

tinale sur elle-même, au moment où elle venait tomber dans un sac herniaire, pouvait ajouter ses effets à ceux de la constriction produite par l'orifice herniaire. Il est probable que cette disposition, analogue à celle que produit le volvulus, est incapable à elle seule d'apporter un obstacle permanent au cours des matières, et qu'il s'y joint toujours un certain degré d'étranglement véritable.

b. De même que l'existence de brides saillantes à l'intérieur de la cavité péritonéale peut déterminer les accidents de l'étranglement interne, des brides fibreuses, se rattachant par leur deux extrémités à la face interne du sac, peuvent comprimer et étrangler l'intestin. J'ai eu tout récemment l'occasion d'en observer un bel exemple chez un vieillard de soixante-douze ans, entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis pour une hernie inguinale irréductible, et présentant les signes d'un

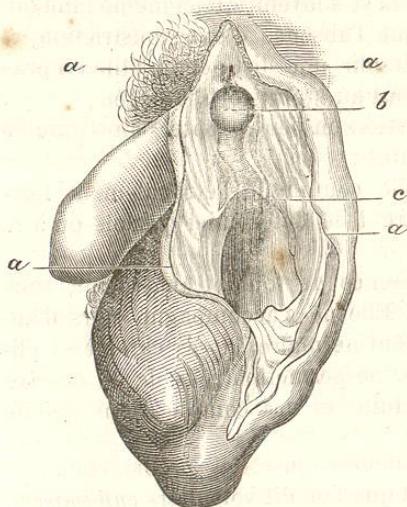


FIG. 18. — Étranglement par une bride fibreuse. — aa. Sac ouvert. — b. Anneau inguinal. — c. Bride fibreuse sous laquelle l'intestin s'était engagé.

étranglement à marche rapide.

L'ouverture du sac (fig. 18) nous montra l'existence d'une bride fibreuse, longue de 27 centimètres, qui faisait suite à une sorte de colonne fibreuse analogue aux colonnes charnues du cœur, émanant de la demi-circonférence externe de l'anneau inguinal. La partie libre de la bride venait se fixer à la paroi interne du sac, et formait un anneau dans lequel l'anse intestinale s'était engagée et étranglée.

Ces brides sont quelquefois multiples (1). Dans un cas de hernie ombilicale observé par Berger, elles laissaient au-dessous d'elles plusieurs orifices où l'intestin était si bien enchevê-

tré, qu'il fut extrêmement difficile de l'en séparer à l'autopsie.

c. L'épiploon, contenu dans le sac en même temps que l'intestin, peut présenter des perforations où ce dernier s'engage et s'étrangle. D'autres fois, il forme une sorte de corde sur laquelle l'intestin peut s'enrouler; Arnaud, Schuh, John Paul, en ont cité des exemples. Quant aux sacs épiploïques décrits par Prescott Hewett (2), on a admis, peut-être sans preuve suffisante, que le collet qu'ils présentent pouvait devenir un véritable agent d'étranglement.

d. On a vu l'intestin s'engager dans une rupture du sac et s'y étrangler.

(1) Gaulmain de Latronçai, *Journal de Vandermonde*, t. XXXV, p. 84, 1771.

(2) *Journal de Malgaigne*, t. VI, 1846.

C'est presque toujours dans les hernies inguinales que ce fait s'observe, et la présence d'un certain degré d'hydrocèle de la tunique vaginale paraît être nécessaire à sa production. Dans une observation empruntée à la pratique de Ad. Richard et rapportée par Broca, l'étranglement était double et portait sur l'intestin, à la fois au niveau du collet du sac et de la perforation du diaphragme membraneux. Nous verrons, en traitant des hernies inguinales congénitales, que ces faits sont susceptibles encore d'une autre interprétation. Il n'en est pas moins vrai que certains exemples probants, dus à Rémond et à Dupuytren, démontrent la réalité de la rupture du sac par le fait d'un traumatisme et de l'étranglement de l'intestin dans la perforation ainsi produite.

e. Il faut encore rappeler ces cas de hernie à sac double et surtout à sac intérieur, *hernies propéritonéales*, où l'intestin, libre dans le renflement superficiel du sac, peut être étranglé dans son diverticule profond; de là coexistence des signes fonctionnels de l'étranglement avec les apparences d'une hernie réductible au moins en partie. Nous reviendrons sur ces faits, dont nous avons déjà décrits les caractères anatomiques, à propos du diagnostic et surtout à propos du taxis et de ses accidents.

f. Enfin, l'inflammation qui se développe dans un sac herniaire peut, exceptionnellement, déterminer l'adhésion des parois opposées de l'anse intestinale herniée, la formation d'un éperon qui mette obstacle au cours des matières, et une occlusion par brusque soudure, ainsi que le prouvent l'observation de Mougeot et les faits signalés à ce propos par Trélat (1).

### 3° Des hernies intestinales et intestino-épiploïques simplement irréductibles.

Si l'irréductibilité n'est le plus souvent qu'un des signes d'une complication récente, à marche rapide et menaçante pour l'existence, on voit certaines hernies qui ont perdu la faculté de céder aux efforts de réduction depuis un temps plus ou moins long, sans qu'aucun accident soit la conséquence de cet état nouveau. L'irréductibilité totale ou partielle est alors par elle-même une complication dont l'existence, sous l'influence de causes occasionnelles, peut amener d'autres dangers et favoriser l'apparition de nouveaux désordres.

Dans cet ordre de faits nous trouvons d'abord les hernies qui ont acquis un volume énorme, qui ont peu à peu dilaté les anneaux jusqu'à l'extrême, dont la présence presque constante dans le sac n'a pas permis au travail de formation du collet de se produire. On dit que ces hernies sont devenues *incoercibles* ou qu'elles ont *perdu droit de domicile dans l'abdomen*. Le sac herniaire, en effet, est devenu un véritable diverticule de la cavité péritonéale, assez spacieux parfois pour loger une

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie* (12 avril 1871).

notable portion de l'intestin grêle ou du gros intestin ainsi que des masses épiploïques considérables; la capacité de l'abdomen paraît diminuée d'une quantité équivalente, et, si l'on cherche à y refouler les viscères contenus dans le sac herniaire, d'autres portions de l'intestin se précipitent aussitôt à travers les orifices élargis, pour remplacer celles que les manœuvres du chirurgien viennent de repousser dans le ventre.

Dans d'autres cas, les parties herniées qui sont restées quelque temps au dehors, soit par l'incurie du malade, soit encore par le fait de certaines complications, inflammatoires, dont le sac herniaire aurait été le siège, ont contracté entre elles et avec les parois du sac des adhérences assez solides pour empêcher la réduction; la hernie est dite *irréductible par adhérences anciennes*.

Les hernies irréductibles par adhérences renferment presque toujours de l'épiploon, et c'est principalement ce dernier qui, contractant avec la face interne du sac une adhésion intime, constitue la partie irréductible de la tumeur, tandis que l'intestin resté libre peut rentrer et sortir par l'orifice herniaire sans rencontrer d'obstacle notable. Le plus souvent, l'épiploon irréductible est modifié dans sa consistance et dans sa texture; il est épaissi et induré.

L'intestin peut à son tour contracter avec l'épiploon des adhérences qui rendent dès lors la hernie irréductible en totalité. Mais cette lésion est plus rare que la précédente, et Gosselin, malgré quelques exemples positifs fournis par Arnaud et par Scarpa, la considère comme exceptionnelle.

Cet auteur même paraît douter que l'intestin, lorsqu'il est contenu seul dans une hernie, puisse contracter avec les parois du sac des adhérences qui le rendent définitivement irréductible. Il fait remarquer avec raison que les observations anatomiques qui mentionnent l'existence d'adhérences dans des cas semblables ne permettent pas d'affirmer qu'il s'agisse d'adhérences fibreuses et anciennes, et non d'adhérences glutineuses résultant d'une péritonite récente. Il est certain que, si l'inflammation d'une hernie détermine à la surface de l'intestin qu'elle renferme des exsudations qui plus tard s'organisent, les adhérences qui en résultent peuvent subir une élongation résultant des tractions continues auxquelles elles sont soumises, et cette élongation rend à l'intestin une partie de sa mobilité et permet sa rentrée. Cela résulte de la façon la plus manifeste d'une observation d'Arnaud (1). Ce chirurgien, en effet, obtint par un traitement soutenu pendant trente-six jours la réduction totale d'une hernie scrotale depuis longtemps irréductible.

Quoi qu'il en soit, les hernies ne présentent guère ce mode d'irréductibilité que chez des sujets peu soigneux de leur personne; et, comme le travail pathologique qui a donné lieu aux adhérences affecte le plus

(1) Arnaud, *Traité des hernies*, t. I. p. 135, obs. III.

souvent une marche chronique, comme il ne s'accompagne que de peu de douleurs et de réaction générale, il passe inaperçu des malades, qui souvent ne peuvent renseigner utilement le chirurgien sur la date à laquelle remonte l'irréductibilité.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Ces hernies sont peu tendues; elles ne sont pas rénitentes; elles sont à l'état habituel peu douloureuses à la pression. En explorant l'orifice herniaire, on parvient presque toujours à introduire un ou plusieurs doigts dans les anneaux. Enfin, si l'on fait tousser le malade, les mains qui embrassent la tumeur sentent une impulsion manifeste à chaque effort. La consistance, d'ailleurs, varie suivant que la tumeur contient une quantité plus ou moins notable d'épiploon; quand celle-ci est considérable, la consistance est pâteuse, lobulée, et la palpation découvre des noyaux durs. Le gargouillement que l'on perçoit dans ces explorations, la sonorité que révèle la percussion, font au contraire reconnaître la présence d'une ou de plusieurs anses intestinales.

La hernie cependant résiste aux efforts de réduction. Ceux-ci, parfois, parviennent à la faire diminuer de volume; l'intestin se réduit avec un gargouillement caractéristique que l'on ne perçoit néanmoins pas dans tous les cas, et la masse qui reste, constituée par l'épiploon adhérent, présente la consistance et la matité qui sont les caractères distinctifs des épiplocèles.

Dans des cas plus rares, rien ne se réduit, et les efforts les mieux dirigés ne parviennent pas à faire repasser l'orifice herniaire à l'intestin, qui fuit et se dérobe sous les doigts du chirurgien.

Les symptômes fonctionnels qui accompagnent cet état physique varient surtout suivant le degré de sensibilité nerveuse des malades. Ils se résument en une gêne constante, résultant du volume de la hernie, en des tiraillements qui rendent la station pénible et qui s'observent surtout dans les très-grosses hernies, dans des douleurs sourdes et parfois dans des coliques assez vives que le malade accuse dans la tumeur et qui peuvent irradier dans l'abdomen. Ces troubles fonctionnels, bien plus accusés que dans les hernies réductibles, font des hernies anciennement irréductibles et surtout des hernies adhérentes une véritable cause d'infirmité.

Mais il peut s'y développer des accidents qui menacent l'existence. Nous avons dit que la présence continuelle des viscères dans le sac les exposait à des froissements et même à des violences extérieures. On conçoit ainsi que le cours des matières soit plus ou moins gêné dans un intestin dont le fonctionnement est rendu plus laborieux par sa situation anormale et par les adhérences qui limitent ses mouvements.

Aussi les entéro-épilocèles depuis longtemps irréductibles partagent-elles avec les épilocèles pures le monopole de ces accidents inflammatoires que nous venons de décrire. La tumeur devient alors douloureuse et les souffrances s'étendent jusque vers l'abdomen: il y a de

l'inappétence, des nausées, parfois des vomissements, et une constipation plus ou moins opiniâtre qui fait penser à l'étranglement. Mais, indépendamment des commémoratifs qui font reconnaître que l'on a affaire à une hernie depuis longtemps irréductible, la tension de la tumeur est moins considérable que dans l'étranglement, les anneaux se laissent pénétrer par le doigt, et, si l'on abandonne à elle-même cette complication en parant seulement aux accidents les plus pressés par la position, le repos, des applications résolutes et l'opium administré à l'intérieur, on voit le plus souvent un amendement assez rapide s'opérer et tout cet orage se dissiper en quelques jours. Dans les cas douteux, un purgatif d'exploration démontre qu'il n'y avait pas d'obstacle matériel au cours des matières.

Cette péritonite herniaire, à la vérité, peut se terminer d'une manière moins favorable: l'inflammation, d'abord circonscrite au sac herniaire, peut s'étendre à tout le péritoine. Cette généralisation de la péritonite s'observe surtout à la suite de tentatives immodérées de réduction ou d'écarts de régime.

Un véritable étranglement peut-il survenir dans une hernie depuis longtemps irréductible? Sans nier la possibilité du fait, Gosselin le croit extrêmement rare; il s'appuie, pour établir cette opinion, sur des raisons anatomiques et sur des raisons tirées de la pratique. Parmi les premières il faut citer la largeur et l'extensibilité des anneaux, l'absence de collet, que l'on observe dans presque toutes les hernies volumineuses et anciennes. Quant aux secondes, elles sont fournies par l'observation, qui démontre qu'on n'a pas d'exemple indiscutable d'étranglement vrai survenu dans ces conditions. A la vérité, les auteurs, particulièrement Arnaud et Scarpa, ont cité des cas de hernies étranglées à l'ouverture desquelles on avait trouvé l'intestin adhérent; mais, ainsi que le fait observer Gosselin, ces observations peu explicites ne permettent pas de décider si les adhérences étaient anciennes ou récentes.

#### DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT ET DES DIVERS ACCIDENTS DES HERNIES.

Lorsqu'on est en présence d'un malade qui, porteur d'une tumeur irréductible et siégeant au niveau d'un des orifices par lesquels se font d'ordinaire les hernies, présente un certain nombre des signes fonctionnels de l'étranglement (vomissements, constipation, ballonnement du ventre, etc.), on peut croire à l'existence d'un étranglement herniaire qui n'existe pas en réalité.

En mettant à part les cas où la tumeur est constituée par une épiplocèle enflammée, cas sur le diagnostic desquels nous reviendrons dans la suite, cette erreur sera facilement évitée si l'on a soin de peser chacun des symptômes que présente le malade.

Les phénomènes abdominaux qui simulent ceux de l'étranglement peuvent être dus à une péritonite ou à un étranglement interne. Dans la péritonite, la sensibilité du ventre est plus vive et plus générale que dans l'étranglement herniaire, les vomissements présentent des caractères différents, la constipation n'est pas absolue. Pour trancher la difficulté, on a proposé d'administrer au malade un purgatif; mais ce moyen, qui peut avoir sur la marche de l'inflammation péritonéale une influence désastreuse, ne saurait être conseillé. D'autre part, on peut constater l'existence de la péritonite, mais croire qu'elle est consécutive aux lésions que détermine l'incarcération de l'intestin.

Dans le cas d'occlusion intestinale, les symptômes abdominaux présentent avec ceux de l'étranglement une ressemblance encore bien plus frappante. C'est donc moins sur l'examen de ces phénomènes que sur celui de la tumeur elle-même que doit se porter toute l'attention du chirurgien.

La tumeur doit être irréductible; elle doit siéger au niveau d'un des orifices herniaires. Mais plusieurs variétés de tumeurs présentent ce double caractère et ne sont nullement constituées par des hernies étranglées.

Tantôt il s'agit en effet d'une hernie irréductible, mais cette hernie est depuis longtemps adhérente, et en questionnant le malade on apprend qu'elle ne rentrait jamais, qu'elle n'était point contenue par un bandage. Tantôt on a affaire à un sac herniaire déshabité ou à un lipome herniaire; enfin à une épiplocèle irréductible. Dans ces différents cas, après avoir constaté que la tumeur se prolonge par son pédicule jusque dans l'intérieur de la paroi abdominale au travers des anneaux fibreux, on cherchera si elle est tendue, rénitente, douloureuse à la pression, si elle ne présente plus d'impulsion dans l'effort ni dans la toux. Si ces caractères manquent ou s'ils sont peu accentués, on reviendra à l'examen des symptômes fonctionnels; on devra se demander s'il n'existerait pas une autre cause d'occlusion intestinale, un point de départ pour la péritonite; on examinera le mode d'apparition, la marche, la durée des différents phénomènes. Il serait bien surprenant que les explorations et les interrogations répétées avec un soin scrupuleux ne vinssent pas révéler l'absence de relation qui existe entre les signes locaux et les troubles fonctionnels.

Pourtant l'on a vu la tuméfaction inflammatoire d'organes ou de produits pathologiques, bridés par les plans fibreux des parois de l'abdomen qui les environnent, déterminer des accidents à peu près identiques à ceux de l'étranglement herniaire. C'est principalement la région inguinale qui prête à cette confusion entre l'étranglement herniaire et certaines affections qui en sont absolument indépendantes. Ainsi l'inflammation du testicule retenu dans l'anneau, celle d'un kyste du cordon ou du cordon spermatique lui-même, une adénite développée dans un ganglion profond de l'aîne, ont été l'objet de nombreuses erreurs. Nous dirons, à

propos du diagnostic des hernies inguinales et crurales, comment on peut les éviter; mais il est facile dès à présent de voir que si l'étude des antécédents, des commémoratifs, des lésions concomitantes, permet presque toujours d'exclure dans ces cas-là l'hypothèse d'une hernie étranglée, les phénomènes locaux offrent un caractère inflammatoire plus manifeste; du côté du ventre manquent le plus souvent une partie des symptômes de l'étranglement herniaire, et ceux qui existent se font remarquer par une moindre intensité; ou bien encore c'est une péritonite qui se développe presque d'emblée à une époque où un étranglement ne peut avoir encore déterminé cette complication. En un mot, il existe entre les phénomènes locaux, physiques et fonctionnels, et les troubles divers qui se produisent à distance, un défaut d'harmonie qui fait dès l'abord soupçonner qu'on n'est point en présence d'un véritable étranglement.

Dans les cas rares où le doute serait permis, où, comme nous le dirons tout à l'heure, la ressource du purgatif d'exploration ne pourrait être mise à profit sans imprudence, on se souviendrait qu'il y a bien moins d'inconvénients à croire à un étranglement qui n'existe pas et à agir en conséquence qu'à méconnaître un étranglement constitué.

Cette seconde erreur est bien plus commune que la précédente. Elle peut tenir à deux causes distinctes; ou bien le médecin constate les symptômes d'un étranglement, mais il méconnaît l'existence de la tumeur herniaire, et les rapporte à une autre cause; ou bien il a reconnu les accidents et la relation qui les unit à une hernie irréductible, mais il attribue l'ensemble pathologique qu'il observe à une complication autre que l'étranglement.

Le plus souvent, c'est à la légèreté avec laquelle on a pratiqué l'examen du malade qu'il faut s'en prendre, si les signes de l'étranglement sont attribués à une affection interne, à une occlusion intestinale, à une péritonite, à une autre maladie gastro-intestinale. Rien, en effet, ne saurait excuser un médecin qui, en présence d'un patient qui vomit, ne va pas à la selle, et dont le ventre se ballonne, néglige d'explorer avec le plus grand soin le pli de l'aîne, l'ombilic et les autres régions même qui peuvent donner passage aux hernies. Il ne faut point, à cet égard, s'en rapporter aux allégations des malades, et surtout des femmes.

On peut être induit en erreur par les caractères ou la marche insolite des accidents. Les vomissements manquent rarement, mais ils peuvent cesser au bout de quelques heures pour ne réapparaître que beaucoup plus tard. La constipation n'est pas d'une grande valeur quand l'étranglement dure depuis quelques heures seulement, surtout chez les femmes qui ne vont que rarement à la selle. Même alors que l'étranglement est ancien, le malade peut avoir pris des lavements pour se soulager, et, si l'on néglige de s'assurer du fait, on peut prendre pour des évacuations naturelles ce qui n'a été que l'effet du remède. On voit, du reste, des individus qui, lors même que l'étranglement est

constitué, rendent en une ou plusieurs fois les matières que renferme le bout inférieur de l'intestin. Enfin, l'on ne saurait oublier que certains étranglements sont compatibles avec de la diarrhée, et la coexistence de ce phénomène insolite avec l'algidité, la cyanose, les crampes, pendant le cours d'une épidémie de choléra, fait comprendre l'erreur en vertu de laquelle on a confondu des étranglements herniaires avec la maladie régnante, erreur rendue plus excusable par la préoccupation qui en ces moments domine tous les esprits. Nous le répétons, ces erreurs seront évitées si, au lieu de s'en tenir à une interrogation superficielle, le médecin pratique l'examen direct des orifices herniaires.

Lorsqu'on s'est assuré de l'existence d'une tumeur irréductible chez un malade dont l'état a éveillé le soupçon d'un étranglement, quand on a reconnu que cette tumeur est bien constituée par une hernie, l'on doit tout d'abord s'enquérir s'il s'agit d'une hernie jusqu'alors réductible ou d'une hernie qui n'était habituellement pas contenue, qui n'avait été l'objet d'aucune tentative de réduction ou qui même était depuis longtemps irréductible. Bien des malades, peu soucieux de leur personne, ne savent dire si la tumeur était à de certains moments plus grosse qu'à d'autres, si elle rentrait en totalité ou en partie. Mais il est toujours possible de savoir s'ils ont porté un bandage, et dans ce cas on peut présumer que la hernie était réductible, au moins en partie.

La hernie contient-elle de l'intestin, contient-elle à la fois de l'intestin et de l'épiploon, ou ne renferme-t-elle que de l'épiploon? La sonorité, le gargouillement que l'on surprend dans la tumeur indiquent d'une manière certaine la présence de l'intestin; la rénitence et la tension, le petit volume de celle-ci, peuvent suppléer à l'existence de ces signes. Car on n'obtient pas toujours la crépitation gazeuse; la sonorité peut être masquée par un épanchement liquide dans le sac ou parce que l'intestin étranglé ne renferme guère que des matières liquides; enfin, on peut croire que le bruit légèrement tympanique que l'on trouve vers le pédicule de la hernie est dû plutôt au voisinage de l'intestin renfermé dans la cavité abdominale qu'à celui qui est incarcéré dans le sac.

D'autre part, la présence de l'épiploon se reconnaît au volume en général plus grand, à la consistance lobulée de la tumeur, à l'existence dans le ventre de cette corde épiploïque à laquelle Velpeau attribuait une valeur séméiologique, à notre sens, exagérée. Mais on peut ici encore être induit en erreur par un sac épais ou par un lipome herniaire; nous venons de dire que la matité de la tumeur n'impliquait nullement l'absence d'intestin dans sa constitution.

Ainsi, s'il est des cas certains où l'on peut, sans craindre de faire erreur et en se fondant sur les signes locaux seulement, affirmer la présence soit de l'intestin, soit de l'épiploon, soit des deux à la fois, dans la tumeur, il en est d'autres où ces caractères sont insuffisants pour asseoir un diagnostic précis, et il faut avoir recours à d'autres moyens pour trancher la question.

L'examen des signes fonctionnels lève parfois tous les doutes. Les caractères de l'étranglement se trouvent-ils réunis? on est certain que l'intestin est en jeu. Mais on peut avoir été appelé à un moment rapproché du début, les vomissements fécaloïdes n'ont pas encore eu le temps de se montrer, le ballonnement du ventre ne s'est pas encore produit, on ne peut rien conclure de l'existence d'une constipation de quelques heures; enfin, comme dans les étranglements de moyenne intensité il y a peu d'anxiété, le facies n'est pas altéré. En pareille circonstance, le chirurgien se trouve forcé de choisir entre deux manières d'agir absolument opposées et qui néanmoins ont eu chacune leurs adhérents. Ainsi que Malgaigne a voulu le poser en principe, on peut attendre et, tout en surveillant de près le malade, donner aux accidents de l'étranglement vrai le temps de se produire, ce qui tranchera dans un sens ou dans l'autre le diagnostic; ou bien, considérant que les hernies purement épiploïques sont une exception, qu'elles déterminent bien moins fréquemment des accidents que les hernies qui renferment de l'intestin, malgré l'absence de certitude complète, on se conduira comme dans l'hypothèse la plus grave, comme s'il s'agissait d'une hernie étranglée. Cette dernière ligne de conduite est la seule qu'il soit aujourd'hui permis de tenir; tout au plus si les accidents sont de date toute récente (12 à 24 heures), si la présence de l'intestin dans la hernie est rendue plus que douteuse par les commémoratifs et par les signes physiques et fonctionnels, pourra-t-on avoir recours au purgatif d'exploration, dont l'effet montrera s'il s'agit d'une constipation par paresse intestinale ou par occlusion véritable.

La hernie à laquelle on a affaire est-elle étranglée ou n'est-elle qu'enflammée? Cette question, dépouillée de son caractère dogmatique, ne présente en pratique qu'un intérêt fort restreint. En combattant la distinction trop facilement établie sur la foi de Malgaigne entre l'étranglement et l'inflammation herniaires, Gosselin a montré le peu de valeur des signes à la faveur desquels on avait cru possible le diagnostic de ces deux variétés d'accidents.

La péritonite herniaire accidentelle, consécutive à un coup, à une violence extérieure, à l'arrêt d'un corps étranger dans l'intestin hernié, etc., ne saurait être confondue avec l'étranglement, quoique dans certains cas celui-ci puisse lui être consécutif. Sans revenir sur la description des accidents qu'elle entraîne, il suffira de rappeler que, si la hernie n'est pas toujours réductible, quoique enflammée, elle ne présente ni tension ni rénitence; que les phénomènes locaux, de même que la réaction générale qui les accompagne, sont plutôt ceux d'une inflammation que ceux de l'étranglement. Le plus souvent, d'ailleurs, la cause des accidents peut être découverte et faire reconnaître leur véritable nature.

L'étranglement herniaire ne sera pas non plus confondu avec l'inflammation d'une épiplocèle. Nous venons d'indiquer les caractères qui

permettent de reconnaître la présence de l'intestin dans la tumeur; nous avons dit que, dans les cas douteux, il fallait adopter l'hypothèse la plus grave et agir comme si le cas était pressant. Ajoutons seulement que, si même la présence de l'épiploon dans la hernie est certaine et celle de l'intestin douteuse, on devra toujours redouter derrière une épiplocèle volumineuse l'étranglement d'une petite anse intestinale. A plus forte raison, s'il s'agissait manifestement d'une entéro-épiplocèle, ce serait à la constriction de l'intestin qu'il faudrait rapporter tous les désordres; ce serait elle qui deviendrait la source presque unique des indications.

Mais lorsqu'on a affaire à une hernie volumineuse, contenant manifestement ou du moins très-probablement de l'intestin, on se trouve aux prises avec des difficultés plus sérieuses; car, d'une part, on sait que ces hernies volumineuses deviennent parfois le siège d'accidents inflammatoires qui les rendent irréductibles d'une façon passagère ou permanente; d'autre part, il est certain que l'opération et même la réduction par le taxis exposent souvent dans ces cas les malades à des dangers bien plus considérables que quand il s'agit de hernies étranglées de moyen ou de petit volume. Il y a donc un intérêt véritable à décider si la hernie est enflammée seulement ou si elle est véritablement étranglée, en d'autres termes, si les accidents céderont d'eux-mêmes au bout de quelques heures ou de quelques jours, ou si l'intervention chirurgicale active peut seule y mettre fin.

Il ne suffit pas, pour déclarer la hernie enflammée, qu'elle soit très-volumineuse, qu'elle n'ait jamais été contenue, ni même qu'elle soit depuis longtemps irréductible. Ces conditions constituent une présomption en faveur de l'inflammation, mais elles ne peuvent établir à elles seules une certitude. Il existe, en effet, des exemples nombreux de hernies volumineuses et même de hernies anciennement irréductibles dont l'étranglement s'est terminé par la gangrène de l'intestin.

La bénignité apparente des symptômes, la lenteur avec laquelle se montrent successivement les signes fonctionnels, l'absence d'état général grave ne sauraient être un criterium assuré. Rien n'est plus trompeur, suivant Gosselin, que cette bénignité, et cet auteur cite des exemples où, malgré le peu de gravité apparente du cas et un état général assez bon, il put constater en opérant une constriction des plus fortes ou bien des perforations et des gangrènes qu'il était impossible d'attribuer à une autre cause qu'à l'étranglement.

Parmi les signes locaux, Malgaigne a beaucoup insisté sur la possibilité d'introduire le doigt entre l'anneau et le pédicule de la hernie. Les hernies volumineuses et habituellement mal contenues ne présentant pas de collet, suivant cet auteur, cette liberté du pédicule indiquerait l'absence de constriction. Mais ce caractère peut manquer, parce que le volume de la tumeur et la tension des téguments s'opposent à ce que le doigt puisse atteindre l'anneau fibreux, surtout dans les hernies crurales,

où il est très-profond. D'autre part, il peut s'être formé un collet fibreux inextensible, même dans une hernie mal contenue, et ce collet peut devenir la cause d'un étranglement serré. Dans ces cas, le doigt avait pu s'engager entre l'anneau et le collet, et l'on reconnut, en opérant, qu'il existait un étranglement des plus serrés par le collet du sac.

La consistance de la hernie peut fournir des indications plus certaines. Une hernie simplement enflammée est rarement dure, rénitente et tendue comme l'est une hernie étranglée. Elle offre une mollesse particulière qui fait contraste avec la douleur que déterminent les pressions et les attouchements, parfois même avec la rougeur de la peau. L'on voit combien ce caractère est d'une appréciation délicate et difficile en pratique.

En résumé, lorsqu'on est en présence d'une hernie volumineuse, habituellement mal contenue ou même depuis longtemps irréductible, qui est depuis peu devenue douloureuse, qui s'accompagne de vomissements, sans que ces vomissements aient l'apparence de matières intestinales, de constipation, d'un état général peu grave en apparence, surtout si cette tumeur est peu tendue, si le doigt peut pénétrer sans difficulté entre l'anneau fibreux et le pédicule auquel il donne passage, on peut hésiter entre un étranglement peu serré, à marche lente, et une péritonite herniaire.

Si l'on attend et que les désordres fonctionnels s'accusent, que l'état général s'aggrave, que les vomissements fécaloïdes surviennent, l'on ne peut douter que l'on ne soit en face d'un étranglement véritable. Si, au contraire, en même temps que les phénomènes locaux diminuent d'intensité, que les vomissements cessent, l'on voit le ventre s'ouvrir, l'hypothèse d'une inflammation herniaire sera plus vraisemblable.

Mais on ne saurait confier au temps le soin de faire disparaître les incertitudes du diagnostic, et pour obtenir le plus rapidement possible, au lieu d'une simple présomption, la certitude que la constriction de l'intestin n'est pour rien dans le développement et la marche des accidents, on a la ressource précieuse, *mais dans ces cas seulement*, du purgatif d'exploration. Quelques prises de calomel ou de jalap, ou mieux quelques cuillerées d'une émulsion d'huile de ricin, auront bientôt fait reconnaître s'il existe ou non un obstacle mécanique au cours des matières.

Une tentative courte et modérée de taxis pourrait également servir au diagnostic; mais il ne faut pas oublier que, pour pratiquer dans ces cas le taxis avec quelques chances de succès et surtout sans danger, il faut que l'inflammation soit de date récente et peu intense en apparence, c'est-à-dire que la tumeur ne soit ni très-rouge ni très-douloureuse; il faut de plus que la hernie ne soit point le siège d'adhérences anciennes entre le sac et l'intestin; enfin la réduction de l'intestin, qui était temporairement devenu irréductible, mettra fin aux accidents, mais ne fera point reconnaître si l'irréductibilité était due à une péritonite herniaire ou à un étranglement peu serré.

Ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux hernies volumineuses, tout au plus à quelques hernies de moyen volume. La majorité de celles-ci, toutes les petites hernies, lorsqu'elles deviennent irréductibles; doivent être considérées comme étranglées. Ainsi que Trélat l'a fait observer à la Société de chirurgie, dans les exemples si rares de pseudo-étranglements, de péritonite herniaire avec adhérences déterminant une occlusion intestinale véritable, aucun signe n'a permis de reconnaître la véritable nature des accidents; on l'aurait devinée que l'indication opératoire eût été la même.

L'étranglement étant reconnu, il serait utile de pouvoir dire avec certitude quel est l'état de l'intestin étranglé, de savoir s'il est encore peu altéré ou s'il est perforé et gangréné.

Certains signes physiques permettent parfois d'annoncer l'existence de ces lésions. Ainsi la présence de gaz dans le sac herniaire, la sonorité tympanique de la tumeur, la rougeur diffuse, livide, l'empâtement œdémateux des téguments, enfin et surtout leur amincissement, leur gangrène, tous les signes d'un phlegmon stercoral, indiquent d'une manière certaine l'effusion du contenu de l'intestin dans le sac au travers d'une perforation. Il est rare que les choses en soient à ce point lorsque l'on est appelé: la rougeur, la lividité, l'œdème inflammatoire, peuvent être dus à des tentatives de taxis, à des malaxations, à l'application de cataplasmes trop chauds ou de glace. Tous ces signes enfin peuvent faire défaut au moment où la perforation vient de se produire, ou plutôt lorsque le sphacèle s'est emparé déjà de l'intestin, mais n'a pas encore amené sa perforation.

On est réduit le plus souvent à se guider d'après des signes rationnels; le temps depuis lequel dure l'étranglement, le degré d'étroitesse de la constriction, la présence ou l'absence d'épiploon dans la tumeur, l'âge, l'état de santé du sujet, sont autant de facteurs qui doivent entrer dans la solution de ce problème.

Dans les grosses et moyennes hernies, dans celles surtout qui étaient mal contenues habituellement, il est bien rare que la gangrène se produise avant la fin du troisième jour: la présence de l'épiploon paraît encore retarder l'apparition des lésions intestinales graves. Passé ce terme, l'on doit craindre qu'elles n'aient eu le temps de se produire, quoiqu'elles puissent faire défaut dans des hernies étranglées depuis un temps beaucoup plus long. Mais, quand la hernie est petite, très-tendue, on sait que la perforation peut se déclarer dès les trente-six ou quarante-huit premières heures; on ne devra donc tenter la réduction qu'après avoir directement constaté par la vue l'intégrité de l'intestin. L'âge avancé du sujet, diminuant la vitalité générale des tissus, prédispose à la mortification de l'intestin étranglé et doit par conséquent entrer en ligne de compte dans ce point de diagnostic.

Même incertitude quand il s'agit de reconnaître si des adhérences unissent déjà la face interne du sac à la superficie de l'intestin; ici

encore des présomptions tirées de l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux et de l'ancienneté de l'étranglement, mais pas de certitude.

En définitive, à part les cas où le temps relativement court (trente-six heures pour les petites hernies, trois jours pour les grosses) qui s'est écoulé depuis le début de l'étranglement permet d'exclure l'idée de la perforation, de la gangrène, ou d'autres lésions profondes de l'intestin, c'est par l'opération seule que l'on peut arriver à poser avec certitude ce diagnostic anatomique.

Enfin, en présence d'un sujet atteint d'étranglement, le chirurgien n'oubliera pas les complications qu'entraîne cet état, et qui souvent débute d'une manière insidieuse. Il explorera l'abdomen avec soin pour se convaincre de l'existence ou de l'absence de péritonite; s'il reconnaît cette affection aux signes qu'elle détermine, il lui faudra s'enquérir si elle est due à la perforation de l'intestin et à l'épanchement des matières dans la cavité péritonéale ou à la propagation de l'inflammation qui occupe le sac herniaire et les viscères qui y sont contenus.

On ne devra pas négliger non plus l'examen des grands appareils splanchniques et de leurs fonctions; l'état des poumons surtout devra être l'objet des minutieuses investigations du chirurgien, car on sait la part qui revient aux complications pulmonaires dans les succès qui rendent encore aujourd'hui l'opération de la hernie étranglée une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie.

#### TRAITEMENT DE L'ÉTRANGLEMENT ET DES ACCIDENTS HERNIAIRES.

Nous nous occuperons en premier lieu du traitement de l'étranglement et du pseudo-étranglement, puis nous dirons quelques mots des moyens applicables aux hernies irréductibles qui ne s'accompagnent pas des phénomènes de l'étranglement.

##### 1<sup>o</sup> Traitement de l'étranglement et des pseudo-étranglements.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'un étranglement herniaire, l'indication capitale est de *lever l'étranglement*, c'est-à-dire de pratiquer la réduction de la hernie, soit par des manœuvres externes qui ont reçu le nom de *taxis*, soit par une opération sanglante, la *kélotomie*. Nous devons encore signaler un certain nombre de moyens qui peuvent être employés en même temps que le taxis dans le but de faciliter la réduction.

A. TAXIS. — Le taxis est l'opération manuelle qui a pour but de refouler la hernie et de la faire rentrer dans le ventre. Cette sorte de manœuvre, dont l'origine paraît être fort ancienne, appliquée indistinctement à toutes les hernies irréductibles, était fréquemment suivie d'ac-

cidents; aussi les auteurs, en insistant sur son efficacité, font-ils presque aussitôt ressortir ses dangers.

Amussat (1) et Lisfranc (2), les premiers, cherchèrent à poser les règles de son application en insistant sur la durée que l'on devait donner aux manœuvres et sur la force qu'il fallait y mettre. Bien plus catégoriquement que leurs devanciers, ils contribuèrent à établir ce principe, formulé par Tirman, élève de Lisfranc: le taxis est la règle, et l'opération l'exception. Mais, à l'époque où se produisit ce mouvement en faveur des manipulations, les chirurgiens, dépourvus de l'aide que nous trouvons dans l'anesthésie et la résolution chloroformiques, étaient réduits à continuer, pendant un temps souvent fort long, des pressions violentes dont les auteurs anciens avaient déjà fait ressortir les dangers. Aussi Malgaigne se déclara-t-il l'adversaire implacable du taxis dans les hernies qu'il regardait comme réellement étranglées, et où il le jugeait insuffisant, et dans celles qui, suivant lui, n'étaient qu'enflammées, et où il condamnait le taxis comme inopportun et nuisible. Il était réservé au professeur Gosselin de prouver par ses statistiques, l'efficacité si contestée de cette méthode thérapeutique et d'en régler l'emploi rendu plus modéré par le secours que donne au chirurgien l'action des anesthésiques.

*Manuel opératoire du taxis.* — A part certaines contre-indications formelles et certains cas de force majeure, nous pensons que, dès qu'une hernie résiste aux efforts de réduction, le taxis ne doit être pratiqué qu'avec l'aide du sommeil anesthésique, poussé jusqu'à la résolution complète.

Le sujet étant placé dans l'insensibilité et la résolution musculaire, on le couchera dans le décubitus dorsal, de telle façon que les parois abdominales soient absolument relâchées: la tête fléchie sur la poitrine et soutenue par un oreiller, les cuisses fléchies sur le bassin et maintenues légèrement écartées par des aides. Il est bon, dès l'abord, de soulever légèrement le bassin avec un oreiller plié, comme on le fait lorsqu'on veut pratiquer l'exploration de la vessie ou le toucher rectal. Le chirurgien se place ensuite à côté du malade, de préférence à droite, si la hernie siège à côté droit ou est à peu près médiane. Il est bien entendu qu'il pourra, suivant les conditions qui naîtront de chaque cas particulier, modifier ou changer sa position en une autre plus commode.

La tumeur herniaire et ses environs ayant été préalablement rasés, puis essuyés avec soin, le chirurgien, que nous supposons placé à droite du malade, saisit entre le pouce et les premiers doigts de la main gauche le pédicule de la hernie, de manière à l'entourer le plus complètement possible, à l'effiler en quelque sorte et à l'éloigner légèrement de l'an-

(1) *Gazette médicale*, 1831-1832.

(2) *Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II, p. 432.