

bride étroite, constituée soit par une adhérence simple, comme l'ont vu Luther Holden (1), Berger (2), soit par l'épiploon tendu et fixé par des adhérences (Arnaud, Renoult, Vidal, etc.). Quelquefois le phénomène est plus complexe; l'intestin, rencontrant une bride, s'enroule autour d'elle et finit par faire un véritable volvulus; ou bien il se tord sur lui-même sans cause connue, mais il reste fixé dans cette position anormale par des adhérences, et alors se développent des accidents qui peuvent aller jusqu'à l'oblitération des vaisseaux mésentériques, suivie de gangrène (Laugier, Benno Schmidt, Maunoury).

Enfin on peut voir l'étranglement interne résulter de la pénétration de l'intestin à travers un trou percé anormalement dans l'épiploon, ou bien dans un orifice formé par le cloisonnement incomplet du sac. Les sacs épiploïques décrits par Prescott Hewett peuvent aussi étrangler l'intestin qu'ils contiennent: dans les cas de Gillette et de Bryant, l'intestin ne fut pas reconnu et la réduction en masse fut suivie de mort.

Les symptômes de l'étranglement intrasacculaire ne diffèrent en rien de ceux de l'étranglement vulgaire, du moins en ce qui concerne l'état général et les troubles gastro-intestinaux. Les vomissements, l'arrêt complet des matières et des gaz, les coliques, le ballonnement du ventre, l'altération rapide de l'état général, tout cela se trouve ordinairement réuni. Les accidents peuvent avoir une marche aiguë, franche: ils sont parfois insidieux, s'établissant peu à peu sans fracas, les uns après les autres, et revêtent alors l'aspect des étranglements peu serrés à évolution lente, avec lesquels il est presque impossible de ne pas les confondre, à cause de la ressemblance très grande des symptômes locaux.

On trouve en effet, en examinant la hernie, qu'elle présente une tension modérée, parfois presque nulle, et qu'elle est peu douloureuse, la douleur étant uniformément répartie et non localisée au niveau du pédicule.

L'anneau est large, admet facilement le doigt, et les pressions méthodiques permettent souvent une réduction partielle qui peut s'accompagner d'un gargouillement manifeste. Mais cette réduction ne peut être maintenue et ne détermine aucun soulagement.

Ce sont ces particularités, révélées par l'examen local, qui permettent quelquefois de poser le diagnostic, mais on doit toujours le faire avec de grandes réserves, et puis il n'est en aucune manière nécessaire au traitement, puisque tout accident ressemblant à l'étranglement doit être considéré comme tel, quelle que soit sa cause; l'intervention seule lèvera tous les doutes.

Les indications à remplir dans le traitement des hernies adhérentes

(1) LUTHER HOLDEN, *Arch. gén. de méd.*, 1847.

(2) BERGER, *Traité de Chirurgie* publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2^e édit., t. VI, p. 105.

doivent être discutées principalement dans deux circonstances, suivant qu'il s'agit d'une irréductibilité simple ou qu'elle est compliquée d'accidents.

Pour le premier cas, on peut dire d'une façon générale que la cure radicale est le traitement de choix des hernies adhérentes, et qu'on doit la proposer toutes les fois que l'opération n'est pas contre-indiquée par l'âge ou l'état général. Cette conclusion est suffisamment justifiée par la difficulté qu'on éprouve à maintenir ces hernies, et par les accidents dont elles peuvent devenir le siège. Il faut cependant faire une part assez large aux contre-indications, en raison des difficultés que présente l'opération dans les cas de hernies volumineuses et anciennes, et qui sont susceptibles de lui donner une certaine gravité.

Lorsqu'on s'est décidé pour l'abstention, on peut, si les lésions ne sont pas trop invétérées, essayer d'obtenir une diminution de la hernie par le repos combiné avec la compression élastique et l'usage répété des purgatifs. Les anciens chirurgiens, et, assez près de nous, Trélat, recommandaient cette méthode, susceptible de donner parfois, à la longue, de bons résultats.

Dans tous les cas, il faut maintenir la hernie aussi exactement que possible, soit avec un bandage à pelote concave, si elle est de petit volume, soit en l'enfermant, si elle est très grosse, dans un suspensoir ou dans une sorte de sac en tissu élastique.

L'existence d'accidents légers est une considération de plus en faveur de l'intervention; sans doute on peut compter sur leur disparition spontanée, et l'embarras du chirurgien est parfois bien grand de prendre une décision si le danger ne semble pas bien proche et que l'âge, l'état général ne sont pas des plus favorables; il faut songer dans ces cas que la crise, une fois passée, ne tardera pas à se reproduire plus grave, que très vraisemblablement l'intervention que l'on voudrait éviter ne tardera pas à s'imposer et qu'elle se fera alors dans des conditions encore moins favorables.

Quant aux accidents graves, est-il nécessaire de répéter encore qu'ils sont une indication formelle d'intervenir, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on se fait de leur cause.

Au cours de l'opération, l'existence des adhérences peut créer des difficultés particulières et nécessiter un traitement spécial.

Lorsque l'épiploon est sain, ce qui est assez rare, ses adhérences peuvent, si elles sont minces et faibles, être simplement détachées avec les doigts; mais il est toujours plus prudent de les sectionner entre deux ligatures, à cause des vaisseaux qu'elles peuvent renfermer; la réduction est alors rendue possible. Très souvent, l'épiploon adhérent présente en outre des altérations d'épiploïte plus ou moins accentuée qui nécessitent sa résection. Le traitement des adhérences passe alors au second plan, car on a soin de placer les ligatures en

chaîne assez haut pour que le moignon soit complètement libre.

Les adhérences intestinales, heureusement beaucoup moins fréquentes, méritent une très grande attention. Lorsqu'elles sont récentes, fibrineuses ou celluleuses lâches, on peut encore les décoller avec le bout du doigt ou un instrument moussé.

Les brides, larges ou étroites, sont sectionnées par l'instrument tranchant, et leur traitement est encore relativement simple.

Mais les difficultés se montrent lorsque l'intestin a fusionné sa paroi sur une étendue assez grande soit avec le sac, soit avec une anse voisine. Il existe alors des altérations des parois intestinales, qui sont friables au point que les essais de dissection régulière aboutissent presque fatalement à la perforation. On peut quelquefois libérer l'intestin en détachant la portion du sac à laquelle il adhère, lorsqu'elle n'est pas trop étendue; mais si les adhérences existent sur une large surface, unissant ensemble l'intestin, l'épiploon et le sac comme dans les hernies marronnées de J.-L. Petit, il ne faut pas s'attarder à ces petits moyens. Négligeant toute la partie non réductible de la hernie, on débride largement le collet et on fait, sur l'intestin sain pris à ce niveau, une entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire, et on termine en enlevant le sac avec tout son contenu.

Cette conduite hardie paraît justifiée aujourd'hui grâce aux améliorations de notre technique.

Cependant il ne faut pas méconnaître que ce sont là des interventions sérieuses par leur longueur et par l'importance du traumatisme que l'on fait; c'est pourquoi, en présence d'une hernie volumineuse, faisant pressentir des difficultés de cet ordre, le plus sage sera souvent de s'abstenir, à moins que des accidents graves ne viennent forcer la main du chirurgien.

B. Adhérences par glissement. — Scarpa les a fort bien définies en disant : « Cette espèce d'adhérence est formée des mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin dans la cavité abdominale, et qui ont été entraînés avec lui dans le scrotum. »

Seules peuvent donc en être le siège les *hernies* qui contiennent une partie de l'intestin normalement adhérente aux parois abdominales, c'est-à-dire le *cæcum* et le *côlon ascendant* d'une part, l'*S iliaque* et le *côlon descendant* de l'autre. Ce n'est pas ici le lieu de faire l'histoire complète de ces hernies du gros intestin. Cependant, nous sommes obligé d'entrer dans quelques détails nécessaires pour bien montrer quelle est dans ces cas la nature de l'obstacle à la réduction et comment il est possible de le vaincre.

Les travaux de Tuffier, Hartmann, Mérigot de Treigny, de nous-même et Bérard, les thèses récentes de Delhayé, Truitié de Vauresson, de Mayo, ont apporté sur ce sujet d'utiles renseignements.

Bien qu'il y ait de très grandes analogies entre les hernies du

cæcum et celles du *côlon sigmoïde*, nous les étudierons séparément pour plus de clarté.

a. **Hernies du *cæcum* et du *côlon ascendant*.** — Depuis les recherches de Trèves et Tuffier, on admit que la disposition du péritoine au niveau de la région *cæcale* est la suivante. Il entoure complètement l'extrémité du fond du *cæcum*, qui est libre dans la cavité péritonéale comme le cœur dans le péricarde, puis, en passant sur le *côlon*, il entoure d'abord celui-ci sur presque toute sa circonférence antérieure, mais forme en arrière un méso qui, de plus en plus court, finit par disparaître dans les trois quarts des cas, de sorte que le *côlon* n'est alors plus revêtu de péritoine qu'en avant, sa face postérieure reposant sur le tissu sous-péritonéal.

Telle est la disposition habituelle : exceptionnellement, dans un dixième des cas (Testut), le méso-*côlon* descend plus bas et se prolonge sur le *cæcum* lui-même qui est alors adhérent à la paroi (Broca, Legueu, Perignon).

Ceci étant posé, les hernies du *cæcum* peuvent se faire suivant deux mécanismes différents qui ont pour résultat des dispositions différentes aussi.

Le premier et le plus simple est celui du glissement : le *cæcum*, entouré de son péritoine glisse, dans la hernie : il engage dans le collet d'abord son fond, tout entier recouvert de péritoine, et, tant qu'il en reste là, il ne diffère en rien d'une hernie vulgaire et demeure parfaitement réductible; c'est le premier degré de Scarpa.

Mais si le *cæcum* continue à descendre, on voit s'engager avec lui le *côlon ascendant* avec le péritoine qui le recouvre et lui forme en arrière un méso. Ce méso s'insère dès lors en un point quelconque du collet, il s'oppose aux tentatives de réduction et constitue l'adhérence charnue naturelle. Tel est le second degré de Scarpa.

Enfin le troisième degré comprend les faits plus complexes où la hernie volumineuse contient, avec le *cæcum*, de l'intestin grêle et une partie plus ou moins étendue du *côlon ascendant*. Le méso, l'adhérence par glissement, descend alors plus bas; au lieu d'occuper le collet, on le trouve plus ou moins bas dans le sac lui-même.

Telle est la hernie du *cæcum* par glissement : elle se caractérise par ce que l'intestin est contenu tout entier, sauf au niveau du méso, dans un sac péritonéal semblable à celui des autres hernies. On l'appelle volontiers, pour cette raison, hernie à sac complet.

Les choses sont bien différentes dans le second type de hernie du *cæcum*, dont la pathogénie a été bien expliquée par Tuffier.

Ici le premier organe qui se déplace est le *côlon ascendant*. Dépourvu de péritoine sur sa face postéro-externe, il s'échappe de ce côté, glisse sous le péritoine de la fosse iliaque, et vient ainsi constituer une hernie, non recouverte de péritoine, et par conséquent sans sac.

Pendant ce mouvement de descente, il cherche à entraîner avec lui le cæcum : celui-ci, alors, au lieu de glisser simplement du haut en bas, comme dans la forme précédente, bascule comme un vase que l'on renverse, et pénètre dans la hernie, la tête la première, tandis que le fond reste en place avec l'appendice, et ne prend place à son tour dans la hernie que plus tard, si la progression des viscères continue.

Que devient le péritoine pendant ce mouvement? Le cølon s'en est libéré dès le début; le cæcum suit son exemple, mais en partie seulement : les recherches de Tuffier ont montré en effet que le péritoine, facile à mobiliser sur le cølon ascendant et la partie supérieure du cæcum, devient de plus en plus adhérent à mesure qu'on descend davantage sur celui-ci. Le cæcum, attiré à la suite du cølon, pourra donc se décortiquer de son revêtement péritonéal dans sa partie supérieure qui sera, elle aussi, sans sac; mais le péritoine, très adhérent au fond du cæcum l'accompagne, descend avec lui dans la hernie, qui se trouve alors constituée en grande partie par l'intestin dépourvu de séreuse, mais possède cependant un petit sac qui revêt une portion limitée du cæcum. Ce sac est situé à la partie supérieure de la hernie, directement en avant suivant les uns (Delhay), à la partie antéro-interne suivant les autres (de Mayo).

Telle est la hernie secondaire du cæcum, avec sac incomplet. Si on l'envisage au point de vue des causes de l'irréductibilité, on voit qu'elle est bien différente de la hernie par glissement à sac complet; au lieu d'une simple adhérence, nous avons une disposition complexe: l'obstacle ne se trouve pas dans le sac, il résulte des adhérences que l'intestin dépourvu de séreuse a pu contracter avec le tissu conjonctif dans lequel il baigne; mais il est dû surtout au mouvement de renversement exécuté par le cæcum. Nous verrons en effet qu'on peut obtenir la réduction si l'on a soin de redresser le cæcum et de lui faire suivre en somme un trajet analogue à celui qu'il a fait pour sortir, mais en sens inverse.

Il ne faudrait pas croire cependant que la descente primitive du cølon, et par conséquent sa présence dans la hernie, soit la condition absolument nécessaire de cette variété de hernie du cæcum et à sac incomplet. Quelques faits dus à Seruin, Guillet, Le Dentu, à nous-même, montrent que le cæcum peut quelquefois sortir le premier, en se renversant, et constituer aussi une hernie cæcale primitive à sac incomplet. Il faut pour cela que le cæcum soit anormalement pourvu d'un méso-cæcum: alors, cet organe, lorsqu'il est distendu par les matières, peut, si son ligament inférieur ne le maintient pas suffisamment en place, s'énucléer de sa coque séreuse et exécuter tout seul le mouvement de bascule qu'il effectue ordinairement à la suite du cølon ascendant.

b. *Hernies de l'S iliaque et du cølon descendant.* — Plus

fréquentes que les hernies du cæcum et du cølon ascendant, elles ont avec ces dernières de telles analogies que nous pourrions bien souvent, dans ce qui suivra, renvoyer au chapitre précédent.

On sait que le cølon sigmoïde est complètement entouré par le péritoine, qui lui forme seulement en arrière un méso assez long pour lui laisser une grande mobilité. Ce méso devient de plus en plus court à mesure qu'on se rapproche du cølon descendant, sur lequel il disparaît ordinairement. Celui-ci est donc, comme le cølon ascendant, le plus souvent sous-péritonéal; cependant, dans 30 p. 100 des cas environ, le méso persiste et le cølon se trouve tout entier inclus dans le péritoine. Ajoutons enfin que dans quelques cas rares c'est la disposition inverse qui prévaut: non seulement le cølon, mais l'S iliaque lui-même est dépourvu de méso et se trouve sous-péritonéal (Anderson).

Comment sont disposées maintenant les hernies de l'S iliaque? Elles se font toujours par le mécanisme du glissement, et l'on peut diviser ce mouvement en trois étapes, assez comparables aux trois degrés de la hernie cæcale.

α. L'S iliaque fait seul partie de la hernie: grâce à la longueur de son méso, il est libre, comme l'intestin grêle, et facilement réductible.

β. Avec l'S iliaque est descendue l'extrémité inférieure du cølon: l'intestin est attaché à la partie externe du collet par les mêmes replis péritonéaux qui le fixent dans le flanc gauche; il est alors irréductible.

γ. La descente étant achevée, ces mêmes replis péritonéaux font partie du sac, qui contient alors une partie plus ou moins grande du cølon descendant.

Comme le fait bien remarquer Delhay, ce n'est donc pas l'S iliaque qui adhère, mais bien l'extrémité inférieure du cølon ascendant.

Quelle est maintenant la disposition du péritoine? Les hernies de l'S iliaque seul ont, en général, un sac complet; cependant, comme ses rapports avec le péritoine sont sujets à quelques variations, rares il est vrai, on peut trouver exceptionnellement un sac incomplet, et même une absence complète de sac, correspondant aux cas où cette partie de l'intestin est tout à fait sous-péritonéale. Anderson en a rapporté trois observations probantes (1).

Lorsque derrière l'S iliaque a glissé une partie du cølon descendant, on a en général un sac incomplet qui occupe la partie antéro-interne de la hernie, tandis que la partie externe est remplie par le cølon dépourvu de péritoine. Mais, ici encore, il faut tenir compte des variations qui peuvent exister dans la disposition du péritoine; en effet, dans les cas où le cølon descendant est intrapéritonéal et

(1) ANDERSON, *Sem. méd.*, 1895.

pourvu d'un méso, on a un sac complet avec une simple adhérence par glissement plus ou moins étendue.

Au point de vue clinique, les hernies adhérentes par glissement s'observent le plus souvent à gauche et dans la région inguinale. Elles sont, en général, volumineuses, très sonores à la percussion, tandis qu'au palper elles donnent parfois une sensation de mollesse particulière qui peut les faire confondre avec l'épiploon. Les manœuvres de réduction ne parviennent pas à faire rentrer l'intestin en sa totalité; il est rare que l'irréductibilité soit complète; presque toujours elle est incomplète: on sent qu'il reste quelque chose dans le sac, ou bien l'intestin, une fois réduit, ressort aussitôt.

Tous ces signes se rencontrent aussi dans les hernies adhérentes par inflammation, et un diagnostic différentiel n'est guère possible entre ces deux variétés. On peut cependant soupçonner l'adhérence naturelle lorsque l'irréductibilité existe dès le début et que certains signes permettent de penser que le gros intestin, et en particulier l'S iliaque, se trouve dans le sac. Delhaye insiste à ce point de vue sur la valeur diagnostique de sensations particulières et de modifications de consistance et de forme se produisant dans la hernie au moment de la défécation, et sur le résultat des injections de liquides ou de gaz faites par l'anus. On pourrait, par ce moyen, provoquer parfois du gargouillement, déterminer un changement de volume et de consistance du gros intestin, et parvenir ainsi à reconnaître sa présence dans la hernie.

Du reste, ce diagnostic n'a pas un grand intérêt pratique, car les indications opératoires sont sensiblement les mêmes dans les deux cas. La difficulté de maintenir les hernies adhérentes par glissement, leur accroissement continu, sont des raisons suffisantes pour justifier la cure radicale, qui est aussi, dans ces cas, une intervention assez laborieuse pour n'être pas tentée sur des sujets trop âgés ou trop peu résistants.

La TECHNIQUE DE L'OPÉRATION présente les particularités suivantes: tout d'abord, en ouvrant la hernie, il faut prendre des précautions pour éviter de blesser l'intestin, dans les cas où il est partiellement dépourvu de sac. L'incision doit donc être faite à l'endroit où se trouve celui-ci, c'est-à-dire dans la partie supérieure de la hernie et au milieu, et la section des tissus pratiquée couche par couche.

Mais le point délicat se trouve dans la libération de l'intestin. Cette difficulté n'existe pas dans les cas où la hernie, à son premier degré, renferme une partie du gros intestin recouverte partout de péritoine; la réduction est alors aussi simple que dans une entérocele vulgaire. Mais il en est autrement lorsque la descente a été plus complète. Il faut considérer, en effet, que l'adhérence charnue naturelle, contenant les vaisseaux et les nerfs d'une partie de l'intestin, ne peut être sectionnée sans exposer ce dernier au sphacèle; d'autre part, l'in-

testin exécute parfois des mouvements complexes qui obligent à tenir compte, dans une certaine mesure, de la pathogénie du déplacement.

Dans les hernies par glissement, le but à poursuivre est de réduire en même temps l'intestin avec le péritoine qui le recouvre et son méso. Il faut, pour cela, décoller avec précaution le péritoine des tissus sous-jacents en se servant uniquement des doigts, à l'exclusion de tout instrument, pour être bien sûr de respecter les vaisseaux. Cette mobilisation étant poursuivie très haut, jusque dans la fosse iliaque, il devient alors possible de réduire l'intestin avec son point d'insertion.

Mais les adhérences sont parfois assez fortes pour rendre la séparation du péritoine difficile; on peut alors essayer une libération partielle en circonscrivant largement la région du sac au niveau de laquelle existe l'adhérence, par une incision, et de séparer l'intestin en lui laissant adhérer toute la partie adjacente du sac et des tissus voisins. Cette manœuvre n'est pas sans danger, car on risque de blesser l'intestin lui-même ou ses vaisseaux; de plus, la réduction qu'elle permet d'effectuer est toujours assez incomplète pour que la récidive soit à craindre.

Il est certainement plus prudent de laisser en place l'intestin adhérent et de se borner à réduire tout ce qui est réductible, à traiter la portion isolable du sac comme dans une hernie ordinaire, puis, après l'avoir lié et réséqué, d'aller fixer très haut le pédicule à la paroi abdominale, d'après le procédé de Barker. Telle est la méthode conseillée par M. Hartmann (*in* thèse de de Mayo); elle a aussi ses inconvénients, puisque M. Berger rapporte un cas d'occlusion intestinale mortelle après une intervention de ce genre.

Aussi semble-t-il préférable, dans ces cas graves, de supprimer l'intestin ainsi irréductible, en faisant l'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire, ainsi que Julliard en a rapporté deux cas au Congrès de chirurgie de 1895; il dut enlever une fois l'intestin sur une longueur de 47 centimètres, et son opéré, un homme âgé cependant, guérit.

Dans les hernies rares du cæcum, où celui-ci descend non plus par un simple glissement, mais en effectuant un mouvement de bascule ou de renversement, et se trouve alors dépourvu du sac dans sa plus grande partie, on peut arriver plus facilement à réduire si, au lieu de repousser directement l'intestin en haut, on cherche à lui faire exécuter un mouvement semblable à celui qui l'a fait descendre, mais en sens inverse. Il faut, pour cela, presser doucement sur la face actuellement postérieure du cæcum pour la refouler en haut et en avant, tandis que le fond situé en haut et en avant est refoulé en bas et en arrière. On s'efforce ensuite de faire remonter le cæcum après l'avoir ainsi redressé. Cette manœuvre,