

dents observés. J'ai vu pratiquer une incision au niveau d'un sac herniaire distendu par le liquide d'une péritonite purulente, ou par des anses intestinales dilatées en cas d'occlusion intestinale. Les phénomènes généraux, l'absence d'évacuation intestinale solide, liquide ou gazeuse, la tension et la douleur perçues au niveau du sac herniaire expliquent facilement l'erreur.

Ai-je besoin de dire que dans ces cas la hernie *n'était pas très tendue et irréductible*? Des novices seuls ou des observateurs peu attentifs sont susceptibles de commettre pareille erreur qui d'ailleurs, je le répète, n'est pas très grave puisqu'elle sert à faire le diagnostic.

La même erreur a été commise dans des cas d'inondation péritonéale par rupture de grosse tubaire, le sang venant gonfler le sac d'une hernie ombilicale ou inguinale. Inutile ce me semble d'ajouter que l'erreur une fois reconnue il faudra s'empresse d'ouvrir largement le ventre en prolongeant son incision ou bien en en faisant une nouvelle sur la ligne médiane.

J'ai été appelé à intervenir en qualité de chirurgien de garde chez de vieux bronchitiques qui à force de tousser avaient rendu leur hernie tendue et douloureuse. Il n'y avait point d'étranglement vrai, car les hernies n'étaient ni très tendues ni irréductibles, et car il n'y avait point suppression de la circulation intestinale. Ce sont là encore des erreurs que ne commettront pas ceux qui ont présents à l'esprit les symptômes cardinaux de l'étranglement herniaire, mais ce sont des erreurs bénignes, dont les malades n'ont qu'à se louer, car ils leur doivent de bénéficier de la cure radicale.

D'autres fois il s'agit bien d'un étranglement, mais l'épiploon est seul étranglé, de sorte que s'il y a tension, douleur, irréductibilité, parfois état nauséux et constipation, il n'y a pas de suppression complète des matières et des gaz. L'erreur, ici encore, n'a que des avantages pour le malade.

Il est classique de dire que l'inflammation du ganglion de Cloquet peut donner lieu aux signes de l'étranglement herniaire. Je crains bien qu'on n'ait pris pour un ganglion enflammé une appendicite herniaire, ou une épiplocèle crurale étranglée. Dans tous les cas l'erreur n'est pas grave, car, ici encore, l'intervention est profitable au malade.

Plus regrettable serait l'erreur qui ferait croire à une hernie étranglée lorsqu'il s'agit d'une orchite dans un testicule ectopique — erreur qui doit s'éviter avec un peu d'attention.

2^e cas. *On méconnaît un étranglement qui existe* — ce qui coûte généralement l'existence au malade.

Cette erreur s'explique facilement si on n'examine pas son malade, déshabillé et au grand jour. Dans ces conditions on peut croire à une indigestion, à une constipation, à de l'occlusion interne, alors qu'à l'ombilic ou à l'aîne, voire dans la région obturatrice, il existe une petite tumeur tendue, irréductible, douloureuse que l'intéressé néglige de vous signaler, et dont il ignore parfois même l'existence.

Pronostic. — L'étranglement est un accident grave — d'autant plus grave que le malade est plus âgé, et que l'étranglement dure depuis longtemps. Il faut savoir à ce sujet que passé 24 heures et même moins, le sphacèle peut être constitué dans les petites hernies très serrées, et que ce dernier aggrave le pronostic dans des proportions très considérables. La gangrène, d'ailleurs, ne

peut être que soupçonnée de par la durée de l'étranglement. La gravité de l'état général indique bien plus la stercorémie que la gangrène. La crépitation gazeuse, le ramollissement de la tumeur, l'inflammation, l'œdème, la rougeur et les phlyctènes brunâtres de la peau indiquent l'existence d'un phlegmon gangreneux herniaire et par conséquent d'une perforation intestinale.

Traitement de l'étranglement. — Le traitement de choix de l'étranglement bien constitué est la *kélotomie*, c'est-à-dire l'incision du sac et la réduction des viscères étranglés à ciel ouvert. Tout au plus dans l'étranglement venant de se produire pourrait-on différer l'opération de quelques heures, surtout lorsqu'il s'agit de hernie volumineuse chez des vieillards bronchitiques, cardiaques, albuminuriques... et employer ces quelques heures à essayer des moyens suivants.

A) **Réduction non sanglante.** — **Procédés divers.** — Signalons d'abord quelques moyens inoffensifs, mais d'efficacité douteuse. Le bain, qui a toujours l'avantage de nettoyer les malades (on en profitera pour les savonner vigoureusement). La vessie de glace ou les pulvérisations d'éther qui agissent sans doute en décongestionnant les viscères herniés et en diminuant la tension des gaz dans la hernie — l'application d'une bande élastique.

Taxis. — Les moyens précédents n'ont leur raison d'être employés qu'en attendant l'arrivée du chirurgien. Ils n'exigent pas de compétence spéciale. Le taxis qu'il me reste à examiner est une arme à deux tranchants qui engage beaucoup plus la responsabilité de celui qui le pratique, car en maintes circonstances il a été cause de nombreux accidents. (Réduction d'un intestin perforé, ou en imminence de gangrène, réduction en masse, contusion grave de l'intestin déterminant l'ileus paralytique, détachement du collet du sac...).

On évitera les accidents précédents en n'appliquant le taxis qu'aux hernies volumineuses étranglées depuis moins de 24 heures, en faisant une seule séance de 5 minutes, sans violence, mais non sans une certaine énergie, et en ayant soin de ne jamais presser sur le fond de la hernie. La main gauche allongera le pédicule, la droite cherchera à exprimer le contenu de l'anse la plus rapprochée du collet. On pourra presser sur les flancs, jamais sur le fond. La réduction s'annonce par une diminution de tension et de volume, puis par un gargouillement suivi de la disparition de la hernie et accompagné d'une sensation de grand soulagement. Il faudra toujours avoir soin d'enfoncer le doigt profondément dans l'orifice pour s'assurer qu'il est libre. On se tiendra toujours prêt à intervenir si la circulation intestinale ne reprenait pas dans les 24 heures, dernière limite. L'émission de matières et de gaz est le meilleur garant de la désincarcération de l'intestin et on ne se laissera pas impressionner par la persistance dans le sac d'un moignon épiploïque si cette reprise s'est effectuée.

Persistance des accidents après le taxis. — Bien que le taxis soit fort heureusement passé de mode, il est encore employé plus qu'on ne croit en clientèle et nous sommes parfois appelés auprès de malades qui ont subi en apparence avec succès cette manœuvre aveugle mais chez lesquels les accidents persistent. Il importe donc d'être fixé sur la cause de cette persistance, afin de pouvoir lui opposer un traitement efficace. Ces causes peuvent être classées sous trois chefs :

- 1° Les fausses réductions;
- 2° L'ileus paralytique;
- 3° La péritonite par perforation, ou par propagation.

1° Parmi les fausses réductions, la plus importante est la *réduction en masse*. Cette réduction en masse se produit lorsqu'on a exercé des pressions sur le fond du sac, lorsque l'orifice herniaire est très large et dépourvu d'adhérences avec le collet. En général la réduction s'est faite d'un bloc, sans gargouillement, sans soulagement pour le malade. (Il existe pourtant des exceptions et j'en ai publié un exemple.) On est mis sur la voie du diagnostic lorsque les vomissements et l'occlusion persistent, et que le doigt enfoncé dans l'anneau sent profondément une tumeur tendue et douloureuse qui tend à sortir pendant les efforts de toux du malade. Le traitement consiste à inciser largement au niveau de la tumeur et à pratiquer au besoin une hernio-laparotomie. Sitôt le sac incisé, on l'attire avec des pinces au-devant de la paroi, et on termine alors comme à l'ordinaire.

Après la réduction en masse il faut citer la *réduction incomplète* de la hernie dont une pointe reste dans le trajet, ou bien la *réduction dans un sac propéritonéal* ou bien dans le *tissu cellulaire propéritonéal* à travers une déchirure du collet du sac. Dans d'autres cas la réduction est bien complète, mais l'anse reste *étranglée par le collet* détaché par la violence du taxis, ou bien l'anse est restée étranglée par une *bride épiploïque enlacée* autour d'elle.

Dans tous ces cas de fausse réduction, ou de persistance des accidents d'occlusion, la kélotomie et même la laparotomie s'imposent, c'est le seul moyen de porter remède aux accidents et lorsqu'on n'aura pas trop tardé on aura des chances de sauver son malade.

2° *Ileus paralytique*. — Dans d'autres cas après kélotomie ou laparotomie, on ne trouve rien qui puisse expliquer la persistance des accidents. Il n'y a aucun obstacle mécanique, pas de coudure, pas de torsion, pas de péritonite apparente, mais les anses sont très dilatées et dépourvues de contractilité; le sillon d'étranglement persiste. (Ceci se voit surtout dans l'ileus qui succède à la kélotomie, car il faut bien le dire cet accident s'observe également après l'opération sanglante). Quelle est la pathogénie de l'ileus? on invoquait jadis des lésions physiques de l'anse, telle que l'œdème, la congestion, les épanchements sanguins provoqués par le taxis, des lésions des nerfs de l'intestin. Sans doute ces lésions existent, mais n'existent-elle pas dans tous les cas et cependant l'ileus est rare. Probablement il s'agit de paralysie intestinale par péritonite latente, c'est-à-dire sans fausses membranes, sans épanchement. Quoi qu'il en soit, le meilleur moyen de lutter contre l'ileus, complication très redoutable, me paraît d'établir un anus artificiel pour permettre l'évacuation des anses intestinales, après échec toutefois du lavement électrique.

3° La *péritonite par perforation* est un accident qui ne s'observerait jamais si on avait soin de ne soumettre au taxis que les hernies dont l'étranglement vient de se produire. Sa pathogénie se passe d'explications. Le seul traitement consisterait à ouvrir le ventre, à le nettoyer, à suturer les perforations — si du moins l'état général du patient y autorisait, ce qui est bien peu probable.

En somme on voit que le seul traitement des accidents qui suivent le taxis est l'incision sur la région herniaire (si on sent quelque chose), sinon sur la

ligne médiane. Cette intervention devra être faite dès qu'on aura la conviction bien arrêtée que les accidents persistent.

KÉLOTOMIE. — Dans l'immense majorité des cas, je le répète, il faut pratiquer d'emblée et le plus rapidement possible la kélotomie — même lorsqu'on a des doutes sur la réalité d'un étranglement véritable, c'est-à-dire avec tout son cortège de symptômes graves. « N'attendez pas surtout les fameux vomissements fécaloïdes, signe tardif et de la plus grave signification. N'opérez point couramment les hernies non compliquées? Pourquoi dès lors tant de scrupules lorsque la hernie est le siège de quelque accident? — opérer vite les hernies compliquées et faire une bonne cure radicale, voilà ce qu'il faut enseigner à bien faire. » (Lejars.)

Soins préliminaires. — Le malade aura été longuement savonné et brossé, dans un bain si possible, puis rasé, et la région aseptisée aura été recouverte d'un pansement humide, en attendant l'arrivée de l'opérateur.

Anesthésie. — L'anesthésie locale à la cocaïne ou stovaïne suffit pour les crurales et nombre d'inguinales peu volumineuses. Dans les cas plus complexes on a recours à la rachi-anesthésie ou au chloroforme, de préférence à l'éther qui expose davantage à la congestion pulmonaire.

Préceptes généraux. — L'opérateur se propose de réduire les viscères à ciel ouvert, ce qui comprend les temps suivants : ouverture du sac, débriement, inspection de l'intestin, réduction de ce dernier *s'il est sain*. On termine dans la plupart des cas par la cure radicale de la hernie. Nous allons examiner successivement ces différents temps.

1° *L'ouverture du sac doit être faite au voisinage du collet quelle que soit la variété de la hernie.* —

Cette règle s'impose pour plusieurs raisons. D'abord c'est toujours au niveau du collet que siège l'agent d'étranglement qu'il va falloir sectionner; ensuite parce que les viscères herniés n'adhérant presque jamais au collet, on risque moins de les blesser à ce niveau qu'en incisant au niveau du fond de la hernie.

Pour la hernie ombilicale bon nombre d'opérateurs ouvrent même l'abdomen au voisinage du collet et sectionnent ce dernier sur le doigt introduit de l'abdomen dans la hernie. Une fois le sac incisé près du collet, on le fend largement dans toute son étendue (fig. 129). Sitôt le sac ouvert il s'en écoule un flot de liquide

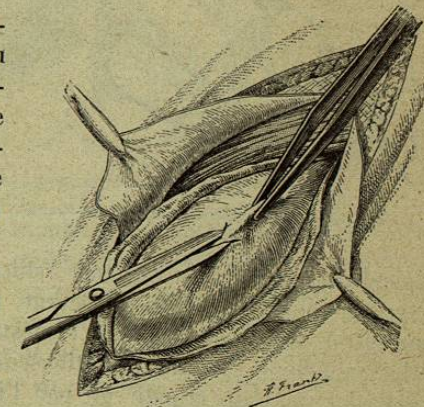


Fig. 129. — Kélotomie inguinale. Le sac est incisé près du collet. (Guibé.)

citric ou hémétique, parfois d'odeur intestinale dans les cas avancés où il y a menace de gangrène. La présence de ce liquide avertit l'opérateur qu'il est dans le sac. Dans la région crurale où le sac est assez épais pour ressembler à l'intestin, généralement de couleur violacée comme lui, et recouvert de nombreuses couches celluleuses humides qui simulent le péritoine, la présence de ce liquide

vient lever tous les doutes. La règle est d'inciser les feuillets cellulés jusqu'à ce qu'on arrive sur le liquide. Cependant le liquide peut manquer (hernie sèche); la règle est alors d'inciser jusqu'à ce qu'on aperçoive nettement la structure de l'intestin. Tant qu'on doute c'est qu'on n'est pas encore arrivé sur lui. Sitôt le sac incisé on le repère avec des pinces que l'on fait tirer fortement par l'aide afin d'amener à l'extérieur l'agent de l'étranglement.

2° *Reconnaissance et section de l'agent de l'étranglement.* — Dans l'immense majorité des cas c'est le collet, ou l'anneau fibreux qui le double. La question a d'ailleurs perdu toute importance depuis qu'on ouvre le sac de parti pris. Pendant que l'aide tire sur le sac au moyen de ses deux pinces, l'opérateur cherche à introduire l'index dans le collet de la hernie. Il n'y arrive

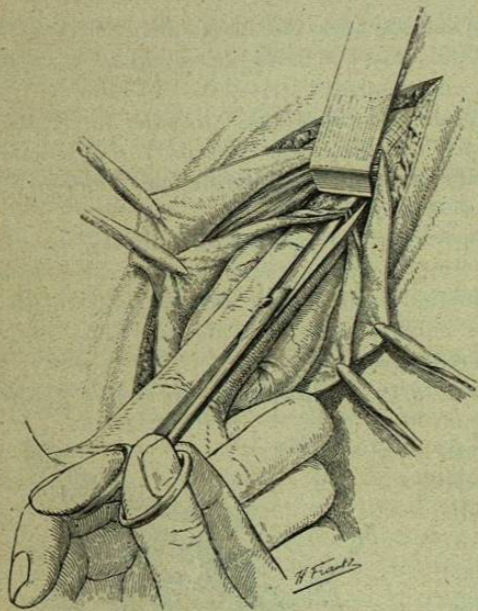


Fig. 150. — Débridement à ciel ouvert (Guibé).

qu'avec une certaine difficulté. Difficulté variable d'ailleurs suivant le degré de l'étranglement. C'est sur ce doigt introduit dans le collet qu'il va sectionner *aux ciseaux et à ciel ouvert* le collet et l'anneau fibreux qui le double. Cette section doit être faite largement, surtout celle qui porte sur l'anneau fibreux; il ne faut pas trop la prolonger sur le péritoine sus-jacent au collet, sous peine d'avoir de la difficulté à oblitérer le sac par une ligature. Trop débrider le péritoine au-dessus du collet expose également à la réduction dans le tissu cellulaire péritonéal, si on ne sectionne pas l'anneau fibreux dans une étendue au moins aussi grande (fig. 150).

3° *Inspection de l'intestin et de l'épiploon.* — L'épiploon plus ou moins enflammé est en général réséqué par petits paquets indépendants comme dans une cure radicale ordinaire; on peut se passer de cette résection s'il n'est ni trop exubérant, ni trop altéré. Toute l'attention va se concentrer sur l'inspection de l'intestin. Celui-ci avant d'être réduit doit être attiré au dehors, examiné minutieusement et lavé à l'eau chaude qui fait contracter les vaisseaux et pâlir un peu l'intestin congestionné. Est-il sain, on le rentre de suite; est-il altéré on procède différemment suivant le cas (absence de réduction, suture séro-séreuse ou enfouissement, suture par invagination, résection, anus contre nature....). Ces différents cas seront étudiés un peu plus loin au chapitre du traitement de la gangrène herniaire (fig. 151).

4° *Réduction des viscères.* — Ce temps peut présenter de grandes difficultés que je suis étonné de ne voir signaler nulle part. C'est parfois le seul temps difficile à exécuter et les efforts qu'on est obligé de déployer pour réduire à ciel ouvert, nous donnent une idée des obstacles insurmontables que rencon-

trerait le taxis en pareilles circonstances. Pour réussir il est bon parfois, lorsque la hernie est volumineuse et étranglée depuis longtemps de placer le malade en *position déclive* de façon à ce que les viscères soient pour ainsi dire aspirés dans la concavité du diaphragme. Pendant que l'aide tend bien les parois du sac en tirant sur les pinces, on cherche à rentrer l'intestin en commençant par les dernières portions sorties et en essayant d'évacuer le contenu de l'anse herniée dans celles qui sont encore dans le ventre. Quand la hernie est de petit volume on a vite fait de réussir, mais dans les hernies volumineuses à mesure qu'on rentre une anse il en sort une autre et on peut avoir les plus grandes peines du monde. Voici la manœuvre qui m'a réussi bien des fois. Pendant que l'aide ne cesse de tirer sur les parois du sac par l'inter-

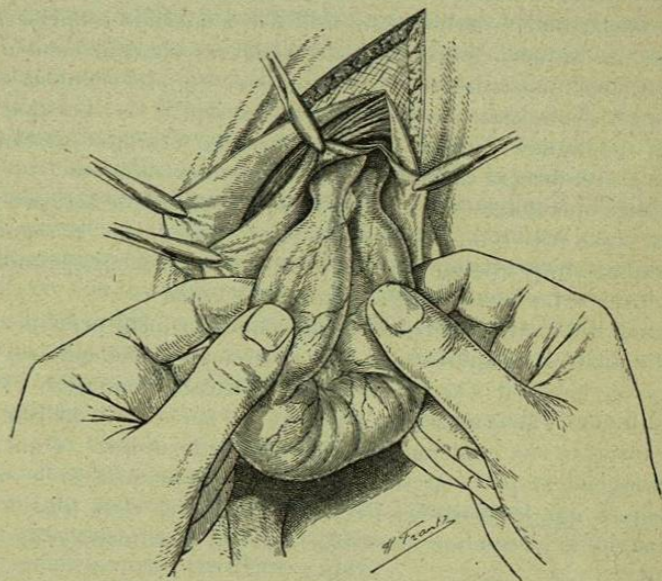


Fig. 151. — Inspection du sillon d'étranglement et de l'anse étranglée (Guibé.)

médiaire des pinces, on engage une des branches de l'écarteur de Farabeuf dans le collet jusque dans le ventre et on le soulève de la main gauche ou mieux on le fait soulever énergiquement par un second aide si on en possède deux, de façon à bien dilater le collet. Ceci fait, avec la main qui reste libre, ou mieux avec les deux mains, on rentre petit à petit, mais par des mouvements rapides, les portions d'intestin voisines de l'orifice en profitant des mouvements d'inspiration du malade. Il importe à ce moment de pousser la résolution chloroformique aussi loin que possible, car la réduction est extrêmement difficile chez les malades qui poussent et ont une grosse hernie. Le sommet de la dernière anse est pour ainsi dire aspiré dans l'abdomen. A sa suite on engage le doigt dans le collet pour se rendre compte qu'on est bien dans le ventre et qu'on n'a pas fait une fausse réduction.

5° *Cure radicale.* — Le dernier temps de l'opération consiste dans la cure radicale dont la technique sera étudiée pour chaque variété de hernie.

Difficultés ou impossibilités des différents temps. — L'ouverture du sac peut être très difficile soit parce que celui-ci est doublé à sa face externe d'un grand nombre de couches cellulo-graisseuses ou même de bourses séreuses, dont l'aspect en impose pour celui du sac lui-même, soit parce que le sac est plus ou moins fusionné avec son contenu. L'opérateur peut craindre dans ces cas d'ouvrir l'intestin difficile à reconnaître. On pourrait même l'ouvrir du premier coup lorsque les téguments qui recouvrent la hernie sont très minces. Pour éviter ces hésitations, voici ce qu'il faut faire. L'incision des téguments est faite avec légèreté, de dehors en dedans, ou bien par transfixion d'un pli cutané. Sitôt les téguments incisés avec la graisse ordinairement très mince, la tumeur est isolée avec le doigt qui cherche à l'énucléer des parties voisines, temps rendu facile à cause de la laxité du tissu cellulaire qui entoure le sac. Les différentes couches de ce dernier sont déchirées à la sonde cannelée ou mieux sont incisées au bistouri après avoir été soulevées préalablement avec deux pinces. L'opérateur incise de cette façon une série de plis cellulaires ou fibreux jusqu'à ce qu'il donne issue au liquide que contient le sac. Lorsque le sac ne contient pas de liquide comme dans les hernies crurales marronnées, on reconnaît qu'on est dans sa cavité à l'aspect séreux des surfaces.

Ces difficultés opératoires très réelles, lorsqu'on aborde le sac par son fond, disparaissent à peu près complètement lorsqu'on l'aborde par la région du collet. Je ne saurais trop insister sur l'importance de ce détail opératoire que je résumerai ainsi : « *La hernie doit être saisie au collet.* »

La libération des viscères herniés et leur réduction peut présenter des difficultés insurmontables lorsqu'il existe des adhérences inflammatoires étendues et anciennes ou lorsqu'il s'agit d'adhérences charnues naturelles (V. **HERNIES ADHÉRENTES, HERNIES PAR GLISSEMENT**). Dans ces cas après avoir débridé le collet, après avoir inspecté son contenu, on se contente de réduire ce qui peut être réduit (l'étranglement porte presque toujours sur une anse grêle mobile) et on laisse dans le sac les portions irréductibles. Après cette mise à l'aise des viscères étranglés la circulation intestinale reprend d'ordinaire et les accidents disparaissent.

Accidents de la kélotomie. — Placés en regard des accidents provoqués par le taxis, les accidents de la kélotomie sont beaucoup plus rares et beaucoup moins graves, depuis qu'on se conforme aux règles générales de la chirurgie à ciel ouvert. Longues incisions allant droit à l'obstacle, hémostase pratiquée au fur et à mesure, section de l'obstacle sous le contrôle de l'œil et du doigt. Dans ces conditions la blessure des vaisseaux de la paroi (épigastrique anormale) ne se voit presque jamais et en tout cas n'aurait aucune gravité puisqu'il n'y aurait qu'à la pincer et à y jeter une ligature. Ce n'est plus comme lorsqu'au fond d'une plaie étroite et profonde on allait, avec le bistouri boutonné, sectionner l'obstacle à l'aveuglette. Pareillement plus de blessures de l'intestin sauf dans des cas tout à fait rares où le gros intestin se présente à l'opérateur par sa face dépourvue de séreuse. Encore dans ce cas, en supposant l'échec de la suture, l'opéré s'en tirerait-il avec une fistule stercorale qui, la plupart du temps, guérit en quelques semaines. Également plus de fausses réductions dans le tissu cellulaire péritonéal.

On peut dire que le seul danger de la kélotomie est la péritonite due à la

perforation d'une anse trop longtemps étranglée ou la paralysie intestinale résultant d'une temporisation trop longue. Ceci va nous amener au traitement de la gangrène herniaire.

Traitement de la gangrène herniaire. — La gangrène est parfois très précoce. Elle peut se produire après 24 heures et moins, dans les étranglements très serrés, dans les petites crurales marronnées par exemple. C'est la complication la plus redoutable de l'étranglement et la cause la plus fréquente des décès après l'opération de la hernie étranglée. Tantôt elle est simplement imminente ou même douteuse, tantôt elle est bien caractérisée ; l'anse peut même être perforée. Tantôt elle est bien limitée, tantôt elle est généralisée. Le sac peut être relativement sain, ou bien mortifié lui-même et déjà envahi par la suppuration. D'où la nécessité d'envisager plusieurs cas.

1° *La gangrène n'est que probable, l'anse est seulement suspecte.* — Si la lésion est très limitée, au sillon d'étranglement par exemple, il est facile d'enfouir la partie suspecte dans un pli de l'intestin au moyen de sutures séro-séreuses (fig. 132). Si la lésion est très diffuse, on peut évidemment pratiquer une large résection préventive, suivie d'entérorraphie circulaire ; mais il s'agit là d'une opération délicate, aggravant notablement le pronostic de l'opération, de sorte que dans la majorité des cas, on se contentera de laisser l'anse hors du ventre après l'avoir suturée au collet. Si la perforation ne se produit pas, rien de plus simple que de réduire cette anse les jours suivants. Si la perforation se produit, on s'en tire généralement avec une fistule stercorale, qu'on pourra ultérieurement traiter par l'avivement et la suture. Pour éviter l'adhérence de l'intestin au pansement, on maintiendra ce dernier légèrement humide ou on enduira les compresses de vaseline stérilisée.

2° *La gangrène n'est pas douteuse.* — Si la gangrène est limitée à un point ou à une plaque, faire comme précédemment l'enfouissement en évitant de rétrécir ou de couder l'anse malade. Si la plaque gangrenée est circulaire, pratiquer un enfouissement circulaire. Après invagination préalable, et pour faciliter cette suture par invagination, dite du *tout à l'égoût*, séparer l'intestin de son mésentère dans l'étendue de la portion qui doit être invaginée. Sans cela le mésentère gênerait l'invagination et rétrécirait d'autant le calibre de l'intestin déjà réduit du fait de l'invagination elle-même.

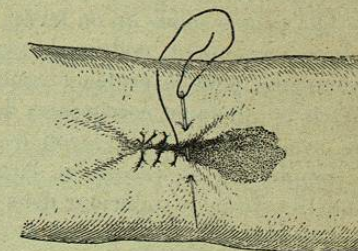


Fig. 132. — Enfouissement de la plaque de gangrène dans un pli de l'intestin (Guibé.)

Lorsque la portion suspecte dépasse plusieurs centimètres, l'invagination n'est plus à conseiller, parce qu'elle rétrécirait trop le calibre de l'anse, surtout si cette portion invaginée ne s'éliminait pas dans la suite ; il vaut mieux alors pratiquer l'anus ou bien franchement faire une résection étendue suivie d'entérorraphie. La suture par invagination est encore contre-indiquée quand les tissus sont épais ou rigides.

a) *Anus contre nature.* — C'est l'opération à conseiller toutes les fois que l'état général du sujet est précaire et qu'il faut terminer rapidement, toutes les

fois surtout que l'opérateur n'est pas entraîné à la pratique de la chirurgie intestinale ou qu'il n'est pas dans les conditions d'assistance ou d'installation voulues (V. ANUS).

Après débridement large, l'intestin est fixé au pourtour du collet de façon à ce que les deux bouts de l'anse soient accolés en canons de fusil, ce qui facilitera ultérieurement l'application de l'entérotome. Il serait peut-être bon de les réunir l'un à l'autre par un rapide surjet dans leur portion intra-abdominale, pour qu'aucune anse ne vienne s'insinuer dans le sinus formé par leur écartement, ce qui exposerait à pincer ces anses lors d'une application ultérieure d'entérotome.

Une fois les deux bouts bien fixés ensemble et au collet, on s'occupe de réséquer sac, intestin et mésentère au ras de la peau. On commence par le sac, puis par le mésentère qu'on lie avant de le sectionner, on rétrécit la plaie cutanée par des points de suture tout autour de l'intestin de façon à ne laisser émerger que celui-ci; on termine par la section des deux bouts intestinaux qu'on fixe par

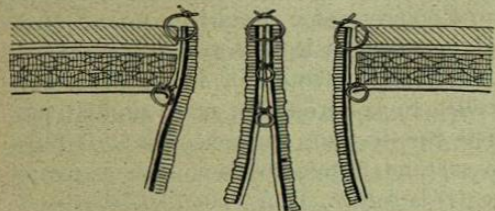


Fig. 133. — Schéma d'un anus artificiel. (Monod.)

un surjet de catgut aux lèvres de la plaie. On a ainsi deux orifices abouchés côte à côte.

Il ne faudrait pas croire que, sitôt l'intestin sectionné, il se produise une débâcle, ce serait compter sans la constriction exercée par l'orifice herniaire toujours plus ou moins serré. Pour vider l'intestin il faut soit dilater le bout supérieur au

moyen d'une longue pince qu'on ouvre une fois l'anneau franchi, soit y introduire une grosse sonde qu'on laisse à demeure.

Comme pansement, enduire largement de vaseline la plaie suturée et la peau environnante, pour la protéger contre l'action irritante des sucs digestifs, et recouvrir de quelques compresses de gaze sèche.

Les avantages de cette façon de faire sont les suivants : en attirant une anse complète et en réséquant largement l'intestin on évite les perforations secondaires du bout supérieur dans le péritoine.

En adossant les bouts en canons de fusil et en les suturant on facilite l'application ultérieure de l'entérotome et la cure ultérieure de l'anus.

En conservant le sac aussi long que l'intestin on protège le tissu cellulaire voisin en même temps qu'on facilite la dissection ultérieure des deux bouts.

Inutile d'ajouter que la suture complète des téguments simplifie les suites opératoires.

b) Résection et entérorraphie. — Toutes ces manœuvres, qui sont cependant nécessaires pour bien protéger le péritoine, ont duré un certain temps; une entérorraphie rapidement menée par un opérateur exercé ne dure pas beaucoup plus. En revanche elle place l'opéré dans des conditions infiniment meilleures. La mortalité, dans les premières semaines qui suivent l'établissement d'un anus, n'est pas négligeable. Les opérations nécessaires à sa guérison sont des opérations graves, elles sont sujettes à des échecs réitérés; on comprend, dans

ces conditions, que les opérateurs habiles et entraînés préfèrent l'entérorraphie toutes les fois que l'état général du sujet permet une opération de quelque durée. Le choc produit par celle-ci est d'autant moins prononcé que pendant toute la durée de l'entérorraphie l'anesthésie peut et doit être suspendue.

L'opération étant décidée, l'anse est largement attirée, car la résection doit être faite en parties saines si on veut pouvoir compter sur la suture; les résections de 20 et 30 centim. sont en général le moins qu'on puisse faire (on a parfois réséqué des mètres d'intestin sans inconvénient ultérieur). La plaie et le péritoine étant protégés par des compresses, on estime généreusement la portion à réséquer; les vaisseaux du mésentère sont liés et celui-ci sectionné en forme de coin; l'anse est vidée de son contenu par pression manuelle et sectionnée entre quatre pinces. Les pinces voisines doivent être placées à 4 ou 5 centim. l'une de l'autre et la section doit être faite de façon à ce que chacun des bouts à suturer dépasse la pince coprostatique de 2 à 3 centim. Chaque bout est soigneusement nettoyé avec de la gaze humide. On pratique alors la suture circulaire.

Les deux bouts

sont mis en contact de façon à

ce que leur mé-

sésentère se corresponde. Deux fils de suspension

ou deux pinces à griffes tendent l'étoffe intestinale.

Avec une aiguille de couturière et du fil fin

de soie, de catgut ou de lin, on fait un premier

surjet qui comprend toute l'épaisseur de l'intestin.

Les points seront rapprochés les uns des autres et prendront peu de tissu pour ne pas

diminuer le calibre, le fil sera arrêté tous les quatre

points, dans le même but; un second surjet sera

fait avec les mêmes précautions. Quelques points

séparés répareront la brèche du mésentère. Avant

de réduire on s'assurera que la lumière intestinale

admet le bout du doigt, en pinçant l'anastomose

entre le pouce et l'index à travers les tuniques

intestinales, puis, tout étant bien contrôlé, on

réduira l'anse suturée, en dilatant

l'orifice herniaire à cause de l'augmentation de volume

qui résulte de la suture.

Une entérorraphie circulaire, avec le temps pris

par la résection et l'hémostase

du mésentère, dure de 30 à 50 minutes, suivant la

facilité du cas et surtout

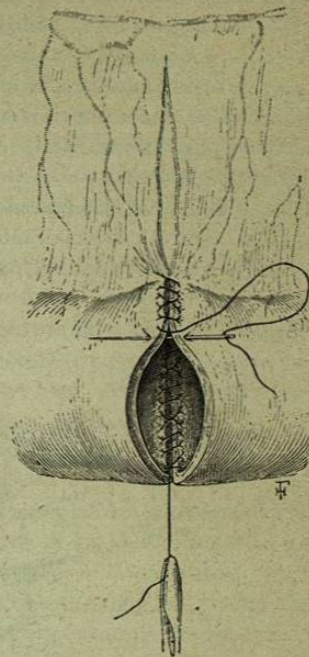


Fig. 134. — Entérorraphie circulaire 1^{er} plan de sutures. Surjet total (Guibé.)

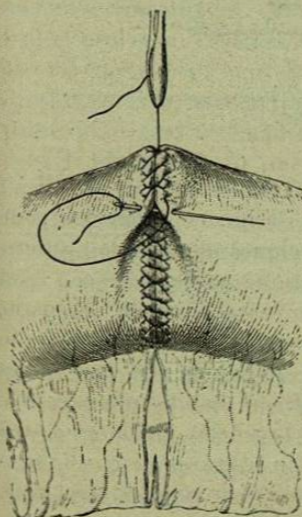


Fig. 135. — Entérorraphie circulaire. 2^e plan. Surjet séro-séreux (Guibé.)

l'orifice herniaire à cause de l'augmentation de volume qui résulte de la suture.

Une entérorraphie circulaire, avec le temps pris par la résection et l'hémostase du mésentère, dure de 30 à 50 minutes, suivant la facilité du cas et surtout

suivant l'habitude. On ne saurait trop engager les futurs opérateurs à s'exercer fréquemment aux sutures intestinales pour ne pas être pris au dépourvu le jour où il leur sera nécessaire d'en faire. Combien d'existences seraient journellement épargnées si l'entérorraphie était aussi fréquemment demandée aux candidats que la ligature de la pédieuse !

Pour les opérateurs peu exercés, l'entéro-synthèse avec le bouton de Murphy est préférable à la suture. Je crois même que, malgré l'inconvénient résultant de la présence d'un corps étranger dans l'intestin, cette méthode est la meilleure, parce qu'elle réalise la réunion de l'intestin avec une précision et une rapidité dont les sutures les mieux faites ne sont pas capables. La sécurité du malade, l'asepsie et même l'élégance opératoire y trouvent leur compte, quoiqu'en aient pu dire les snobs de la chirurgie. Mais il faut avoir un bouton dans sa poche lorsqu'on est appelé pour une hernie étranglée et il faut s'être assuré avant de partir que le ressort à boudin fonctionne, que les crochets s'agrippent bien dans la rainure du pas de vis. Serait-ce donc beaucoup plus

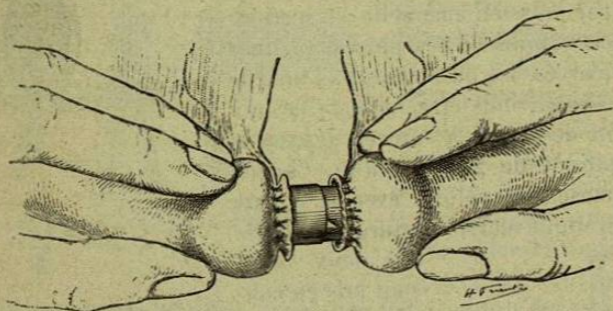


Fig. 156. — Mauvaise manière d'appliquer le bouton, la tranche de l'intestin n'étant pas enfouie dans la rainure. Bouton trop gros (Guibé).

difficile que de voir si son bistouri coupe et si on n'oublie pas ses aiguilles ? Surtout qu'on ne stérilise pas le bouton à la chaleur sèche, ce serait bon pour désouder ses différentes pièces. Une ébullition de quelques minutes doit suffire. Ne va-t-on pas le mettre dans l'intestin, milieu septique par excellence ? Son application est des plus faciles, il suffit d'y procéder avec méthode. Préparez une aiguille enfilée, montez chaque pièce du bouton sur une pince qui sert à le manier. Faites sur chaque bout intestinal une suture en bourse que vous nouez sur le tube central de chaque pièce, au-dessus du plateau mobile que presse le ressort à boudin sur la pièce mâle (celle qui porte les crochets), enfouissez bien cette collerette dans la rainure du bouton pour qu'on n'aperçoive pas de muqueuse à l'extérieur et pour que les crochets soient bien visibles. Ceci fait, emboitez les deux pièces placées bien en face l'une de l'autre et poussez carrément, d'aplomb et à fond, en deux fois pour être sûr que la prise est solide. Inutile, en général, de mettre aucun point de suture. Réduisez après avoir dilaté le collet de la hernie.

Voilà les deux procédés de choix. Lorsqu'il s'agit de réunir deux anses de calibre très inégal, ce qui s'observe rarement dans le cas de hernie étranglée,

on fera mieux de pratiquer un abouchement par implantation ou un abouchement parallèle.

3° *L'anse est perforée. Phlegmon stercoral.* — Lorsque le sac sphacélé est rempli de pus et de matières intestinales, on se borne à faciliter la débâcle du bout supérieur. Le sac étant bien détergé et réséqué, s'il est sphacélé, l'intestin pareillement excisé dans ses parties mortifiées, on s'assure que l'écoulement des matières se fait très bien. En général, l'étranglement est tel que les gaz sortent seuls et avec peine. Pour faciliter la débâcle on est obligé d'introduire une longue pince dans le bout supérieur et de dilater l'orifice intestinal en écartant ses mors. On la remplace ensuite par une sonde en gomme. Dans le cas où l'étranglement est tellement serré qu'on ne peut introduire ni la pince, ni la sonde, il est indiqué de débrider l'anneau fibreux seul, en restant en dehors du collet par conséquent pour ne pas inoculer le péritoine.

Mortalité de la kélotomie. — L'opération de la hernie étranglée n'est pas grave par elle-même. Pratiquée dès le début des accidents, elle n'est pas beaucoup plus grave que la cure radicale. Sa mortalité tend vers 0. Pratiquée au bout de 4 ou 5 jours d'attente, à l'état de gangrène, sa mortalité est de 50 % et davantage. La conclusion s'impose donc avec les caractères de l'évidence. Il faut opérer le plus vite possible.

Les causes de mort les plus fréquentes sont la congestion pulmonaire et la pneumonie, fréquentes et graves chez les vieillards et les alcooliques. La péritonite par perforation ou par propagation s'observe lorsqu'on a réduit une anse suspecte de gangrène. L'occlusion paralytique s'observe dans les étranglements où l'on a trop attendu, dans ceux où l'intestin a été contusionné par un taxis violent et prolongé. Les hémorragies intestinales sont une complication rare, mais assez fréquemment mortelle. Enfin, le plus souvent, ces opérés succombent sans cause apparente, sans péritonite, après une opération heureuse, tout simplement parce qu'ils sont irrémédiablement intoxiqués par la stercorémie, malgré la débâcle libératrice. Ils ont été opérés trop tard.

SAVARIAUD.

HERNIE CRURALE. — A l'inverse de la hernie inguinale qui se fraie à travers les parois abdominales un trajet oblique, long, à parois souples, bien disposées pour être affaissées et accolées par la pression du bandage, la hernie crurale possède un trajet direct, curviligne, enroulé pour ainsi dire au-dessous de l'arcade crurale, et sort par un orifice unique, rigide, profondément situé dans l'abdomen et défendu par la saillie du ventre, ainsi que par la racine de la cuisse qui s'élève et chasse le bandage à chaque mouvement de flexion. Ceci revient à dire que le seul traitement efficace de la hernie crurale est la cure radicale. Je dirai tout à l'heure que celle-ci est d'une simplicité et d'une benignité extrêmes.

La hernie crurale est l'apanage de la femme d'un certain âge, on n'en voit presque point chez les enfants, elle est très fréquente chez les vieilles. Chez l'homme on ne la voit presque jamais seule. Elle est presque toujours associée à une inguinale ou à une autre crurale. C'est une hernie de faiblesse.

L'orifice par lequel la hernie sort du ventre est l'anneau crural. C'est un point faible de la paroi abdominale, à l'endroit où elle se soude avec la racine