

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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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

vieilles hernies volumineuses, rebelles aux bandages ou négligées depuis longtemps.

Quelquefois elles se relient d'une façon bien nette à une péritonite herniaire authentique, quelle que soit d'ailleurs l'origine de cette dernière. Mais cela est rare et, dans la majorité des cas, l'étiologie des adhérences inflammatoires demeure assez obscure. On trouve fréquemment dans les antécédents de la hernie un ou plusieurs de ces accès d'irréductibilité passagère que nous avons attribués précédemment à des étranglements peu serrés. Il faut admettre alors que ces accidents s'accompagnent d'un certain degré d'irritation péritonéale suffisant pour déterminer la formation d'adhérences. Enfin, dans quelques cas, on ne trouve aucune trace d'un accident aigu ou subaigu quelconque : on ne peut incriminer que les petits traumatismes, les frottements, les froissements auxquels sont constamment soumises les grosses hernies mal ou non réduites, mais ces causes suffisent-elles à expliquer les adhérences nombreuses et étendues que l'on trouve dans certaines hernies?

La tuberculose, les néoplasmes déterminent parfois dans les hernies des adhérences d'espèce particulière, mais qui peuvent se traduire en clinique par des accidents analogues à ceux déterminés par les adhérences simples. Il suffit de les mentionner ici et de renvoyer aux chapitres dans lesquels ces affections sont étudiées à part.

Le mode de production des adhérences inflammatoires dans le sac herniaire est le même que dans toutes les autres séreuses. Il se produit d'abord un exsudat fibrineux qui s'étale à la surface du revêtement séreux et colle l'une à l'autre les surfaces en présence. Puis, suivant un processus histologique aujourd'hui bien connu, ces lames de fibrine sont envahies par des cellules conjonctives et par des vaisseaux jeunes, issus par prolifération des éléments de revêtement et des vaisseaux de la membrane séreuse sous-jacente. Peu à peu, la fibrine disparaît, et il reste à sa place un tissu conjonctif d'abord peu résistant, plus tard dense et solide, ayant tous les caractères du tissu fibreux.

A ces différentes étapes correspondent des formes anatomiques différentes que les anciens avaient déjà bien distinguées.

Sans reproduire les classifications quelque peu complexes qui en ont été faites, nous dirons simplement qu'il suffit d'en retenir deux sortes : les *adhérences fibrineuses*, qui se présentent tantôt sous la forme de lames pseudo-membraneuses, blanchâtres, étalées à la surface de l'intestin, tantôt sous l'apparence d'un revêtement de colle, de gélatine ou de glu appliquée à la surface des viscères. En raison de leur nature fibrineuse, elles sont passagères, pouvant se résorber sans laisser de traces, ou bien se transformer en la variété suivante.

Les *adhérences vraies, ou conjonctives*, sont formées au contraire de tissu conjonctif lâche ou modelé, et par conséquent indéfiniment

persistantes. Elles seules sont importantes et méritent une description un peu détaillée. Nous les envisagerons successivement en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les parties constituantes de la hernie.

Elles sont parfois très courtes, presque virtuelles, consistant simplement dans la fusion intime et complète de deux surfaces accolées. Ordinairement leur longueur est assez grande pour qu'elles aient une existence réelle; elles ont alors la forme, tantôt de brides ou de cloisons incomplètes, tantôt, lorsqu'elles s'allongent davantage, de rubans plus ou moins larges, ou bien de cordages plus ou moins volumineux. Leur résistance n'est pas moins variable que leur forme et leur longueur : quelquefois assez faibles pour se laisser déchirer facilement avec les doigts, elles sont souvent plus résistantes et ne cèdent qu'au bistouri. Dans les cas anciens, elles peuvent acquérir une épaisseur et une dureté assez grande pour mériter le nom d'adhérences calleuses que leur donnaient les anciens.

Leur disposition dans le sac herniaire n'est réglée par aucune loi, aussi est-il impossible d'en donner une description complète; nous signalerons seulement les particularités les plus intéressantes.

Larges et étendues entre deux points opposés du sac, elles peuvent arriver à former des sortes de cloisons; parfois le sac est aussi divisé en loges plus ou moins indépendantes dont les orifices de communication peuvent être pour l'intestin un agent de coudure ou d'étranglement.

Quelquefois les adhérences ne se limitent pas au sac et au collet; elles s'étendent alors dans la cavité abdominale, à une distance ordinairement assez faible de l'orifice herniaire, et leur présence à ce niveau peut être une cause de difficultés au cours de l'opération, et même d'accidents.

L'épiploon, souvent atteint d'inflammation chronique, est aussi très souvent adhérent; mais ces adhérences, qui le fixent au pourtour du collet ou à un point quelconque du sac, sont ordinairement assez faibles pour ne pas constituer une complication opératoire véritable. Elles peuvent cependant prendre une grande extension, unir intimement l'épiploon au sac sur presque toute sa surface et l'amener ainsi à former une sorte de second sac dans lequel se trouve renfermé l'intestin (Prescott Hewett).

Les *adhérences intestinales*, plus rares, sont beaucoup plus importantes. Parfois ce sont des brides en général assez étroites qui l'unissent soit au sac, directement ou par l'intermédiaire de l'épiploon, soit à une anse intestinale voisine. Elles peuvent alors devenir la cause de coudures brusques et engendrer des accidents très graves. Plus rarement on trouve une partie assez étendue de l'intestin adhérente au sac d'une façon si intime que la dissection la plus mi-

nutieuse ne peut les séparer et que l'entérectomie devient nécessaire.

Enfin, dans quelques cas rares, le contenu de la hernie tout entier est fusionné en une masse unique dans laquelle l'intestin a perdu son individualité et n'est plus représenté que par un système de canaux communicants sans parois distinctes. C'est là ce que J.-L. Petit avait appelé les hernies marronnées : elles étaient considérées autrefois comme une forme très grave à cause de l'altération des parois de l'intestin et de l'impossibilité de les libérer.

Les modifications de la structure des tuniques intestinales atteignent rarement un degré aussi avancé ; mais à un degré moindre elles sont fréquentes, et nous devons en parler ici, bien qu'il soit difficile d'établir si leur cause prochaine se trouve dans les adhérences elles-mêmes ou dans les causes qui ont engendré ces dernières.

La paroi intestinale est tantôt épaissie, dense, infiltrée par un exsudat interstitiel, tantôt au contraire amincie, friable, réduite presque à rien, et il semble que cette atrophie porte surtout sur la tunique musculuse. Quelquefois même on note des modifications de calibre : enserré dans un anneau fibreux au niveau du collet, par exemple, l'intestin devient le siège d'un véritable rétrécissement capable de provoquer à lui seul des accidents.

Des altérations du même ordre, mais limitées à un côté de l'intestin, peuvent se développer au niveau d'une coudure brusque, d'une plicature de l'intestin, et rendre la déformation permanente même après la section des brides qui en avaient été la cause première.

**Symptômes et accidents.** — En raison de leur développement lent, insidieux, sans phénomènes aigus d'aucune sorte, les adhérences des hernies restent souvent très longtemps méconnues des malades, et il est presque toujours impossible de savoir avec précision depuis combien de temps une hernie qu'on examine est adhérente.

L'irréductibilité permanente est leur symptôme le plus saillant ; encore ne leur appartient-elle pas en propre, puisqu'il existe d'autres causes d'irréductibilité et que toutes les hernies adhérentes ne sont pas forcément irréductibles. Il se peut, en effet, que des adhérences, surtout lorsqu'elles atteignent l'intestin grêle, soient assez longues pour permettre la rentrée complète de l'intestin, quitte à l'attirer ensuite de nouveau au dehors ; mais plus souvent la réduction que l'on peut obtenir avec quelques efforts est anormale en ce sens que l'intestin emmène le sac avec lui. On a alors sous le doigt une sensation de vacuité de la région herniaire, assez particulière pour permettre la reconnaissance facile de cette réduction anormale.

L'irréductibilité est cependant la règle : elle est rarement complète ; en général, des manœuvres bien méthodiques arrivent à faire diminuer la hernie de volume : on sent l'intestin rentrer en produisant un gargouillement caractéristique, mais pas absolument cons-

tant, et il reste dans le sac une masse pâteuse, lobulée, parsemée de noyaux durs, dans laquelle il est facile de reconnaître le gâteau épiploïque qui est le siège si fréquent des adhérences.

A part cette irréductibilité, la hernie ne présente rien de bien spécial : elle est peu tendue, molle, n'a rien de la tension des hernies enflammées, indolore à la pression. Lorsqu'on l'explore, on trouve un anneau large, et, à la palpation, des caractères variables suivant la proportion d'intestin et d'épiploon qu'elle renferme.

Les signes fonctionnels sont très souvent légers, ou même nuls. On peut observer cependant une certaine gêne mal définie, sensation de pesanteur et de tiraillement dans le ventre ou dans les reins. Parfois ce sont les troubles digestifs qui dominent : les malades se plaignent de coliques, mais la constipation, les vomissements sont tout à fait rares, et, dans la majorité des cas, les porteurs de hernies adhérentes sont plutôt des infirmes incapables de travailler que de véritables malades.

Mais il peut survenir des accidents qui modifient ce caractère de bénignité relative.

L'étranglement, soit dans sa forme aiguë, soit plutôt dans sa forme lente, l'engouement, la péritonite herniaire peuvent survenir dans les hernies adhérentes au même titre que dans toutes les autres ; elles sont même le siège de prédilection de ces accidents subaigus et chroniques que nous avons décrits comme étant la propriété des hernies volumineuses et anciennes et dont nous avons rapporté la cause à des étranglements peu serrés. Souvent ils ont précédé de longtemps l'apparition des adhérences, et ne sont pas restés étrangers à la cause qui les a produites ; si, après chaque crise d'irréductibilité passagère, la hernie demeure plus grosse et moins facile à réduire, c'est en grande partie le résultat de la formation de nouvelles adhérences. Mais celles-ci interviennent à leur tour pour rendre ces accidents plus fréquents et plus graves.

Les adhérences herniaires peuvent en outre provoquer des troubles d'une espèce particulière : ce sont des phénomènes d'étranglement qui se font non plus au niveau du pédicule, mais à l'intérieur même du sac, par un mécanisme tout à fait semblable à celui de l'occlusion intestinale ordinaire provoquée dans la grande cavité péritonéale par des brides ou des adhérences anormales de l'intestin.

Les variétés de ces étranglements intrasacculaires sont nombreuses : le mode le plus simple est la coudure brusque de l'intestin retenu fixé par une bride étroite en un point quelconque du sac : Hartmann (1), Lingen (2), en ont rapporté des exemples ; nous-même l'avons rencontrée une fois dans une grosse hernie ombilicale.

L'intestin peut encore se couder et s'étrangler en passant sur une

(1) HARTMANN, *Soc. anat.*, 1883.

(2) LINGEN, *Saint-Petersburg. med. Wochenschr.*, 1883.