes, si l'on parvenait à dégager l'épiploon et à le mettre dans une condition qui lui permit de reprendre sa situation naturelle, et de se mouvoir sans obstacle au dedans de l'abdomen.

D'un autre côté, l'inflammation de l'épiploon devait être attribuée à l'injection stimulante qui avait été faite dans l'intention de déterminer la cure de l'hydrocèle, et cette inflammation avait passé de l'intérieur de la tumeur dans la cavité abdominale. Sous ce rapport, le cas différait assurément beaucoup des cas ordinaires d'épiplocèle étranglée, dans lesquels l'étranglement est déterminé par la brusque sortie de l'épiploon. Il offrait, par conséquent, des chances beaucoup moins favorables pour l'opération. Cependant, la position critique du malade et l'insuccès des moyens

antiphlogistiques me déterminèrent à conseiller l'opération, qui offrait quelques faibles chances de succès et qui du moins n'aggraverait pas l'état du malade.

En conséquence, je pratiquai l'opération, soixante-dix heures environ après le début des symptômes inflammatoires. Elle fut faite en présence du chirurgien qui voyait ce malade, et de plusieurs de mes élèves.

Le sac herniaire présentait environ une demi-once de sérosité verdâtre. L'épiploon était d'un rouge tirant sur le noir, offrait une figure pyriforme, et un tissu serré; il était recouvert par de petits appendices graisseux, et ne pouvait plus être étalé comme dans son état naturel. Il adhérait intimement à la face postérieure du sac, et le collet de la tumeur était évidemment soumis à une forte constriction de la part de l'anneau inguinal. Je détruisis ces adhérences, en partie avec le doigt, en partie avec le bistouri, et, après m'être assuré que la tumeur n'était constituée que par l'épiploon, je fis la section de son pédicule. L'hémorrhagie fut arrêtée promptement par des lotions d'eau froide. Je m'occupai alors de la dilatation de l'anneau, et je cherchai à m'assurer s'il était possible de détruire le reste des adhérences, et de replacer l'épiploon dans l'abdomen. Ayant introduit une sonde entre l'épiploon et l'anneau, je divisai celui-ci directement en haut. Ensuite, je détruisis, à l'aide d'une sonde, les adhérences qui restaient encore, et je replaçai très-facilement l'épiploon dans l'abdomen, en le refoulant avec le doigt.

Plusieurs vomissements eurent lieu pendant l'opération; mais, après celle-ci, il n'en survint qu'un seul. Au bout de quatre heures, le malade éprouva un grand soulagement, à la suite d'une saignée abondante, et il ne tarda pas à avoir plusieurs selles copieuses et fétides qui suivirent l'administration de pilules de coloquinte composées et d'un lavement. A partir de ce moment, tous les symptômes alarmans se dissipèrent; et, si l'on en excepte une abondante suppuration qui s'empara du sac, aucun accident ne vint entraver la guérison.

Au bout de cinq semaines, le malade put supporter la pression d'un bandage, qu'il porte encore actuellement. Quand je le vis, il y a quelques jours, sa santé était excellente. Il me raconta que, depuis l'opération, il n'avait jamais éprouvé ces violentes coliques et ces tiraillemens douloureux de l'estomac qui l'avaient tant tourmenté auparavant.

Dans les cas où une hernie épiploïque irréductible est compliquée d'hydrocèle, les moyens employés pour la cure radicale de cette maladie, ne peuvent pas toujours être employés avec sécurité. L'analogie de structure et la contiguïté des parties affectées, sont telles que l'inflammation provoquée, soit par l'injection, soit par tout autre procédé employé dans le but d'obtenir l'adhérence des parois de la tunique vaginale, peut facilement

se propager à l'épiploon ou au sac qui le renferme et donner lieu à des symptômes alarmans.

Il faut d'ailleurs avant de proposer l'opération, ne pas perdre de vue qu'une collection anormale de liquide peut se former dans le sac herniaire lui-même, qui alors présente tous les caractères de l'hydrocèle. La possibilité de cette circonstance doit inspirer une grande prudence dans le diagnostic.

Quand l'épiploon a contracté avec le sac des adhérences étendues, et lorsqu'il n'est ni enflammé ni irrité, il est rare qu'il s'y forme une collection abondante. Cependant quelquefois sa distension arrive à un degré tel, qu'elle devient pour le malade une nouvelle source de souffrances. Dans des cas semblables, Pott a été obligé de pratiquer à plusieurs reprises la ponction du sac pour faire cesser la gêne qu'entraînaient les poids et l'accroissement de volume du scrotum. Quelquefois, il survenait de la gangrène, quand on ne recourait pas à ce moyen.

Il est donc d'une grande importance, sous le point de vue pratique, de bien distinguer une hydrocèle compliquée d'épiplocèle irréductible, d'une collection de liquide à l'intérieur du sac herniaire. Dans le premier cas, le liquide s'accumule graduellement dans la partie la plus déclive du scrotum, se propage de bas en haut, et laisse, ainsi que dans le cas précédent, une trace de séparation plus ou moins marquée entre les deux tumeurs. Mais, lorsque la collection de sérosité se forme à l'intérieur du sac herniaire, la tuméfaction commence au-dessous de l'anneau inguinal, et s'accroît de haut en bas, à moins que la hernie ne soit scrotale, auquel cas le point de départ et la marche de la tumeur sont les mêmes que dans le cas d'hydrocèle; et même alors, on doit s'attendre à trouver la tumeur formée par le liquide plus volumineuse, plus rapprochée de l'aîne et entourant l'épiploon d'une manière plus complète.

L'opportunité de l'opération, dans le cas précédent, peut paraître douteuse à plusieurs chirurgiens. On a dit que, quand les symptômes locaux de l'épiplocèle étranglée sont très-intenses, et qu'ils semblent se rapporter plutôt à un état inflammatoire qu'à l'étranglement lui-même, alors l'opération est ordinairement inutile et souvent dangereuse (1). Mais il a été démontré que, même dans ces circonstances, l'opération peut, non seulement être nécessaire, mais encore être couronnée d'un grand succès; et que l'exposition momentanée à l'air d'une portion d'épiploon enflammée n'est pas aussi dangereuse que l'ont avancé plusieurs chirurgiens. Assurément, dans les cas où l'épiploon a fait hernie d'une

manière soudaine, et est étranglé par la pression immédiate de l'ouverture à travers laquelle il passe, l'opération aura plus de chances de succès. Mais, alors même que la hernie dure depuis long-temps, et qu'elle est irréductible, l'excès de volume qu'elle acquiert par suite de l'inflammation ou de l'engorgement, peut déterminer une distension immodérée de l'ouverture herniaire, et devenir le siège d'une constriction tellement grave et tellement douloureuse, que l'opération devient nécessaire. Dans ce dernier cas, les symptômes ont une marche ordinairement moins rapide. Mais, dès que la tuméfaction de l'épiploon a acquis son plus haut degré, la pression exercée par l'anneau peut être aussi considérable, et l'étranglement peut être aussi complet que lorsqu'il est directement produit par l'issue d'une portion d'épiploon ayant un volume trop considérable pour pouvoir tenir dans l'ouverture.

Indépendamment du soulagement immédiat que j'attendais de l'opération, dans le cas que j'ai rapporté, j'avais aussi en vue, si l'état des parties l'eût permis, de détacher l'épiploon du sac et du canal inguinal, et de le faire rentrer dans l'abdomen. Cette pratique fut suivie de succès, et le malade fut complètement délivré du retour des vomissements pénibles et des douleurs spasmodiques de l'abdomen, auxquels il avait été sujet jusque-là.

Bien qu'on ne soit pas obligé de suivre cette pratique pour soustraire le malade au danger actuel qui le menace, on lui aura ainsi préparé pour l'avenir une grande amélioration; et l'on doit suivre cet exemple, toutes les fois que cela est praticable.

Je sais que plusieurs chirurgiens, et entre autres Hey (2), Scarpa (3), Boyer (4), Richerand (5), donnent le conseil de ne pas détruire les adhérences que le collet de la hernie épiploïque peut avoir contractées avec les parties voisines, principalement dans les cas où la maladie dure depuis long-temps, mais qu'ils recommandent de faire l'excision de la partie d'épiploon qui déborde l'ouverture herniaire, et de laisser le reste dans la plaie.

Parmi ces auteurs, quelques uns paraissent avoir été dominés par la crainte qu'il ne survint dans l'abdomen une hémorrhagie provenant de la section faite à l'épiploon; tandis que les autres établissent qu'en pareil cas, l'ouverture herniaire se trouve assez exactement tamponnée, pour que le retour de la hernie soit prévenu, et pour qu'il se forme une cicatrice solide.

Sir A. Cooper dit même, dans son excellent ouvrage sur les hernies, que la rentrée de l'épiploon dans l'abdomen, quand on le divise dans le sac, s'effectue de manière à former un tam-

(1) Key, *Lectures on omental hernia*, t. 4, p. 105.

(2) *Practical observations in surgery*.

(3) *Traité des hernies*.

(4) *Traité des maladies chirurgicales*, t. 8.

(5) *Nosographie chirurgicale*, t. 3, troisième édition, Paris, 1812.