

il s'adressera à une anse intestinale pleine, sans s'inquiéter s'il a affaire à une portion d'intestin grêle ou du gros intestin.

On fait une incision de la paroi abdominale parallèlement au ligament de Poupart et à 1 ou 2 centimètres au-dessus de ce dernier; cette incision commence à 2 centim. en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et a une longueur de 3 à 6 centim. Les parties sont divisées couche par couche (peau, tissu sous-cutané, grand oblique, petit oblique, transverse, fascia transversalis) par simple dissection ou sur une sonde cannelée. On écarte ensuite avec précautions le tissu adipeux sous-péritonéal sans détacher le péritoine, puis on incise ce dernier, après l'avoir soulevé à l'aide d'une pince à griffes ou de petites érignes. La plaie va en se rétrécissant en forme d'entonnoir, de la surface à la profondeur, de façon que l'ouverture du péritoine a une longueur d'environ 2 à 4 cm. On pourra, au besoin, l'agrandir ultérieurement. On arrive alors au temps de l'opération qui exige le plus de précautions, à savoir la fixation et l'ouverture de l'intestin. Le danger réside ici dans la possibilité de l'écoulement de matières stercorales dans la cavité péritonéale, danger surtout à redouter lorsque l'intestin est fortement distendu par un contenu liquide et gazeux. C'est une anse intestinale pleine qu'il s'agit d'ouvrir; le plus souvent elle se présente d'elle-même dans la plaie, sinon on refoule l'anse vide qui apparaît la première, et l'on attire à sa place l'intestin distendu. Ce dernier est saisi superficiellement à l'aide d'érignes et amené au fond de la plaie maintenue écartée au moyen de crochets. Autant que possible, lorsque les symptômes ne sont pas de nature à exiger l'évacuation immédiate de l'intestin, on exécute l'entérotomie en deux temps, c'est-à-dire par le procédé que nous avons préconisé également pour la gastrotomie. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut assurer l'asepsie de la plaie opératoire. L'intestin peut être fixé dans la plaie de deux manières: ou bien on introduit superficiellement aux extrémités de l'ouverture que l'on veut pratiquer dans l'intestin, deux épingles que l'on fixe aux angles de la plaie, ou bien, ce qui est préférable, on fixe l'intestin avant de l'ouvrir par un certain nombre de points de suture aux bords de la plaie abdominale. Lorsqu'on opère en deux séances, c'est-à-dire lorsqu'on n'ouvre l'intestin qu'une fois les adhérences établies, les points de suture doivent ne comprendre que la séreuse et la musculaire et ne pas pénétrer jusque dans la cavité intestinale. En tous cas, on devra pratiquer la suture une fois l'intestin ouvert, si l'on n'a pas eu soin de le faire préalablement. Mais, règle générale, ce n'est qu'après avoir fixé l'intestin qu'on l'incise sur une longueur d'environ un centimètre. Les matières fécales et les gaz ne sortent pas toujours immédiatement en masse par la fistule; ce phénomène se produit surtout dans les cas où l'on a ouvert une anse intestinale comprise dans l'étranglement. Par contre le contenu des anses situées au-dessus du siège de l'occlusion ne se trouve pas nécessairement sous une haute pression. C'est précisément dans les cas à terminaison favorable que l'on trouve souvent mentionné le fait que des évacuations copieuses par la fistule se sont produites seulement au bout d'un temps plus ou moins long après l'opération (TUNGEL). Souvent le contenu intestinal s'écoule abondamment si l'on introduit avec précaution une sonde dans la fistule. Dans certains cas on est obligé d'avoir recours encore assez souvent, dans la suite, à l'emploi de la sonde. On applique un pansement à la charpie ou au coton im-

bibés de solutions désinfectantes: ce pansement doit être fréquemment renouvelé; par des lavages répétés et le changement fréquent des draps on maintiendra le malade dans un état de propreté aussi parfait que possible. L'emploi d'iodoforme favorise d'une façon extraordinaire l'état d'asepsie de la plaie.

Lorsque les évacuations alvines se font de nouveau, dans la suite, par l'anus normal, on peut toujours s'attendre à voir la fistule se fermer spontanément, ou bien on est obligé de recourir à une opération plastique. Dans le cas contraire il est indiqué de dilater l'orifice de la fistule pour la transformer en un anus artificiel.

3. HERNIES ABDOMINALES (ENTÉROCÈLES).

§ 78. — Lorsque des viscères sortent de la cavité abdominale par quelque ouverture de ses parois pour se rendre soit dans une autre cavité (thoracique), soit à la surface du corps où ils forment alors une tumeur recouverte par la peau et les parties molles sous-jacentes, on désigne sous le nom de **hernie** ce rapport anormal des viscères avec les parois qui les entourent.

Pour qu'il puisse être question d'une hernie abdominale il faut donc nécessairement qu'il existe une ouverture pathologique, ou physiologique mais pathologiquement dilatée, dans la couche de tissu conjonctif limitant la cavité abdominale et en relation avec le péritoine, ouverture par laquelle sortent les viscères. Dans le langage médical l'idée de hernie suppose, en général, l'intégrité des téguments et particulièrement de la peau, tandis qu'on désigne sous le nom de **prolapsus** l'issue des viscères par une plaie des téguments.

Si nous donnons une aussi large définition de la hernie, c'est afin de n'être pas obligé de désigner sous des noms différents la tumeur due à la distension d'une cicatrice des parois abdominales et celle qui provient de la dilatation d'une ouverture existant déjà à l'état physiologique.

Nous nous occupons ici essentiellement de cette dernière forme de hernie, c'est-à-dire de celle qui se produit au niveau d'un orifice physiologiquement préformé; l'issue des organes de la cavité abdominale vers la surface du corps peut alors se faire par refoulement en doigt de gant de la séreuse péritonéale (canal inguinal), ou bien la paroi abdominale laisse passer les viscères au niveau des points faibles qu'elle présente dans le voisinage des vaisseaux qui sortent de l'abdomen entourés par le tissu sous-séreux (gaine des vaisseaux fémoraux, trou sous-pubien); enfin des parties particulièrement faibles de la paroi abdominale peuvent en se laissant distendre d'une façon anormale, céder peu à peu dans un point circonscrit à la pression des intestins, et former une cavité dans laquelle sont reçus les viscères (hernies ventrales).

D'après notre définition générale les deux conditions sans lesquelles il ne peut être question d'une hernie, sont, d'une part, l'existence d'une ouverture des parois abdominales, et, d'autre part, l'issue des viscères par cette ouverture, les téguments externes restant intacts. Mais, dans la règle, les hernies dont nous aurons surtout à nous occuper ici, comportent un troisième élément, à savoir le **sac herniaire**.

Autrefois on admettait que la production d'une hernie s'accompagnait de la déchirure du péritoine, et que l'intestin sortait, par conséquent, par un orifice de la séreuse. Mais les recherches anatomo-pathologiques nous ont appris qu'une telle déchirure ne s'observe jamais dans les hernies de cause non traumatique, et que les viscères sortent de l'abdomen coiffés d'une enveloppe formée par le péritoine. Sans vouloir rien préjuger relativement à la pathogénie des hernies, nous admettons pour le moment que les viscères refoulent devant eux le péritoine, le dépriment en forme de doigt de gant, et viennent se loger dans le sac herniaire ainsi constitué.

Mais les viscères peuvent également faire hernie au dehors, à travers des orifices des parois musculo-tendineuses de l'abdomen qui ne sont pas situés dans l'intérieur de la cavité abdominale, dans le sens le plus rigoureux du mot, c'est-à-dire dans l'intérieur d'une cavité tapissée par le péritoine. Dans ces cas exceptionnels que nous aurons encore à spécifier, dans notre étude du contenu des hernies (hernies du cœcum, de la vessie), le viscère hernié est dépourvu de sac séreux. Le plus souvent, d'ailleurs, c'est alors seulement une petite partie de la hernie qui n'est pas entourée par le péritoine, à savoir celle qui, dans l'abdomen, constitue la portion extrapéritonéale du viscère hernié; l'autre partie plus considérable est pourvue d'une enveloppe péritonéale.

La tumeur herniaire refoule devant elle non seulement le péritoine, mais encore toutes les parties molles dont elle se revêt en sortant de la cavité abdominale. Ce sont ces parties qui, dans la hernie crurale, en particulier, constituent ce que COOPER le premier avait désigné sous le nom de *fascia propria*. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet dans notre étude spéciale des différentes espèces de hernies. On désigne aussi ces couches de tissu sous le nom d'*enveloppes accessoires* du sac herniaire.

§ 79. — Nous voulons maintenant examiner plus en détail, au point de vue anatomique et mécanique, les différentes parties qui, d'après les considérations précédentes, appartiennent à la hernie typique, c'est-à-dire à celle dont la cause n'est pas un traumatisme dans le sens strict du mot. Nous ferons ici, provisoirement, abstraction de l'étude de l'anneau musculo-tendineux de la paroi abdominale, c'est-à-dire de l'orifice qui livre passage au sac herniaire; nous renvoyons la description de cet orifice à la partie de ce chapitre consacrée aux différentes espèces de hernies (inguinale, crurale, etc.), et nous passons immédiatement à l'étude du **sac herniaire**.

Dans les régions qui sont habituellement le siège des hernies, c'est-à-dire au niveau de la portion pelvienne du péritoine et des parties avoisinantes de la paroi antérieure de l'abdomen, le péritoine n'est ordinairement uni que d'une façon lâche aux parois abdominales. Un tissu conjonctif à larges mailles, qui, en certains endroits, renferme, en outre,

des amas plus ou moins considérables de lobules adipeux, permet au péritoine de se déplacer peu à peu dans la direction des téguments abdominaux, à condition qu'il existe un point faible des parois sur lequel s'exerce pendant longtemps une violence quelconque dirigée de dedans en dehors. Il se produit tout d'abord une dilatation en forme de conque (pointe de hernie, MALGAIGNE), qui, peu à peu, devient un sac contenant des viscères. Une preuve anatomique que le sac herniaire est dû vraiment au refoulement d'une portion plus ou moins étendue du feuillet pariétal du péritoine à travers un orifice des parois abdominales, c'est que l'on trouve à l'endroit où le sac franchit cet orifice des plis rayonnés de la séreuse qui convergent vers le centre de l'ouverture, et se produisent de la même manière que ceux d'une large bourse dont on serre le cordon. Dans la suite, ces plis se soudent entre eux, grâce à une légère inflammation adhésive de la séreuse, et ils finissent ainsi par s'effacer complètement. Le sac herniaire se trouve alors rétréci à son passage à travers l'orifice abdominal, et la longueur de la partie rétrécie varie avec la longueur de l'orifice. C'est cette partie que l'on désigne sous le nom de **collet du sac**. L'accroissement ultérieur de la hernie, en tant qu'elle n'est pas maintenue par un bandage, s'opère sous l'influence de la pesanteur et du degré variable de réplétion de la portion d'intestin contenue dans le sac herniaire. Dans cette augmentation de volume, il s'agit non pas simplement d'un allongement continu de la partie herniée du péritoine, mais bien aussi d'une extension progressive du sac herniaire par voie de néoplasie inflammatoire. Le péritoine qui forme le sac herniaire présente habituellement des altérations. Il est rare de le trouver notablement aminci; il en est ainsi particulièrement dans les hernies très volumineuses, grâce à la pression qu'exerce de tous côtés leur contenu sur le sac herniaire. Par contre, les **épaississements inflammatoires du sac** sont beaucoup plus fréquents, et ils sont assez souvent la conséquence d'une irritation due à la pression du bandage. Mais, abstraction faite de cette cause, les altérations locales inflammatoires du sac herniaire sont très fréquentes; elles intéressent aussi bien le collet que le corps du sac. Ces épaississements sont tantôt réguliers, tantôt plus ou moins irréguliers. Dans le premier cas, le sac herniaire est épaissi d'une manière générale, tandis que dans la forme irrégulière on trouve des foyers d'épaississement parfois limités à une petite portion du sac, ou bien l'augmentation du tissu conjonctif occupe une étendue plus grande, en formant des plaques séparées par des parties plus minces. Par suite de la résistance inégale qu'opposent à la pression de l'intestin les différentes parties du sac herniaire, il se forme des dilatations locales qui deviennent de **véritables sacs herniaires secondaires** avec une portion rétrécie ou collet. La forme du sac herniaire peut être aussi altérée par un épaississement circulaire. C'est ainsi que le sac se rétrécit sur l'un ou l'autre point, lorsque, dans son épaisseur ou dans le domaine du fascia propria,