

pon qui détermine l'occlusion de l'ouverture.

En permettant à l'épiploon divisé de rester adhérent au collet du sac, on peut, il est vrai, obtenir une occlusion temporaire de l'ouverture qui livre passage à la hernie, et l'on peut prévenir, du moins pendant un temps, la descente subite d'une portion d'épiploon ou d'intestin. Mais, d'un autre côté, indépendamment des dangers que peuvent entraîner, ou des adhérences qui s'établiraient entre l'intestin et cette portion de l'épiploon ainsi fixée, ou un entortillement de ces deux parties, on court encore le risque de voir se former une seconde hernie à travers la même ouverture.

Lorsque les muscles abdominaux entrent dans une contraction très-énergique, l'épiploon devient comme une sorte de plan incliné le long duquel glissent les intestins, et qui dirige l'effort beaucoup plus puissamment sur l'ancienne ouverture que sur toute autre partie des parois abdominales, ce qui augmente beaucoup les chances de la formation d'une seconde hernie (1).

Les fâcheux effets qu'exerce sur l'estomac (dans neuf cas sur dix), l'adhérence que l'épiploon contracte d'une manière permanente avec les ouvertures herniaires des parties inférieures de l'abdomen, doivent aussi être pris en considération. Quelquefois, ce n'est que par intervalles que les fonctions de l'estomac sont troublées. Mais, dans d'autres cas, ce viscère étant attiré hors de sa position naturelle, même jusqu'au dessous de la partie moyenne de l'abdomen, les digestions se détruisent, les symptômes les plus douloureux se manifestent, et la santé générale finit par s'altérer.

A l'appui des propositions qui viennent d'être avancées, je choisis, parmi plusieurs autres, les observations suivantes :

*Observation 350.* — Guérin (2) a vu à l'hôpital de la Charité, un homme à qui on avait pratiqué l'opération pour une hernie étranglée, et chez lequel, après avoir enlevé une portion d'épiploon sphacelé, on avait laissé la portion saine de l'épiploon dans la plaie. Celle-ci fut cicatrisée au bout de six semaines; mais le malade continua à vomir après chaque repas. Les choses allèrent à un point tel, qu'il fut enfin réduit à manger dans son lit, les jambes fléchies sur l'abdomen, afin de mettre l'épiploon dans le relâchement, et de faire cesser les tiraillemens que cette membrane exerçait sur l'estomac.

*Observation 351.* — De La Faye (3), a ouvert, en 1740, le corps d'une femme qui, plusieurs années auparavant, avait été opérée d'une hernie. Depuis cette époque, les fonctions de l'estomac s'étaient dérangées, et la malade avait

cessé de jouir d'une bonne santé. L'épiploon adhérait à l'anneau inguinal, l'estomac était tirailé de manière à présenter une direction presque verticale. Cet organe avait en outre perdu sa forme naturelle, et ressemblait à une portion du gros intestin.

Vésale rapporte, dans son ouvrage d'anatomie, l'exemple d'un déplacement considérable de l'estomac, déterminé par une épiplocèle irréductible, du poids de quatre à cinq livres.

*Observation 352.* — Le docteur Robert Lowes, d'Edinburgh (4), rencontra, en 1722, un cas à peu près semblable. Le malade, âgé de 63 ans, portait depuis sa jeunesse une épiplocèle irréductible qui avait déterminé divers symptômes assez intenses. A la dissection, on trouva la plus grande partie de l'épiploon située dans le côté gauche du scrotum et adhérent au testicule. L'estomac avait perdu de son volume, était rempli par des gaz et avait subi un déplacement considérable. Le pylore s'était abaissé obliquement jusqu'au niveau de l'ombilic, et l'œsophage s'unissait à l'estomac sous un angle aigu.

La nécessité de réduire l'épiploon dans l'abdomen, toutes les fois que cela est possible, pratique qui a l'avantage de lui rendre la position dans laquelle il conserve ses rapports naturels avec l'estomac et le colon, me semble suffisamment évidente. Je ne partage donc pas l'opinion des auteurs qui regardent l'adhérence de l'épiploon au sac herniaire comme n'ayant que peu d'inconvéniens, et qui pensent que, malgré le trouble apporté dans les fonctions de l'estomac et du colon, ces organes s'habituent bientôt à la gêne qu'ils éprouvent, et cessent d'en ressentir l'influence.

En effet, dans bien des cas, loin qu'il en soit ainsi, les symptômes, au lieu de diminuer, deviennent de plus en plus graves, et finissent par épuiser le malade.

Il arrive quelquefois encore, que les altérations de texture auxquelles est exposé l'épiploon à l'état d'irréductibilité, ne se bornent pas à la tumeur, mais se propagent jusque dans l'abdomen. La portion d'épiploon renfermée dans cette cavité peut, par l'effet de cette cause aussi bien que par les tiraillemens, la pression et l'irritation auxquels elle est exposée, contracter des altérations étendues et auxquelles il est impossible de porter remède.

*Observation 353.* — J'ai vu deux cas dans l'un desquels je n'ai examiné que la pièce anatomique, et qui tous deux présentaient une altération de l'épiploon, existant à la fois dans la portion de cette membrane contenue au dedans de l'abdomen, et dans celle qui était renfermée, à l'état d'irréductibilité, dans la hernie. L'épiploon avait perdu tous les caractères de

sa structure normale; il était devenu excessivement tuméfié, dur et noueux, altérations qui avaient amené la mort en provoquant la formation d'une ascite.

Dans l'observation suivante, qui a pour objet une épiplocèle irréductible, les adhérences de l'épiploon furent détruites, et les symptômes fâcheux se dissipèrent, bien que les parties ne fussent point dans un état propre à faire espérer un heureux résultat.

*Observation 354.* — Un journalier de la campagne, âgé de 57 ans, d'une constitution faible, vint me trouver de la part d'un chirurgien du voisinage pour une hernie scrotale irréductible du côté droit. La tumeur avait à peu près le volume du poing; elle était pyriforme et irrégulière. Elle avait paru, pour la première fois, douze ans auparavant, à la suite d'un exercice forcé. Dans les trois années qui suivirent, elle continua de descendre de temps à autre, mais elle était facile à réduire. A partir de cette époque, son volume s'accrut, elle devint irréductible, et, depuis environ six années, elle conservait le volume que je lui trouvai au moment où j'examinai le malade. Celui-ci, surtout après le repas, ou lorsque l'abdomen éprouvait une forte distension, était sujet à des tiraillemens d'estomac, à des vomissemens et à de la constipation. Les symptômes disparaissaient momentanément quand il se couchait sur le côté gauche, le corps plié en avant et les cuisses fléchies sur l'abdomen. D'autres fois, ils continuaient sans relâche pendant quelques heures, et ne cessaient qu'après qu'on avait provoqué d'abondantes évacuations alvines.

Je prescrivis l'usage d'un suspensoir, qui fut porté pendant deux mois et produisit du soulagement. A cette époque, et par suite d'un effort fait en soulevant un fardeau, le collet de la tumeur se tuméfié soudainement, acquit un accroissement soudain de volume, qui fut suivi de douleur dans la partie et dans l'abdomen, de nausées et de vomissemens.

Les symptômes allèrent en s'aggravant; le pouls devint rapide et petit, le visage anxieux; il survint de la soif, du hoquet et de la constipation. Les émissions sanguines, le bain chaud, les purgatifs, le lavement de tabac, furent employés sans succès, et, trente heures environ après le début de l'attaque, je fus rappelé auprès du malade par son chirurgien.

Telle était l'évidence et l'intensité des symptômes de l'étranglement, que je n'hésitai pas, après une tentative modérée de taxis, à conseiller l'opération. Le malade refusa de s'y soumettre; nous fûmes donc obligés de nous borner à l'application de la glace sur la tumeur.

Malgré l'exploration la plus attentive du collet de la hernie, au niveau duquel était limitée la tuméfaction nouvelle, il fut impossible de distinguer si la partie nouvellement déplacée, et de laquelle dépendait l'étranglement, était une anse intestinale ou une portion de l'épiploon. La gravité et la persistance des

symptômes firent penser que c'était une anse intestinale. Dans l'un des cas comme dans l'autre, l'application du froid ne pouvait avoir que des résultats avantageux.

Moins d'une demi-heure après l'application de la vessie pleine de glace, le malade éprouva un grand soulagement, et, au bout d'une heure, le ventre et la tumeur étaient beaucoup moins tendus et douloureux, les vomissemens avaient cessé, le pouls était devenu plus lent. On convint de continuer l'emploi du froid pendant quelque temps encore, tandis qu'on essaierait de provoquer des évacuations alvines au moyen des pilules de coloquinte composées et des lavemens.

Malheureusement, le chirurgien ordinaire ne put revoir son malade qu'au bout de douze heures, et pendant tout ce temps on laissa la glace appliquée sans interruption. Au bout de ce temps, le malade se trouvait tout-à-fait bien; la douleur de la tumeur et celle de l'abdomen avaient complètement disparu; il y avait eu plusieurs selles abondantes; la peau qui recouvrait la tumeur était froide, dure, d'un gris cendré, tandis que celle qui était située dans le voisinage était jaunâtre et ecchymosée. Quand on eut cessé l'emploi de la glace, on recourut très-imprudemment à des applications chaudes, qui, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, hâtèrent ou même déterminèrent directement la gangrène de la portion de peau altérée dans sa couleur. L'escharre se sépara le neuvième jour, laissant le sac herniaire, le testicule et le cordon largement dénudés.

Lorsque je revis le malade, trois jours après l'élimination de l'escharre, je trouvai toute cette surface dans un état de suppuration abondante. La hernie, qui avait à-peu-près le volume d'un gros citron, paraissait enveloppée de tous côtés par son sac, et se trouvait complètement isolée des parties environnantes, suspendue à travers l'anneau inguinal par un pédicule ayant à-peu-près la grosseur du doigt. M'étant assuré que ce pédicule ne renfermait pas l'intestin, je le coupai au niveau de l'anneau. Cette section ne causa que peu de douleur, et ne fut suivie que de l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Je désirais vivement faire plus pour le malade, en remplaçant, s'il était possible, l'épiploon au-dedans de l'abdomen. Les parties se prêtaient si bien à l'examen, qu'il m'était très-facile d'explorer l'état de l'anneau. Les adhérences y étaient assez intimes; mais elles étaient devenues si molles par suite de la suppuration, que je n'eus aucune peine à les détruire avec une sonde, et à repousser avec le doigt l'épiploon dans l'abdomen. Le tissu de cette membrane avait perdu beaucoup de sa consistance normale, et j'eus quelque crainte de l'avoir blessé en le refoulant, quoique doucement, avec le bout du doigt; mais si cette lésion fut réellement produite, il n'en résulta du moins rien de fâcheux.

Il se passa plusieurs semaines avant que la plaie ne fût cicatrisée. La santé générale du

(1) Dans les cas de hernie épiploïque existant depuis plusieurs années, il n'est pas rare de voir une anse intestinale descendre dans le sac de l'épiplocèle et y être prise d'étranglement.

(2) Mémoires de l'acad. roy. de chir., t. 3, p. 406.

(3) Mémoires de l'acad. roy. de chir., t. 3, p. 406.

(4) Medical essays and observations, t. 1, p. 231, 3<sup>e</sup> édition.

malade souffrit beaucoup de l'alitement forcé. Le retour de la maladie a été constamment prévenu par l'emploi d'un bandage, et maintenant cet homme jouit d'une santé et d'un bien-être qui, depuis plusieurs années, lui étaient inconnus.

De tous les moyens employés à l'extérieur, je n'en connais aucun qui favorise autant la réduction que l'application du froid au moyen de la glace, de la neige ou des lotions évaporantes.

Si l'épiploon est engorgé ou enflammé, le froid produit le resserrement des vaisseaux, et diminue par conséquent la disproportion qui existe entre la masse herniaire tuméfiée et l'ouverture qui lui a livré passage.

Sir Astley Cooper a réussi, au moyen de la glace appliquée pendant quatre jours, à réduire une hernie épiploïque inguinale qui était descendue depuis quinze jours. Le même succès a couronné l'emploi du même moyen, entre les mains de plusieurs autres chirurgiens.

Quelquefois cependant on prolonge outre mesure cette application, et on détermine ainsi la gangrène. Celle-ci est presque toujours limitée aux tégumens, au moins n'ai-je jamais vu un cas dans lequel les parties contenues dans le sac eussent participé à la désorganisation.

Chez les sujets sains et robustes, l'application de la glace peut être continuée impunément pendant plusieurs jours. Mais lorsque le malade est vieux et débilité, une application de glace pendant quelques heures peut suffire pour amener la mortification des tissus; le chirurgien doit donc en suivre avec attention les effets.

On a, de nos jours, abandonné avec raison l'ancienne pratique, qui consistait à entourer l'épiploon d'une ligature avant de le replacer dans l'abdomen; mais il est toujours de précepte de porter, sur chacun des vaisseaux qui donnent du sang, une ligature très-fine.

Sharp et Pott réduisaient souvent l'épiploon excisé sans appliquer de ligature, et jamais il ne survint d'hémorrhagie fâcheuse. Quand la portion excisée qui forme la hernie, est peu volumineuse et n'a point subi d'altération notable dans sa structure, on a rarement à craindre une hémorrhagie. Mais quand son volume est considérablement augmenté et qu'elle a subi des altérations très-prononcées, les vaisseaux éprouvent un accroissement de volume proportionnel, et peuvent réclamer l'application d'une ligature.

J'ai vu un cas d'entéro-épiplocèle où l'excision d'une portion d'épiploon malade fut suivie d'une hémorrhagie abondante. Hey (1) a observé deux cas dans lesquels l'épiploon fut replacé dans l'abdomen, sans qu'on eût lié préalablement les vaisseaux qui donnaient du sang, et où il survint une hémorrhagie qui faillit causer la mort des malades.

Quelquefois, bien que rarement, il s'établit une suppuration dans le sac d'une hernie épiploïque.

irréductible. Le Dran cite un cas dans lequel le pus pénétra dans l'abdomen, fusa le long de l'épiploon jusqu'à l'estomac, et déterminait la mort. Dans le cas suivant, l'altération était plus limitée, et la terminaison fut plus heureuse.

*Observation 355.* — Le 13 juin 1828, je fus appelé auprès de J. J., ouvrier, âgé de 56 ans. Il était alité depuis trois semaines pour une tumeur volumineuse, pyriforme et douloureuse, qui occupait l'aîne gauche; cette tumeur s'étendait depuis environ un demi-pouce au-dessus de l'anneau inguinal, jusqu'à la base du scrotum; à sa partie supérieure, elle était presque aussi grosse que le poignet; le collet de la tumeur, qui était douloureux à la pression, et où l'on sentait un choc manifeste quand le malade toussait, était irrégulier et pâteux au toucher; il en était de même à la partie postérieure de la tumeur, qui était tendue et renitente; la peau était très-épaisse, mais non enflammée; la pression déterminait une légère douleur à un ponce ou deux au-dessus du canal inguinal du côté gauche. Le malade éprouvait de temps en temps des coliques, mais son ventre n'était ni tuméfié, ni tendu; pouls à peu près à 100; langue chargée; nausées fréquentes, sans vomissemens.

J'appris que cet homme portait depuis plusieurs années une hernie réductible du côté gauche; que depuis environ deux ans, une petite portion de cette hernie ne pouvait plus être réduite; mais qu'elle ne le gênait point, et ne l'empêchait point de porter un bandage.

Environ sept semaines avant l'époque où je le vis, une portion considérable était descendue tout-à-coup, et était devenue promptement douloureuse, à la suite d'une contusion; c'est là du moins ce que supposait le malade. Il continua encore ses travaux pendant quatre semaines, mais alors le gonflement et la douleur devinrent tels, qu'il fut obligé d'y renoncer. Pendant les dix premiers jours de son alitement, la douleur, dont la tumeur était le siège, resta modérée; les intestins ne furent évacués qu'avec peine au moyen des purgatifs, et il survint de fréquentes coliques et une sensation douloureuse de tiraillement à l'estomac. Huit jours avant ma visite, un chirurgien fit des tentatives répétées pour réduire la tumeur, et, n'ayant pu y parvenir, prescrivit des purgatifs, des sangsues et des fomentations.

Les détails qu'on vient de lire, et les caractères que présentait la tumeur, me convinrent que c'était une hernie épiploïque, probablement avec accumulation considérable de liquide dans le sac. Je ne pensais pas qu'il fut possible qu'une anse intestinale y fût comprise, car, à raison de la dureté de la tumeur, il me semblait impossible que les matières contenues dans le canal intestinal eussent pu la traverser. La tumeur était évidemment dans un état inflammatoire; mais comme l'inflamma-

tion ne s'était que peu étendue à l'abdomen, si même elle l'avait fait, et que les symptômes étaient peu graves, je ne regardai pas l'opération comme nécessaire. En conséquence, je mis le malade au régime antiphlogistique: je prescrivis des sangsues sur la tumeur, des lotions évaporantes, des purgatifs, et, suivant l'état dans lequel serait le malade, une potion anodine.

Les symptômes restèrent à-peu-près les mêmes jusqu'à la soirée du 15, époque à laquelle ils commencèrent à s'exaspérer.

Dans l'après-midi du 16, le malade accusa une vive douleur qui s'étendait depuis la tumeur jusqu'à l'ombilic et jusque dans la région du sac. Cette douleur était augmentée par la pression, par la toux et par les inspirations profondes. Pendant la nuit, il y avait eu des vomissemens fréquents; le malade était tourmenté par un hoquet pénible; le visage était anxieux; la langue était sèche et recouverte d'un enduit épais; le pouls donnait 116 pulsations; la tumeur n'avait pas changé de forme, mais elle était plus volumineuse, plus tendue, et offrait une fluctuation plus manifeste que le 13.

Je fis sentir au malade la nécessité d'une opération, et il s'y décida.

Je la pratiquai à trois heures après midi, en présence de M. Weir et de M. Sterling. Je fis une incision de deux pouces et demi sur le collet de la tumeur; après avoir divisé la peau, le fascia et le muscle crémaster, je trouvai encore une enveloppe épaisse et résistante, qui fut soulevée sur la sonde cannelée, et divisée en cinq ou six couches successives avant que le sac ne fût ouvert. Au lieu de la sérosité qu'on s'attendait à trouver, il s'écoula environ huit onces d'un pus épais. La face postérieure du sac était recouverte dans toute son étendue par une masse dure et irrégulière, que l'on pouvait suivre depuis la partie la plus déclive de la tumeur jusque dans l'abdomen. Ce corps avait l'aspect ratatiné et anfractueux que présente souvent l'épiploon malade, et je n'hésitai point à le considérer comme une portion altérée de cette membrane. Il y avait, en outre, plusieurs brides, en apparence de nouvelle formation, qui s'étendaient d'un côté du sac à l'autre au-devant de l'épiploon, et qui se déchiraient facilement. Une de ces brides était placée sur l'anneau inguinal, qu'elle oblitérait; sa présence expliquait comment le liquide n'avait point pénétré dans l'abdomen pendant les manœuvres du taxis. Cette bride céda sans difficulté sous la pression du doigt, qui ensuite fut introduit facilement dans l'abdomen à travers le canal inguinal. Ce canal étant libre, il était évident que l'inflammation, et non l'étranglement, était la cause de tous les symptômes qu'on avait observés.

Le malade ayant eu des vomissemens violens pendant l'opération, et étant épuisé, froid, mourant, presque sans pouls, et les adhérences de l'épiploon avec l'anneau, le sac et le testicule étant intimes et étendues, je me

décidai à ne point enlever les parties malades. La moitié supérieure de la plaie fut fermée au moyen de points de suture et de bandelettes agglutinatives; mais sa partie inférieure fut laissée ouverte pour l'écoulement du pus.

En peu de jours, tous les symptômes fâcheux disparurent. Le malade ne se plaignait que de la suppuration abondante de la plaie et de quelques coliques, qui se manifestaient surtout lorsqu'il avait pris un purgatif.

Au bout de trois semaines, la portion d'épiploon qui occupait la partie inférieure du sac était en grande partie détachée, elle était vermeille, recouverte de bourgeons charnus, et s'avancait entre les bords de la plaie. J'en pratiquai l'excision avec un bistouri, mais je ne pus enlever le reste de l'épiploon déplacé. La plaie se cicatrisa, et vers la fin du mois de juillet, le malade put marcher.

Pendant les deux mois qui suivirent, il fut souvent retenu au lit par des douleurs spasmodiques de l'abdomen et par des vomissemens; mais depuis ce moment je l'ai perdu de vue, et je n'ai pu savoir si ces symptômes ont cessé de le tourmenter.

Si, dans le cas qu'on vient de lire, l'opération n'eût pas été pratiquée, la mort aurait pu à la longue être le résultat de l'épanchement du pus dans la cavité abdominale, car son élimination au-dehors aurait été empêchée par l'épaississement et la résistance anormale de la peau qui recouvrait la tumeur.

Ce fait démontre aussi qu'une portion considérable de l'épiploon peut rester à nu impunément, pendant plusieurs semaines, dans une plaie ouverte et en suppuration.

Toutefois, il ne faut pas oublier que, bien qu'on puisse librement diviser les adhérences qui se sont établies entre l'épiploon et le sac, et exciser toutes les portions de cette membrane qui paraissent altérées, cependant, chez les sujets qui ont une mauvaise constitution, une lésion peu considérable de l'épiploon peut déterminer la mort.

*Observation 356.* — En mai 1827, je fus appelé par un chirurgien près d'une femme à qui, trois jours auparavant, on avait pratiqué la ponction à l'ombilic pour une ascite. Elle avait eu pendant plusieurs années, dans cette région, une petite hernie réductible, de forme sphérique. Comme les tégumens étaient minces, et que la tumeur était transparente lorsqu'on la regardait au devant d'une bougie, on se décida à évacuer le liquide de l'abdomen au moyen d'une ponction pratiquée dans le sac. Cette opération fut faite avec facilité et sans douleur pour la malade, et un bandage fut soigneusement appliqué. La santé de cette femme était altérée depuis plusieurs mois; elle était très-élançée, avait un aspect cachectique, et était atteinte d'un engorgement tuberculeux du foie.

Huit heures après l'opération, elle commença à éprouver des nausées, du malaise à la région épigastrique, et une tendance à la syn-

(1) Practical observations in Surgery, p. 183.

cope. Au bout de quelques heures, les vomissemens commencèrent et continuèrent presque sans interruption. Malgré l'emploi des purgatifs et des lavemens, il n'y eut qu'une selle, et encore était-elle peu abondante. Le poulx était petit, faible et à peine sensible; les extrémités étaient froides et la soif était vive.

Quand je vis la malade, elle était dans un état de prostration excessive, sans présenter cependant aucun signe positif qui dénotât l'existence d'une affection aiguë. La douleur, qui ne se reproduisait que par intervalles, était peu intense, et n'était point augmentée par la pression; cette douleur était circonscrite dans la région ombilicale et dans la région épigastrique; il y avait, en outre, un léger ballonnement du ventre.

Avant la mort, qui survint le sixième jour, le hoquet fut un des symptômes les plus pénibles; il y eut aussi du délire par intervalles.

*Autopsie.* — A un pouce et demi environ au-dessus de son bord inférieur, l'épiploon était fixé, par d'anciennes adhérences, au rebord supérieur de l'ouverture ombilicale, c'est-à-dire, au collet du sac.

La portion libre qui, selon toute apparence, avait constitué la hernie avant le début de l'ascite, était d'un rouge noirâtre, et présentait une petite ouverture triangulaire qui correspondait exactement, pour le diamètre et pour la figure, au trocart dont on s'était servi.

Le reste de l'épiploon, jusqu'à une distance d'un pouce et demi de l'estomac, était livide et gangréné; quelques taches inflammatoires étaient répandues à la surface des intestins, seulement dans les points où ils étaient en contact avec l'épiploon; la cavité abdominale renfermait 10 onces de sérosité verdâtre.

Dans l'observation qu'on vient de lire, la dissection fit reconnaître nettement la véritable nature de la maladie; mais pendant la vie les symptômes avaient été tellement obscurs, qu'un diagnostic précis n'avait pu être porté. On avait plutôt observé les signes caractéristiques de ce collapsus et de cet épuisement, qui parfois suivent l'opération de la paracenthèse chez des sujets affaiblis et profondément débilités, que ceux qui annoncent une phlegmasie aiguë. Les vomissemens et le hoquet avaient été les seuls symptômes remarquables, et on avait pu les rapporter à des causes très-diverses.

Quelques-uns des anciens nosologistes ont fait des tentatives pour assigner des caractères distinctifs et pathognomiques à l'inflammation idiopathique de l'épiploon, et pour établir, par là, le diagnostic différentiel entre cette maladie et la péritonite ou l'entérite.

Voici, par exemple, quels sont, d'après Sauvage, les caractères de l'épiploïte: *Epiploïtis cognoscitur ex febre inflammatoriâ cum dolore acuto, lancinante, per superiorem et mediam abdominis regionem, infra tegumenta, in ipso abdominis cavo.*

Vogel, qui donne à la maladie le nom d'*omentite*, lui assigne les caractères suivans: *Omenti inflammatio, febris continua cum dolore et tumore in regione epigastricâ et hypogastricâ.*

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons guère espérer de diagnostiquer cette maladie pendant la vie. Tantôt les symptômes sont trop vagues et trop obscurs pour que nous puissions, par leur seul secours, déterminer avec précision le siège de la maladie; tantôt ils ressemblent tellement à ceux de la péritonite, qu'il est presque impossible de ne pas confondre ces deux maladies. On ne peut constater le siège et la nature de l'épiploïte, que dans les cas où l'inflammation prend naissance dans une hernie épiploïque, et se propage à la partie de la membrane qui est renfermée dans l'abdomen.

La lésion produite par le trocart, dans le cas précédent, était l'effet de circonstances purement accidentelles et que n'aurait pu ni éviter ni prévoir le chirurgien le plus expérimenté et le plus prudent. A cette époque, l'ancien sac herniaire ne contenait plus rien des parties qu'il avait renfermées, mais seulement une certaine quantité du liquide de l'ascite. Il n'y avait aucune circonstance qui pût faire penser que l'épiploon fût resté adhérent au collet du sac, et qu'il se trouvât à la portée de l'instrument.

Souvent il m'est arrivé d'évacuer le liquide d'une ascite, en pratiquant la ponction sur le sac d'une ancienne hernie ombilicale, et, non seulement je n'ai pas eu sujet de m'en repentir, mais même l'opération a été plus facile et moins pénible pour le malade que si elle eût été pratiquée dans le lieu d'élection.

Cette pratique a été sanctionnée par Sir A. Cooper, et l'on peut y recourir dans tous les cas où le sac, ne renfermant plus les parties qui constituent la hernie, n'est plus occupé que par le liquide épanché dans l'abdomen.

*Diagnostic différentiel.* — La hernie épiploïque peut être confondue avec diverses maladies.

Lorsque, dans une hernie intestinale, se sont accumulées des matières solides, la tumeur présente quelques-uns des caractères les plus remarquables de l'épiplocèle; cependant l'histoire de la maladie suffirait pour faire éviter une méprise à ce sujet.

L'hydrocèle du cordon spermatique, le varicocèle, etc., offrent aussi quelques traits d'analogie avec l'épiplocèle inguinale; cette dernière a encore été confondue avec une hydrocèle simple. Lamorier, de Montpellier (1), ayant, dans un cas, fait une incision pour la cure radicale de l'hydrocèle, reconnut qu'il s'était mépris sur la nature de la maladie, et que la tumeur était formée par une hernie épiploïque remplie d'hydatides. La portion malade pesait quatre onces et deux drachmes.

Quelquefois des tumeurs graisseuses adhèrent à la gaine du cordon spermatique immé-

diatement au sortir de l'anneau. Dans le plus grand nombre des cas, ces tumeurs se forment au-dedans de l'abdomen, dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parties voisines; puis elles sont chassées à travers l'anneau. Après cette migration, elles occupent la place et présentent tous les caractères extérieurs de l'épiplocèle inguinale, souvent même le diagnostic est impossible.

Quand ces tumeurs sont peu volumineuses, on peut les réduire avec facilité, et s'opposer à leur descente ultérieure par l'application d'un bandage. Mais quand elles sont volumineuses ou indurées, elles restent irréductibles, et c'est alors qu'elles attirent l'attention. A cette époque, leur véritable nature échappe facilement au coup d'œil le plus exercé. Pelletan rapporte plusieurs cas de cette espèce dans sa *Clinique chirurgicale* (1).

Dans presque tous les cas qu'on a rapportés de tumeur graisseuse ayant son point de départ dans l'abdomen, le péritoine était refoulé au-devant d'elle, et lui formait un sac semblable à celui qu'il forme aux hernies.

*Observation 357.* — Dans le seul cas de cette espèce que j'aie observé moi-même, la tumeur avait pris naissance dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine, tout près du bord externe de l'anneau abdominal, et, étant descendue le long du cordon, formait au-dehors une tumeur pyriforme, volumineuse, qui n'était point enveloppée par un sac péritonéal. Cette tumeur était irréductible, et l'on crut que c'était une épiplocèle, bien qu'elle ne fût pas accompagnée des symptômes ordinaires de cette maladie. Ce qui donnait de la force à cette opinion, c'était l'existence dans le même point d'une hernie intestinale que l'on pouvait facilement replacer, et retenir au-dedans de l'abdomen.

*Autopsie.* — Le malade ayant succombé à une pneumonie, on trouva le péritoine attiré à l'intérieur du canal inguinal par le poids de la tumeur et formant ainsi un sac dans lequel était venu se loger une anse intestinale. L'aspect de la tumeur, au moment de la dissection, et sa texture, après qu'elle eût été divisée, offraient une telle analogie avec l'épiploon dans l'état de dégénérescence adipo-fibreuse qu'il subit dans certains cas, qu'il était impossible d'établir une distinction entre ces deux états morbides. On ne reconnut la nature réelle de la maladie, qu'au moment où l'on aperçut que la tumeur était extérieure au sac herniaire, et que l'épiploon qui occupait la partie supérieure de l'abdomen était tout-à-fait étranger à la tumeur.

*Observation 358.* — Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, entra, le 2 décembre 1830, à l'infirmerie royale de Glasgow, pour une seconde hernie épiploïque, mais située, cette fois, dans la région inguinale

droite. Il était alors âgé de 58 ans. La tumeur s'étendait jusqu'au fond du scrotum; elle était ferme, pâteuse, sans élasticité, du volume du poing, et légèrement pyriforme. La peau qui la recouvrait était d'un rouge obscur; elle n'était augmentée ni par la toux, ni par l'attitude verticale; autour de son collet, l'abdomen était légèrement douloureux, surtout à la pression; on n'observait, dans ce dernier point, ni tension, ni tumeur. Dans la nuit qui avait précédé l'entrée du malade, des déjections alvines avaient eu lieu. Il n'y avait point de vomissemens; le poulx était plein et à 86. La santé générale était très-altérée.

Deux ans environ avant cette époque, la tumeur de l'aîne droite avait été observée pour la première fois, et le malade en obtenait facilement la réduction quand il était couché sur le dos. Mais aucun bandage n'avait été appliqué. Un mois avant l'entrée du malade, la tumeur cessa d'être réductible et donna lieu à des douleurs abdominales qui étaient devenues très-intenses pendant les huit derniers jours.

Depuis la première opération, il n'avait cessé de porter un bandage sur l'anneau inguinal gauche qui était considérablement dilaté et qui donnait passage de temps en temps à une hernie intestinale. Mais il ne restait dans ce point aucune trace de tumeur épiploïque.

On eut recours immédiatement au taxis, et il sembla qu'une petite portion de la tumeur s'était réduite, ce qui procura un peu de soulagement. (*huile de ricin; lavement; applications froides sur la tumeur; fomentations sur l'abdomen.*)

Jusqu'au 5 décembre, on combattit par un traitement approprié, tous les symptômes fâcheux, à mesure qu'ils se développèrent. Ce jour même, l'opération fut faite par le docteur Buchanan, quelques heures après le début des vomissemens stercoraux.

Une incision de deux pouces et demi fut pratiquée sur le collet de la tumeur. A l'ouverture du sac herniaire, il s'écoula deux onces de pus. La tumeur était constituée en totalité par l'épiploon, qui était engorgé, livide, amené à l'état d'une masse solide, et présentant un tissu pulpeux ou charnu dans quelques points. L'épiploon adhérait si intimement au sac, qu'il était tout-à-fait impossible de l'en détacher, soit avec le doigt, soit avec le bistouri. Une portion de cet organe, grosse comme un œuf de pigeon, située à la partie inférieure du sac, céda aux tractions faites avec les doigts et fut enlevée. Plusieurs brides résistantes croisaient, dans des directions variées, le col de la tumeur, et semblaient le comprimer. Ces brides ayant été divisées avec précaution, la pression exercée sur l'abdomen fit sortir de cette cavité et couler dans le sac, un liquide séro-purulent. Il ne parut ni nécessaire, ni praticable, de dilater l'anneau, à cause de la solidité et de l'étroitesse des adhérences qui unissaient l'épiploon à cette partie. Les bords de la plaie fu-

(1) Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. 3, p. 404.

(1) Tome 3, page 33, etc. Paris, 1810.

rent tenus rapprochés par des points de suture et des bandelettes agglutinatives.

A neuf heures du soir, il n'y avait point eu de vomissemens depuis l'opération; le hoquet et la douleur abdominale avaient diminué considérablement. On observait encore un peu de tympanite autour de l'ombilic. Pouls dur, à 108; pas de selles. (*Saignée de 12 onces; cataplasme sur la plaie; extrait de jusquiame, 10 grains, avec carbonate d'ammoniaque, 6 grains; un lavement le matin.*)

A six heures, il y avait eu quatre selles copieuses. Bien que le malade eût dormi pendant long-temps, et que sa nuit eût été assez bonne, après les évacuations alvines, cependant tous les symptômes alarmans et même les vomissemens stercoraux, se renouvelèrent avant que vingt-quatre heures se fussent écoulées. Malgré tous les soins possibles, il mourut, le 7, quarante-huit heures après l'opération.

*Autopsie.* — On trouva environ douze onces d'un liquide séro-purulent dans la cavité abdominale. Le péritoine offrait des traces très-légères d'inflammation. L'épiploon était réuni en une masse volumineuse, irrégulière, épaisse, noirâtre, et se trouvait presque en totalité dans le sacheriaire du côté droit. Plusieurs ulcérations et plusieurs petites collections purulentes existaient à sa surface. La partie renfermée dans le sac était en partie gangrénée. Le colon, intimement uni à la masse épiploïque, était amené presque en contact avec l'anneau abdominal, et était situé en travers de cette ouverture. L'intestin n'adhérait point aux parois abdominales, ni à l'anneau; mais il était tellement fixé en bas et tellement adhérent à l'épiploon déplacé et allongé, qu'il sembla, au premier coup d'œil, que son calibre était considérablement diminué. Lorsque cette adhérence eut été détruite, la diminution apparente disparut.

Le sac herniaire du côté gauche avait une capacité considérable; ses parois étaient très-épaissies; l'anneau inguinal était très-dilaté. Mais aucune portion de l'épiploon n'adhérait à ce dernier.

Si l'on compare les détails de l'histoire de l'épiplocèle du côté gauche, chez ce malade, avec ceux de l'affection semblable, du côté droit, on verra qu'il existait une grande ressemblance entre les deux tumeurs, sous le rapport du volume et des autres caractères extérieurs, et même, entre les deux cas, sous le

rapport de la marche des symptômes. La première fois, la maladie marcha plus lentement; les symptômes locaux et généraux furent moins pressans. L'inflammation abdominale fut moins étendue, et la suppuration du sac plus complète. Le malade était donc dans de meilleures conditions pour supporter l'opération. Mais, même la seconde fois, bien que l'espoir du succès eût été moins fondé, cependant, l'urgence incessamment croissant des symptômes; cette circonstance, que l'inflammation avait débuté dans la tumeur et s'était propagée de là dans l'abdomen; l'insuccès complet du traitement antiphlogistique, tant local que général; les raisons qu'on avait de croire qu'une partie des symptômes alarmans pouvaient dépendre d'une portion nouvelle d'épiploon récemment déplacée et devenue étranglée, ou de la présence d'une anse intestinale dans la hernie; le succès marqué de l'opération qui avait été pratiquée à gauche, deux ans et demi auparavant; toutes ces considérations portèrent les médecins, présens à la consultation, à recommander l'opération comme la seule ressource que l'art pût offrir. Si l'inflammation abdominale avait été moins étendue, le résultat de l'opération aurait peut-être été plus heureux. Toutefois, celle-ci, loin d'aggraver les symptômes, les amena, pour un court espace de temps, à un tel point que l'on put concevoir de trompeuses espérances. L'opération aurait pu aussi remédier à la position anormale du colon, si l'état des parties avait permis de détruire les adhérences qui existaient au pourtour de l'anneau. Il fut impossible d'en agir ainsi; et, à raison de l'état du malade, ainsi que de l'étendue et de l'étréitesse des adhérences, il n'y avait qu'un parti à prendre, qui consistait à laisser l'épiploon dans la plaie, et à en éloigner toute cause de constriction et de compression.

Je m'attendais à trouver aussi une portion d'épiploon adhérente avec l'anneau inguinal gauche. On ne peut s'expliquer l'absence complète d'adhérences de ce côté, qu'en admettant que la suppuration du sac herniaire, qui avait isolé la masse volumineuse d'épiploon irréductible que j'avais enlevée avec le bistouri, trois semaines après l'opération, avait, par le même mécanisme, pendant le travail de cicatrisation de la plaie, détruit les adhérences qui unissaient l'épiploon à l'anneau, et permis le retour du premier dans l'abdomen. Dans la suite, l'application constante du bandage s'opposa à ce que l'épiploon reparût à cette ouverture.

## HERNIE MÉSÉNTÉRIQUE

ET

## HERNIE MÉSOCOLIQUE,

Le mésentère se compose de deux feuillets du péritoine entre lesquels sont placés les vaisseaux sanguins, les absorbans et les nerfs qui se distribuent à l'intestin grêle. Les deux feuillets de ce repli membraneux sont unis ensemble par un tissu cellulaire très-peu résistant.

Si, par suite d'une violence extérieure, d'un coup sur l'abdomen, par exemple, un de ces feuillets vient à se rompre, l'autre restant intact, l'intestin sera poussé à travers l'ouverture, et formera (du moins d'après l'idée que je me fais de cette maladie) une véritable hernie; puisqu'il aura éprouvé un déplacement hors de la cavité qui lui est propre.

Cette variété de hernie peut encore être la conséquence d'un vice de conformation congénital, par suite duquel existe, dans l'un de ces deux feuillets, une ouverture ou une lacune anormale.

Je ne puis déterminer au juste laquelle de ces deux conditions est la cause de cette maladie; mais je suis porté à croire qu'elle tient à un vice de conformation congénital, plutôt qu'à une déchirure accidentelle, car, dans le cas que j'ai observé, il n'existait aucune trace de violence antérieure, et les parties, sauf l'existence de la hernie, conservaient leur aspect normal.

Quel que soit le mécanisme suivant lequel s'effectue cette maladie, il est bien propre à montrer tout le degré de pression que les intestins exercent sur chacun des points de la cavité qui les renferme. Si cette pression n'était pas très-puissante, comment se ferait-il que tous les intestins grêles, chassés hors de leur position naturelle, s'engageassent à travers une petite ouverture située dans une membrane mobile et flottante.

Il est vrai qu'une fois que la hernie commence, il n'est pas difficile de concevoir comment elle s'accroît suffisamment pour que la totalité de l'intestin grêle en fasse partie: car le tissu cellulaire qui unit les deux feuillets n'a pas assez de résistance pour lutter contre une pression tant soit peu considérable.

*Observation 359.* — J'ai observé cette variété de hernie sur un sujet destiné aux dissections et qui avait été apporté pour M. Richard Pugh, à l'hôpital Saint-Thomas. Le malade avait été à l'hôpital de Guy dans le service de M. Foster, et avait subi une amputation. Il paraissait avoir environ 55 ans.

L'abdomen étant ouvert, et l'épiploon ainsi que le colon ayant été soulevés, on n'aperçut point l'intestin grêle; mais à la place qu'il oc-

cupe dans le milieu de l'abdomen, on trouva une tumeur située sur les vertèbres lombaires, et s'étendant en bas jusqu'à la base du sacrum.

Lorsque cette tumeur fut ouverte, on reconnut qu'elle consistait en un sac qui contenait tout l'intestin grêle à l'exception du duodénum. Ce sac était formé par le péritoine qui entourait de toutes parts les intestins, excepté en arrière, où existait une petite ouverture à travers laquelle ceux-ci avaient passé.

En suivant le trajet de l'intestin, depuis l'estomac jusqu'à l'anus, on reconnut que le jejunum passait dans le sac à la partie postérieure, et que l'iléum franchissait la même ouverture, en se portant à droite et en descendant vers l'aîne droite, pour se continuer comme à l'ordinaire avec le gros intestin. J'injectai les vaisseaux mésentériques qui ont été conservés par dessiccation sans qu'on les ait disséqués. Mais l'absence de tunique péritonéale permet de les voir aussi distinctement que s'ils avaient été soumis à une dissection minutieuse.

Je n'ai pas pu savoir à quels phénomènes cette situation anormale des intestins avait donné lieu pendant la vie. On prit toutes les informations possibles, mais rien, pendant le séjour du malade à l'hôpital, n'avait pu faire soupçonner une lésion dans l'abdomen.

D'après l'état d'incarcération dans lequel se trouvaient les intestins renfermés dans le sac, je suis naturellement conduit à penser que les mouvemens péristaltiques des intestins avaient dû être moins libres qu'à l'ordinaire, et cet état d'engourdissement et de torpeur avait dû être souvent une cause de constipation. Mais, si tel avait été le résultat de cette disposition des intestins, jamais la gêne n'avait été portée au point de déterminer de l'inflammation, car les tuniques intestinales ne présentaient aucun épaissement, et les intestins n'avaient contracté aucune adhérence soit entre eux, soit avec le sac.

*Observation 360.* — En ouvrant l'abdomen d'un sujet apporté pour les dissections, l'épiploon et les gros intestins ayant été renversés, on trouva, du côté gauche, une tumeur volumineuse dont la partie supérieure reposait contre le rein gauche, et qui, s'étendant en bas vers le rebord du bassin, était circonscrite à sa partie inférieure, par la concavité de la courbure sigmoïde du colon.

Le gros intestin conservait sa situation accoutumée dans l'abdomen. Toutefois le cœcum et le commencement du colon étaient