

tiques, néphrétiques peuvent aussi, par leur brusquerie, l'intensité des douleurs, prêter à la confusion. Mais dans tous ces états, la constipation n'est jamais aussi absolue que dans l'étranglement interne, l'émission des gaz est possible, les vomissements ne sont pas aussi rapidement fécaloïdes dans tous ces cas-là; enfin, à chacune de ces affections appartiennent des signes spéciaux (siège précis des douleurs, irradiations, etc.), qui sont caractéristiques.

Mais la vraie difficulté, en somme, c'est de distinguer les infections péritonéales par perforation du tube digestif (ou sans perforation), de l'occlusion intestinale.

En réalité, dans l'infection péritonéale, il y a de l'occlusion intestinale : il faut chercher les nuances qui séparent cette occlusion paralytique de l'occlusion mécanique. La constipation est moins absolue, les vomissements moins souvent fécaloïdes, dit Duplay; la douleur est plus généralisée, plus superficielle, le météorisme est plus accentué dit Jalaguier.

« Dans la région des flancs, autour de l'ombilic, dans l'hypogastre, on peut trouver un certain degré de matité, indice d'un épanchement péritonéal; on trouve aussi quelquefois le bruit hydro-aérique », dit encore Duplay.

Enfin l'œdème de la paroi est en faveur de l'infection du péritoine.

Le frisson du début, d'après Henrot, et la fièvre appartiennent également plutôt aux infections du péritoine. Mais tout cela n'est pas absolu, et dans le cas cité plus haut où j'ai enlevé un long appendice de Meckel qui avait étranglé deux anses intestinales, j'avais précisément fait le diagnostic d'appendicite en me basant uniquement sur la température, qui atteignait 39°,2. Ce diagnostic me fit faire l'incision de Roux, qui fort heureusement se trouva être l'incision de choix, puisque le diverticule de Meckel siège toujours près du cæcum. Mais comment ne pas se tromper s'il y a des occlusions intestinales avec 39° de température et des infections péritonéales avec de l'hypothermie?

On ne doit rien négliger pour s'éclairer : l'étude du passé intestinal, du passé gastrique, du passé génital doit être complète, et on se rappellera que le toucher vaginal et rectal ne doit jamais être omis.

Diagnostic du siège. — Il est très souvent impossible de fixer d'une façon précise le siège d'une occlusion intestinale. L'analyse minutieuse des symptômes donne seulement des signes de présomption. Ce diagnostic est basé sur des vues théoriques que l'observation contredit à chaque instant, comme l'a si bien dit Duplay.

La marche de l'affection nous donne déjà un premier indice : les lésions de l'intestin grêle affectant ordinairement une marche aiguë, l'obstruction du gros intestin évoluant, au contraire, d'une façon lente et chronique.

Besnier attribue beaucoup d'importance à la localisation de la douleur du début. Cependant, malgré toute la valeur de ce signe, on sait qu'une douleur fixe, précise, nettement localisée peut très bien ne correspondre en rien au siège des lésions, que bientôt elle s'étend à tout l'abdomen et que sa constatation en un point limité n'est pas toujours possible.

Si, en même temps qu'une douleur fixe, on observe une tuméfaction siégeant au même niveau, la localisation des lésions s'impose. Mais c'est un cas idéal, qui se réalise rarement. Dans la grande majorité des cas tout le ventre est ballonné, et, sous cette tuméfaction généralisée, il est bien difficile de percevoir un point où elle s'accuse plus nettement.

La forme du ventre donnerait, d'après Laugier, des renseignements utiles. « L'abdomen serait proéminent en avant dans les cas d'obstruction de l'intestin grêle, aplati et encadré par le gros intestin quand l'obstacle siège sur l'S iliaque ou au commencement du rectum. — Malheureusement le météorisme est tellement considérable que dans toutes les variétés d'occlusion il donne la même forme au ventre. » Je crois que cette opinion de Duplay ne répond pas à tous les cas. Quand on assiste au début du mal, on peut être frappé de cette forme globuleuse du ventre qu'on observe lorsque l'obstacle siège sur l'intestin grêle. Les flancs sont alors déprimés, mais bientôt la distension des anses grêles atteint des proportions énormes et ce signe n'a plus sa valeur.

La date d'apparition des vomissements et leur nature peuvent avoir une certaine valeur diagnostique.

Ils sont bien plus rapidement fécaloïdes, quand l'obstacle siège sur l'intestin grêle.

Quand ils contiennent de l'urobiline (vomissements roses) l'obstruction porterait sur l'iléon ou le jéjunum, d'après Meyer. — L'urobiline ne serait produite, en effet, qu'à partir du tiers moyen de l'intestin.

Diagnostic de la cause. — Une hernie intra-abdominale, un volvulus, une coudure, un étranglement par brides, ou par diverticules, une invagination aiguë, telles sont les causes habituelles de l'occlusion aiguë.

Est-il possible de les différencier cliniquement?

Duplay fait remarquer que le diagnostic de l'invagination peut seul se faire d'une façon certaine. Il est basé sur l'occlusion généralement incomplète, le ballonnement du ventre, qui n'est jamais très considérable, les selles dysentériques, sanglantes et glaireuses (Cruveilhier), contenant des débris d'intestin sphacélé, le ténesme qui les accompagne, enfin la constatation d'une tumeur molle, douloureuse à la pression, de forme cylindrique, mobile, soulevant parfois la paroi abdominale, plus appréciable dans l'invagination iléo-cæcale que

dans les autres variétés. Cette tumeur se déplace suivant le cours des matières intestinales, de droite à gauche, du cæcum vers l'S iliaque (Durante-Bourdon), de l'hypocondre droit à l'ombilic (Lavisé).

Quand on constate une dépression dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'une saillie du côté gauche, il faut penser que la région cæcale est déshabillée, qu'il s'est produit une invagination iléo-colique ou iléo-cæcale.

On peut quelquefois atteindre par le toucher rectal l'extrémité du boudin invaginé. L'âge du malade a aussi une grande importance diagnostique.

En somme, les erreurs sont fréquentes, et il n'est pas de question chirurgicale où la clinique soit plus fréquemment en défaut et cause plus de surprises.

Ce qu'il faut souligner, c'est que l'occlusion intestinale est un symptôme qu'on rencontre aussi bien dans les infections péritonéales de toutes natures que dans les oblitérations par un obstacle matériel. S'il s'agit d'un vieillard et d'une obstruction chronique, on pensera plutôt aux cancers. Si le sujet est jeune avec des accidents aigus, c'est à l'infection du péritoine qu'on songe plutôt. Deux signes sont importants pour ce diagnostic : 1° l'absence totale de selles et d'émission de gaz par l'anus; 2° l'hypothermie. — Mais, on ne saurait trop le répéter, ces signes d'occlusion vraie ne sont pas absolus. J'ai diagnostiqué une appendicite chez le malade dont je parle plus haut parce qu'il avait 39°, 2 de température, et j'ai pourtant trouvé une occlusion vraie par un diverticule de Meckel.

Traitement. — Je cite d'abord tous les moyens qu'on a proposés pour exciter les contractions de l'intestin : les lavements d'eau très chaude (à 42°, 5 d'après Bokai), l'acide carbonique (lavements d'eau de Seltz), l'électrisation, la strychnine, l'ergot de seigle, l'hyosciamine, tous les purgatifs drastiques, etc.

De tous ces traitements médicaux, le lavement électrique est celui qu'on emploie le plus souvent. Dans la clientèle de la ville surtout, il est habituel qu'on n'appelle le chirurgien que lorsque l'électricité a échoué, ce qui est d'ailleurs fréquent. Il ne faut user de ce moyen qu'au début alors qu'on ne risque pas, en provoquant des contractions forcées, d'amener une déchirure, une rupture intestinale.

Je rappelle que l'opium, ou mieux les injections sous-cutanées de morphine peuvent rendre les plus grands services en faisant cesser les spasmes.

Citons encore les lavages de l'estomac recommandés par Senator, par Chantemesse et d'autres, et qui ont donné quelques résultats.

Pour résumer ce qui a trait au *traitement médical*, disons d'abord qu'on *aura soin de ne jamais donner de purgatif*. Les lavements électriques après l'opium seront essayés. Je renvoie pour la technique

aux travaux de Boudet de Paris (1); il a précisé les conditions de l'intervention qui permettent d'user des courants continus, en évitant toute action chimique locale sur la muqueuse du rectum. Une grosse sonde rectale en gomme est armée d'un mandrin métallique tubulaire dont l'extrémité n'arrive pas jusqu'à l'œil. « Le mandrin est rattaché par un fil conducteur à l'un des fils de la batterie, et, au moyen d'un tube de caoutchouc, on le raccorde avec la canule d'un irrigateur ordinaire plein d'eau salée; cette eau traverse le mandrin, s'y électrise et remplit l'intestin, en portant l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse : elle joue, par le fait, le rôle d'un excitateur liquide très étendu. » (Boudet, de Paris.) (1)

Pour le second excitateur, on l'applique soit à la région dorsale (électrisation recto-spinale), soit à la région abdominale (électrisation recto-abdominale). Quant à l'intensité du courant, elle varie de 10 à 50 milliampères, et chaque séance doit durer de cinq à vingt minutes.

Quand on lit les Mémoires sur ce sujet, publiés par les électriciens, on est frappé des résultats merveilleux qu'ils signalent. Dans ma pratique personnelle, soit en ville, soit à l'hôpital, je n'ai jamais vu un succès dû au lavement électrique. Il est vrai que, la plupart du temps, on n'appelle pas le chirurgien quand l'électricité a amené la guérison.

Dans tous les cas, je conseille formellement de ne pas s'attarder à tous ces moyens incertains si les accidents sont suraigus. L'opium même fait alors perdre un temps précieux et masque, par un calme trompeur, la gravité de l'étranglement. On ne saurait trop répéter que la mort, dans l'occlusion intestinale, est le plus souvent due à ce qu'on a trop prolongé le traitement médical et à ce que les médecins ne nous appellent qu'après de moribonds.

Traitement chirurgical. — Ici se place une éternelle discussion entre deux interventions distinctes : tout récemment encore (2) cette question était agitée à la Société de Chirurgie, devant laquelle elle revient périodiquement. La première est la *laparotomie*, destinée à lever l'obstacle, la seconde est l'*entérotomie*.

Il est clair que ces deux opérations ne sauraient être mises en parallèle; dans l'une, quand le ventre est ouvert, on explore la cavité abdominale, on recherche la cause de l'occlusion et on y remédie; en un mot, on fait une opération radicalement curative; dans l'autre, qui est l'opération de Nélaton, on va au plus pressé; on empêche le malade de succomber à la rétention stercorale en créant une voie de dérivation en amont de l'obstacle, quel qu'il soit : c'est une opération palliative, et il faut intervenir de nouveau ultérieurement pour

(1) BOUDET (de Paris) *Commun. au Congrès intern. des sc. méd. de Copenhague*, 14 août 1884.

(2) Voir les *Bull. de la Soc. de chir.*, novembre et décembre 1897.

lever l'obstacle auquel on n'avait pas touché et pour oblitérer l'anus artificiel qu'on avait pratiqué.

L'une est l'opération idéale, l'autre est un pis aller.

1° LAPAROTOMIE. — Elle se fait lorsque le diagnostic est incertain (c'est-à-dire presque toujours), sur la ligne blanche, de l'ombilic au pubis. Le péritoine ouvert, il faut explorer méthodiquement l'intestin. Suivant l'excellent conseil de Trèves, *on doit aller droit au cæcum*; si le cæcum est vide et rétracté, c'est que l'obstacle est sur l'intestin grêle; s'il est distendu, les recherches n'ont plus à porter que sur le côlon, l'S iliaque et le rectum; c'est donc un repère capital pour limiter les recherches au minimum.

Dans les deux cas, on arrive sûrement au point précis où siège l'obstacle en se guidant *sur l'état de vacuité* et de rétraction du segment intestinal sous-jacent. Si l'obstruction siège près du duodénum, toute la masse intestinale est vide et rétractée; l'opération devient relativement facile; mais qu'elle intéresse l'S iliaque ou le rectum, tout l'intestin est dans un état de distension qui atteint quelquefois des proportions formidables; c'est alors que les anses intestinales font irruption au dehors et qu'il est souvent très difficile de les réintégrer dans la cavité abdominale, même en employant le procédé classique de Kümmell, qui enveloppe la masse dans une serviette aseptique dont les bords sont engagés de chaque côté dans l'abdomen, et réduit l'intestin, en pressant sur cette sorte de sac herniaire.

Il n'est pas de chirurgien qui ne se soit trouvé aux prises avec de semblables difficultés. Dans une opération que je faisais à Saint-Antoine avec Monod, le cæcum et le côlon ascendant étaient tellement distendus par les gaz qu'il se fit, au cours des manœuvres de réduction, de larges déchirures du revêtement péritonéal de ces viscères par une sorte d'éclatement. Il fallut placer plusieurs séries de sutures de Lembert pour fermer ces déchirures superficielles. Disons en passant que c'est ainsi qu'il faut agir lorsque pareil incident se produit. On ne doit jamais abandonner dans l'abdomen une anse intestinale sur laquelle la séreuse est éraillée, éclatée, discontinuée.

On a beaucoup vanté les ponctions capillaires pour remédier au volume de l'intestin gonflé de gaz. Verneuil s'est depuis longtemps élevé contre cette pratique. J'ai déjà mis en garde contre ces ponctions. Le Dentu conseillait de faire un point de suture quand le trocart est enlevé, et il usait d'un gros trocart qui, mieux que la ponction capillaire, peut évacuer le contenu intestinal. S'il faut en arriver à cette extrémité, mieux vaut user de la méthode de Madelung, employée par Terrier, Jules Bœckel, etc., qui consiste à inciser franchement l'intestin hors du ventre, à le vider et à faire ensuite une suture soignée.

Est-il vrai que les grandes incisions allant de l'appendice au pubis,

tout en permettant une exploration plus complète, plus rapide et plus facile, n'ont pas les mêmes inconvénients au point de vue de la réduction des anses météorisées que les incisions sous-ombilicales? Kümmell l'a soutenu: c'est possible pour certains cas particuliers. Mais quant à conseiller de faire d'emblée cette vaste incision dans tous les cas d'occlusion, c'est un véritable abus. Commençons toujours par l'incision sous-ombilicale, avec cette réserve que nous n'hésiterons pas à l'agrandir largement, pour peu qu'il y ait nécessité.

L'obstacle est reconnu: la conduite varie évidemment suivant sa nature. Est-ce une bride? on la sectionne entre deux pinces; est-ce un volvulus? on tâche de remettre l'intestin en bonne position; est-ce un étranglement dans une fossette péritonéale, une hernie de Rieux, une hernie étranglée réduite en masse? on opère la réduction comme pour une hernie étranglée banale.

Pour ces dispositions péritonéales qui prêtent à la hernie, il est bon, afin d'éviter la récidive, de ne pas refermer le ventre une fois l'étranglement levé, sans avoir oblitéré la cavité préformée. J'ai, dans un cas récent, placé une ligature en bourse sur l'orifice du sac herniaire qui avait été réduit en masse et dans lequel, après mon opération, un nouvel étranglement aurait pu se produire si je l'avais laissé béant dans la cavité abdominale.

Quand c'est non plus un vice de position, mais une obstruction par un corps étranger, des scybales, etc., siégeant dans l'iléon, on tente de désobstruer l'intestin, en faisant par la pression cheminer « l'obstacle » jusqu'au cæcum, où il pourra se mouvoir librement. Inutile de dire que parfois l'incision de l'intestin sera nécessaire pour extraire un corps étranger, un entérolithe, un gros calcul biliaire. Une entérorrhaphie soignée achèvera l'opération.

Enfin j'arrive aux cas si fréquents où c'est un cancer qui oblitére la lumière de l'intestin. Faut-il faire une résection suivie d'une suture intestinale? Je répondrai plus loin à cette question. Disons ici seulement qu'on a le choix entre l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie circulaire ou bien l'anastomose de deux anses prises au-dessus et au-dessous de l'obstacle, ou enfin l'anus artificiel.

2° ENTÉROTOMIE. — On cite toujours Maunoury (de Chartres) en 1818 et Gustave Monod en 1838, comme les promoteurs de cette conception opératoire qui a sauvé la vie à tant de malades. C'est en réalité l'opération de Nélaton, car c'est ce chirurgien qui en a précisé la technique et qui l'a vraiment installée dans la pratique courante.

On ouvre le ventre soit à droite, soit à gauche, par une incision semblable à celle de Roux pour l'appendicite. On fixe à la paroi, par une couronne de sutures, la première anse distendue qui se présente et on incise l'intestin. Cette ouverture intestinale peut être petite: il suffit que les gaz s'échappent pour que les accidents cessent. Quant au siège de l'incision, je suis toujours l'exemple de

Nélaton qui, sauf diagnostic ferme de cancer du rectum ou de la fin de l'S iliaque, opérait toujours dans la fosse iliaque droite. Rappelons-nous que c'est vers le cæcum que 9 fois sur 10 siège l'obstacle. Si le cæcum est vide, on fait l'entérotomie sur une anse grêle dilatée ; s'il est distendu, on pratique une cæcotomie, un anus cæcal. Il est certain que l'anus iliaque à gauche est préférable à l'anus cæcal, qui donne incessamment des matières liquides, puisque le résidu de la digestion ne prend la consistance solide que dans le gros intestin. Mais l'anus iliaque gauche n'est possible que pour les obstructions rectales ; et c'est souvent aux angles du côlon que siège le cancer : l'anus cæcal remédie aux rétrécissements de tout le gros intestin.

INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE ET DE L'ENTÉROTOMIE. — Distinguons l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique.

1° **Occlusion aiguë.** — Nos livres sont encombrés de statistiques destinées à montrer les résultats comparés de ces deux opérations. De parti pris je renonce à ce procédé de discussion. En 1897, à la suite d'un rapport de Broca sur deux observations de Legueu, on put voir que, malgré les plaidoyers chaleureux de Berger, de Peyrot, de Michaux, de Broca, etc., en faveur de la laparotomie, nombre de chirurgiens, avec Segond, Nélaton, Chaput, défendaient vigoureusement l'anus artificiel. On ne peut s'empêcher de dire qu'il n'y a là que des divergences oratoires. En pratique on est bien près de s'entendre. En présence de tel cas donné tous les orateurs auraient agi de même. Voici cette malade de Segond (1) : il est 10 heures du soir : Segond est appelé dans un hôtel et trouve une femme mourante avec de l'hyperthermie, « un météorisme énorme », des vomissements ». « Tout diagnostic, dit-il, était impossible, et j'affirme que la laparotomie faite en pareille condition aurait tué la malade. Je fis l'anus contre nature... elle guérit... et trois semaines après, le ventre étant flasque, je pus lever l'obstacle, constitué par une bride réunissant l'appendice aux annexes enflammées. » Eh bien, je le demande : quel est le chirurgien qui n'aurait pas agi dans ce cas particulier comme l'a fait Segond ? Il s'agissait d'abord que la malade ne succombe pas, et l'anus iliaque est bien évidemment la seule opération admissible quand on est appelé à une période ultime, quand on se trouve à court de temps, d'aides et de matériel. L'entérotomie ne tue pas, et si le malade succombe, c'est malgré elle, et non par elle. Mais l'entérotomie est donc plus grave ? Assurément, si elle s'adresse aux malades qui ne sont justiciables que de l'anus artificiel.

Pour moi, toute la question est de savoir : 1° si on peut faire le diagnostic de la cause ; 2° si le malade n'est pas à une période où seule une intervention minima est possible.

Kirmisson a sans doute exagéré quand il a dit que « le diagnostic

(1) P. SEGOND, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 606.

de la variété et du siège de l'occlusion est *ordinairement possible* » (1), et je me range à l'avis de Berger, Nélaton, etc., qui ont bien marqué que le plus souvent le diagnostic causal est très difficile, sinon impossible. Et même, comme l'a fait remarquer Berger, la laparotomie ne permet pas toujours de trouver l'obstacle. Sans parler des cas d'iléus paralytiques des vieillards, il arrive que l'entérotomie guérit définitivement l'obstruction : les jours suivants, le cours des matières se rétablit spontanément par les voies naturelles, et on n'a plus qu'à fermer l'anus artificiel. Cela dit, la conclusion s'impose : trois cas, en pratique, se présentent :

1° *Le diagnostic est ferme* ; 2° *on n'a pas de diagnostic causal* ; 3° *le malade est à la période ultime*.

1° **LE DIAGNOSTIC EST FERME.** — L'indication opératoire varie suivant le cas, mais pour peu que le malade soit en état de supporter une opération, et cette appréciation est laissée au sens clinique du chirurgien, c'est évidemment la laparotomie qui est l'opération idéale pour toutes les occlusions aiguës, par brides, volvulus, coudures, torsions, invaginations, hernies internes, etc.

Et il ne faut pas croire qu'un grand attirail soit nécessaire pour cette intervention. Dans une petite chambre de Villiers-le-Bel, avec le Dr Branthomme, j'ai fait sans anesthésie une laparotomie sur un vieillard de quatre-vingts ans qui avait des vomissements fécaloïdes, le pouls irrégulier et défaillant. J'ai dégagé l'anse étranglée dans un sac réduit en masse et le malade a parfaitement guéri. Mais j'avais mon diagnostic ferme quand j'ai pris le bistouri.

2° **ON N'A PAS DE DIAGNOSTIC CAUSAL.** — C'est encore la laparotomie qui est l'opération de choix, à moins, bien entendu, que le malade ne soit mourant. Cette intervention permet de faire le diagnostic en général. Si par exception on ne trouve pas de cause appréciable, on la termine rapidement en fixant une anse dilatée à la paroi, quitte à faire ultérieurement une nouvelle laparotomie si la perméabilité intestinale ne reparait pas spontanément.

3° **LE MALADE EST A LA PÉRIODE ULTIME.** — Il n'y a pas à hésiter : il faut faire un anus artificiel, et tout le bien que j'ai dit de la laparotomie n'empêche pas de rendre justice à cette merveilleuse opération qui sauve tous les jours tant de malades. Segond et son élève Giresse (*loc. cit.*) insistent sur les bienfaits de l'anus artificiel dans les occlusions post-opératoires, surtout après l'hystérectomie vaginale. Je crois que ces « engouements intestinaux » sont surtout dus à une paralysie par infection locale du péritoine et que l'anus artificiel donne ici les mêmes résultats excellents que dans l'iléus paralytique des vieillards.

2° **Occlusion chronique.** — Tout ce qui précède s'applique aux

(1) KIRMISSON, *Soc. de chir.*, 6 octobre 1897, p. 578.

occlusions aiguës. Pour les formes chroniques, c'est bien différent. En général le diagnostic est plus aisé à cause des manifestations anciennes de la gêne de la circulation fécale, à cause des signes physiques que la palpation décèle dans le ventre en cas de tumeur comprimant l'intestin ou de cancer de cet organe.

Alors, c'est l'anus artificiel qui est de mise d'après la majorité des chirurgiens. Ce n'est que lorsque le malade est en dehors d'une crise d'obstruction intestinale qu'on peut discuter l'opportunité d'une résection intestinale suivie d'entérorrhaphie. Pour ma part, dans ces cas-là, je préfère l'anastomose intestinale simple à la résection. Absolument comme pour le cancer de l'estomac, je pense que les conditions qui se prêtent à une résection utile d'un cancer de l'intestin se rencontrent rarement, et si on laisse des ganglions dégénérés, etc., l'opération n'a plus rien de radical que le nom. C'est un trompe-l'œil; le cancer est enlevé, mais le cancéreux demeure cancéreux. Aussi, pour la majorité des faits, c'est à l'anastomose simple d'une anse prise en amont du cancer avec une anse située en aval, que je donne la préférence. De même, pourvu que le néoplasme siège au-dessus de l'S iliaque, ce n'est pas à l'anus iliaque que je me rends, c'est à l'anastomose d'une anse grêle à l'S iliaque. Cette anastomose rétablit le cours des matières sans laisser au patient cette infirmité grave et lamentable de l'anus iliaque.

« Mais à côté des cas d'occlusion chronique à marche chronique, subissant accidentellement une poussée aiguë à la suite de phénomènes qui ne laissent aucun doute sur la chronicité de l'affection causale, il est des cas d'occlusion due à des tumeurs, à des rétrécissements néoplasiques qui restent latents jusqu'au jour où ils se révèlent par des accidents aigus. » (Peyrot)

Eh bien, dans cette éventualité, c'est-à-dire si la cause chronique est restée absolument latente, la prescription de la laparotomie est si formelle pour les occlusions aiguës que c'est à cette exploration qu'on devra donner la préférence.

HERNIES ⁽¹⁾

PAR

M. JABOULAY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les hernies sont des tumeurs que forment les viscères contenus dans l'abdomen et le bassin, en s'échappant à travers les parois abdominales et pelviennes.

Il en est de communes : ce sont celles qui se font au niveau de l'abdomen ; il en est de rares, qui ont principalement pour siège le bassin, mais qui cependant existent dans quelques points de l'abdomen.

Parmi elles, plusieurs profitent d'une disposition anatomique existant au moment de la naissance, et se prolongeant ultérieurement, pour se produire ; on les appelle *congénitales* ; d'autres créent elles-mêmes un chemin dans des conduits plus spécialement affaiblis : ce sont les hernies *acquises*. Parfois un traumatisme, une plaie est venue faire une ouverture pour des hernies, qui s'appellent alors des *éventrations* ou des hernies *traumatiques*.

Nous étudierons d'abord les phénomènes généraux propres à

(1) LE DENTU, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, publié sous la direct. de Jaccoud. Paris, 1873, t. XVII, art. HERNIES. Indications bibliographiques. — SCHMIDT (Benno), *Die Unterleibsbrüche (Handbuch der allg. und spec. Chir. von Pitha und Billroth Erlangen, 1878, Bd III, 2^e Abtheil. Heft 3, p. 1 à 336)*. — HECKEL, *Compendium der Unterleibshernien*. Stuttgart, 1880. — LINHART (W.), *Vorlesungen über Unterleibshernien*. Würzburg, 1882. — *Encycl. intern. de chir.*, publié sous la direction de Ashurst. Paris, 1886, t. VI, art. HERNIES, par L. PICQUÉ. — WOOD (John), *Lectures on Hernia and its radical cure*. London, 1886. — BOURSIER, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1888, 4^e série, t. XIII. — LOCKWOOD (C.-B.), *The morbid Anatomy, Pathology and Treatment of Hernia (British med. Journ. London, 1889, vol. I, p. 1336, 1398, 1459)*. — GRASER (E.), *Unterleibsbrüche*. Wiesbaden, 1891. — MARCY (H.-O.), *The Anatomy and surgical Treatment of Hernia*. New York, 1892. — BENNETT (W. H.), *Clinical Lectures on abdominal Hernia*. London, 1893. — BERGER (Paul), *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus. Paris, 1892, t. VI, art. HERNIES; 2^e édit., 1898, t. VI. — Résultats de l'examen de dix mille hernies. Paris, 1896. — MACREADY (J.-F. C.-H.), *A Treatise on Ruptures*. London, 1893. — SCHMIDT (G.-B.), *Die Unterleibsbrüche (Deutsche Chirurgie. Stuttgart. Lief. XLVII, 1896)*. — MAYDL, *Die Lehre von den Unterleibsbrüchen*. Wien, 1898.