

fébrile en rapport avec le début de l'infection et, plus tard, avec la suppuration. Il existe souvent aussi, au début et même plus tard, un certain degré de réaction péritonéale qui se traduit par de la constipation, des vomissements; mais on a observé aussi de la diarrhée, et en tout cas, l'intestin reste perméable aux gaz.

L'*appendicite herniaire* mérite une mention à part, comme étant une des formes les mieux étudiées de la péritonite herniaire. Avec M. Berger, nous en distinguerons deux formes :

Dans la première, l'appendice est seul contenu dans la hernie : les symptômes sont réduits à ceux d'un simple abcès qui évolue sans aucun retentissement sur le grand péritoine et détermine seulement du côté de l'état général une légère réaction fébrile. Parfois les accidents ont été même si peu marqués que l'origine appendiculaire de la suppuration eût pu passer inaperçue si l'odeur intestinale du pus, l'issue de matières stercorales, l'examen histologique de la poche ou même seulement la persistance d'une fistule stercorale, n'avaient attiré l'attention de ce côté.

Dans la seconde forme, l'appendice est dans la hernie en compagnie d'autres organes. Alors on a tout le syndrome de la péritonite herniaire telle que nous l'avons décrite. La hernie devient rouge, tendue, douloureuse, il y a des vomissements, le ventre se ballonne. Cependant on a toujours noté que le cours des matières et des gaz n'est pas complètement arrêté. — L'évolution vers la suppuration est la règle, et un phlegmon se constitue, d'aspect variable suivant le siège inguinal, crural ou ombilical de la hernie. — Puis, l'abcès ouvert, il reste des fistules stercorales qui peuvent bien se tarir seules, mais peuvent aussi nécessiter des interventions ultérieures. — Il n'est pas absolument rare de voir l'inflammation se transmettre au grand péritoine et déterminer une péritonite généralisée mortelle. Rivet, en 1894, a trouvé cette complication 6 fois sur 24 observations.

Les lignes qui précèdent laissent bien peu de choses à dire du diagnostic de la péritonite herniaire. Lorsqu'elle s'accuse par des caractères locaux bien nets, en laissant persister le cours des matières et des gaz, il n'est pas difficile de la distinguer de l'étranglement herniaire; si, au contraire, les signes ne sont pas suffisamment caractérisés pour enlever tous les doutes, c'est le bistouri à la main qu'il faut trancher le diagnostic. — Ce dernier, par contre, peut être très difficile entre certaines épiplocèles enflammées et la péritonite d'une entéro-épiplocèle, ou bien une appendicite herniaire : mais, comme le traitement est le même dans les deux cas, il n'y a pas lieu de chercher des signes différentiels d'ailleurs bien incertains.

La conduite à tenir en présence d'une péritonite herniaire confirmée ne présente pas de difficultés spéciales. Au début, si les accidents sont légers, comme l'intestin reste libre, rien ne presse, et on peut être autorisé à attendre, en mettant le malade au repos et à la diète, avec

application de compresses chaudes ou d'une vessie de glace sur la hernie. Mais il n'y a aucun avantage à prolonger cette expectation, et la conduite rationnelle est évidemment l'ouverture précoce de la hernie, suivie du traitement de son contenu d'après les règles qui ont été formulées à propos de l'étranglement herniaire et sur lesquelles il nous semble inutile de revenir ici.

II. — TUBERCULOSE HERNIAIRE.

Signalée par Cruveilhier, la tuberculose herniaire est fort rare, puisque, en 1896, Roth (1) n'en trouvait que 22 observations : ce nombre serait accru aujourd'hui de quelques faits récents.

Néanmoins la tuberculose herniaire a une histoire. Lejars (2), puis Jonnesco (3), en ont fait une étude séparée qui a été reprise récemment dans la thèse de M. Nurdin (Paris, 1898).

Elle peut se rencontrer chez des tuberculeux avérés, présentant des lésions évidentes du poumon ou du péritoine; mais on l'observe souvent sur des sujets qui paraissent indemnes de tuberculose. Aussi deux opinions différentes se sont-elles fait jour au sujet de sa pathogénie. Lejars et Jonnesco en font une tuberculose localisée : ils admettent que la hernie présente des conditions très favorables à la localisation du virus tuberculeux, en raison des troubles circulatoires qui résultent de la déclivité des organes herniés, des compressions et des torsions que peuvent subir les vaisseaux qui s'y rendent, et en raison aussi des traumatismes qui, grands ou petits, atteignent fréquemment les hernies.

Au contraire, Bruns, Hägler, Roth, pensent que la tuberculose herniaire est toujours due à l'extension de lésions tuberculeuses du grand péritoine : seulement, disent-ils, la péritonite tuberculeuse primitive reste latente ou bien n'évolue pas, tandis que la tuberculose herniaire se développe facilement grâce aux traumatismes et aux troubles circulatoires dont nous avons parlé.

Le sac herniaire est le siège de prédilection des lésions, qui peuvent revêtir plusieurs formes.

La plus rare est le tubercule massif, isolé en un point de la périphérie du sac, tandis que tout le reste est sain et qu'on trouve seulement dans sa cavité un liquide clair.

La péritonite herniaire tuberculeuse est plus fréquente. — Elle consiste quelquefois dans une éruption de granulations miliaires qui occupent le collet ou bien se répandent dans toute l'étendue du sac; d'autres fois, on a la forme cloisonnée décrite par Reverdin (4), Hayem,

(1) ROTH, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1896.

(2) LEJARS, *Gaz. des hôp.*, 1889.

(3) JONNESCO, *Revue de chir.*, 1891.

(4) REVERDIN, *Soc. anat.*, 1870.

et qui consiste en de très nombreuses adhérences, fixant l'intestin à la paroi et délimitant des loges irrégulières communiquant entre elles et remplies d'un liquide séreux.

Les organes contenus dans la hernie, épiploon, intestin, mésentère, peuvent présenter aussi des lésions tuberculeuses, sur la description desquelles il n'y a pas lieu d'insister. Ces lésions coexistent ordinairement avec celles du sac; elles peuvent cependant se trouver isolées (Berger).

Les *symptômes* de la tuberculose herniaire sont obscurs dans les cas où le sujet ne présente pas des lésions nettes de tuberculose pulmonaire ou péritonéale. Ils se présentent quelquefois sous une forme aiguë ou subaiguë ressemblant beaucoup à la péritonite herniaire non tuberculeuse : la hernie grossit, devient douloureuse, irréductible; ses parois sont épaissies et l'on reconnaît dans le sac un épanchement liquide. Cependant les vomissements et la constipation sont rares, peu marqués, et du côté de l'état général on trouve seulement un peu de fièvre avec l'amaigrissement et la perte des forces des tuberculeux en évolution.

La forme chronique est plus difficile à reconnaître encore : la hernie augmente de volume, lentement, par étapes; elle devient douloureuse et progressivement irréductible. Il n'y a rien là de bien caractéristique, sauf peut-être l'intensité anormale des douleurs, et c'est surtout sur l'état général, la coïncidence d'autres tuberculoses qu'on pourra étayer un diagnostic d'ailleurs bien problématique.

Quant au traitement, ce sera encore la cure radicale, avec ablation soigneuse du sac et de l'épiploon s'il est malade. Quelques faits montrent qu'on peut obtenir ainsi des résultats durables.

III. — HERNIES IRRÉDUCTIBLES.

Dans les accidents que nous venons d'étudier, l'irréductibilité se rencontre d'une façon presque constante et constitue un symptôme de grande valeur; mais elle est en général passagère. On donne plus particulièrement le nom de hernies irréductibles ou incoercibles à celles qui, sans causer d'accidents sérieux, sont cependant rebelles aux tentatives de réduction, et cela d'une manière permanente et définitive.

Trois causes principales sont susceptibles de provoquer cet état : ce sont le volume extrême de la hernie, l'existence d'adhérences limitant les mouvements de son contenu et l'empêchant de rentrer, ou enfin le développement d'une tumeur dans le sac herniaire. — Nous allons les étudier successivement.

1^o Hernies irréductibles par perte de droit de domicile.

J.-L. Petit a donné ce nom à des hernies assez volumineuses pour contenir une grande quantité d'intestin, de sorte que la cavité péritonéale, presque complètement vidée de son contenu, se rétrécit et devient incapable de le recevoir de nouveau.

Dans ces cas, l'intestin, mobile et non adhérent, se laisse facilement réduire, mais il ressort aussitôt à travers l'anneau très large, ou bien, à mesure qu'une certaine étendue d'intestin rentre, une partie correspondante ressort, et la manœuvre la mieux faite ne donne aucun résultat effectif.

Il peut arriver aussi que la réduction, tout en étant anatomiquement possible, provoque des accidents tels qu'elle ne peut être maintenue. Le malade se sent gêné, souffre, ressent des coliques, présente des troubles digestifs tels que le maintien de la hernie au dehors est la condition indispensable d'une situation tolérable.

En pareil cas, la thérapeutique est impuissante : soutenir la hernie, exercer sur elle une compression élastique permettant d'enrayer ses progrès dans la mesure du possible, telle est la seule ressource, et elle ne suffit pas à protéger ces malades contre les accidents graves dont ils sont menacés.

2^o Hernies adhérentes.

Il est conforme à la tradition de décrire dans un même chapitre tous les cas où l'irréductibilité est due à une adhérence anormale des viscères herniés entre eux ou avec le sac. Cependant nous savons depuis Scarpa que ces adhérences ne sont pas toutes de même espèce, et qu'il en existe deux variétés bien différentes : les unes, dites *inflammatoires*, sont une complication qui peut survenir dans toutes les hernies, sans distinction de siège ou de contenu; les autres, au contraire, appelées *adhérences charnues naturelles*, *adhérences par glissement*, sont particulières aux hernies du gros intestin et résultent du mode de production même de ces hernies. Différentes de nature et d'origine, ces deux sortes d'adhérences diffèrent aussi par les symptômes qu'elles causent, par le traitement qui leur convient; aussi les étudierons-nous dans deux paragraphes distincts.

A. Adhérences inflammatoires. — Elles sont connues et étudiées depuis fort longtemps, et déjà au siècle dernier J.-L. Petit, Arnaud, Richter en ont donné des descriptions auxquelles il reste bien peu de choses à ajouter. Elles sont d'ailleurs plus rares de nos jours, depuis que les perfectionnements apportés à la confection des bandages a rendu le maintien des hernies plus facile et plus efficace.

Ces adhérences se rencontrent en effet presque toujours dans les