

aux hernies qui réapparaissent subitement après avoir été longtemps contenues. Les bords de l'ouverture aponévrotique ne sont pas tendus. Pendant les efforts de réduction, les viscères rentrent incomplètement, et il se forme, au delà de l'ouverture herniaire, une petite tumeur sensible à la pression, disparaissant dès que les organes ressortent. Tous ces signes n'ont aucune certitude.

Pronostic. Il est toujours grave, puisque le malade est exposé à une mort presque certaine, si l'art n'intervient pas, et que les ressources de la thérapeutique médicale et chirurgicale sont quelquefois elles-mêmes impuissantes. Le péril est plus grand dans les hernies qui s'étranglent en se produisant que dans les hernies déjà anciennes. Dans les premières, la constriction, exercée par un anneau qui n'a pas encore été distendu, est tellement forte, que l'intestin se mortifie promptement; rappelons que Pott a signalé un cas où la gangrène est survenue au bout de huit heures. L'étranglement est plus grave dans la hernie intestinale que dans la hernie épiploïque. Bien que l'étranglement soit rare dans l'enfance, il existe des observations de hernies opérées à cette période de la vie, par Pott, Gooch, Lawrence, Hunt, Dupuytren, Roux, etc.

Traitement. Le premier moyen à mettre en usage est le *taxis*. Il faut s'attendre à rencontrer parfois de grandes difficultés; celles-ci sont quelquefois surmontées par l'emploi de moyens généraux et locaux, qui ont pour résultat de relâcher les muscles de l'abdomen et par suite de diminuer la tension des ouvertures aponévrotiques. La *position* seule du malade favorise la rentrée des viscères: on met le patient dans le décubitus dorsal, en faisant fléchir la tête, le tronc et les cuisses. Chez un jeune homme, dont parle J.-L. Petit, la projection d'un seau d'eau froide sur le corps mis à nu déterminait la rentrée de la hernie. La *saignée générale* poussée jusqu'à la syncope facilite la réduction. L'*inhalation de vapeurs de chloroforme* agit de la même façon, en mettant tout le système musculaire dans le relâchement complet. Lorsque le *taxis* échoue, quelques chirurgiens veulent qu'on persiste dans les efforts pour faire rentrer l'intestin; le *taxis gradué et forcé* a été préconisé par Amussat et Gosselin. Il a l'inconvénient de faire différer l'opération de la hernie étranglée, qui ne réussit que lorsqu'elle est pratiquée à une époque rapprochée du début, et d'augmenter l'inflammation des parties herniées par les manipulations qu'on exerce sur elles. Il expose encore à produire des ruptures de l'intestin, lorsque les tuniques de ce dernier sont déjà ramollies par le travail congestionnel et phlegmasique. On a aussi noté, dans quelques cas, la *réduction de la hernie en masse*, c'est-à-dire le refoulement dans l'abdomen à la fois de l'intestin et du sac qui étrangle par son collet; alors les symptômes d'étranglement persistent et les malades accusent une douleur fixe dans la région de l'abdomen située derrière l'ouverture par laquelle la hernie est rentrée. On constate, en déprimant la paroi abdominale dans cette région, l'existence d'une tumeur plus ou moins sensible à la pression. Dans les cas de ce genre il faut pratiquer l'opération de la hernie étranglée, chercher la tumeur dans le ventre après avoir élargi l'anneau, amener la tumeur au dehors, et lever l'étranglement en ouvrant

le sac herniaire dont on incise le collet. Dans les hernies anciennes habituellement non contenues, où les accidents d'étranglement sont dus au gonflement inflammatoire des viscères, les *sangsues* appliquées sur la tumeur dégorgent les tissus et favorisent la rentrée des parties. Le même résultat est parfois obtenu par les applications de *glace*, qui ont été beaucoup préconisées. L'*extrait de belladone* en onctions sur la hernie a aussi pour effet de faire relâcher les fibres musculaires. Les *bains entiers d'eau chaude* détendent tous les tissus et favorisent la rentrée de la hernie; la réduction peut être essayée pendant que le malade est au bain. L'administration de *purgatifs* détermine des contractions péristaltiques des intestins qui sont parfois utiles pour la réduction; mais il ne faut pas les employer quand il y a déjà des vomissements. Les *lavements purgatifs* n'ont pas le même inconvénient. C'est aussi dans le but de provoquer un mouvement péristaltique de l'intestin, que Leroy (d'Étiolles) a préconisé l'*électro-puncture*, et que Sédillot a proposé d'établir un *courant galvanique* de la bouche à l'anus ou à la hernie. Les paysans russes emploient un autre moyen de réduction: ils appliquent sur le ventre une marmite dont ils ont au préalable raréfié l'air par la chaleur; cet appareil fait office de ventouse. On a encore conseillé de pratiquer des *piqûres à l'intestin* hernié, au moyen d'une fine aiguille, afin de diminuer la distension de l'organe par l'issue des gaz; c'est un moyen dangereux, puisqu'il expose à l'épanchement de mucosités intestinales dans la cavité péritonéale. Rivière et Wood veulent qu'on *insuffle de l'air* par l'anus. O'Beirne préfère au contraire provoquer la sortie des gaz intestinaux en introduisant un *long tube en gomme* jusque dans l'S iliaque du colon.

Les divers moyens que nous venons de passer en revue ne doivent pas être appliqués indistinctement aux diverses variétés d'étranglement herniaire.

(a) Si l'étranglement est violent, que la tumeur est de date récente, s'il y a des vomissements, on essaiera le *taxis*, après avoir fait une saignée copieuse, avoir mis le malade dans le bain, ou pendant l'inhalation du chloroforme conduite avec les plus grandes précautions. Si le *taxis* échoue, on se décidera promptement à faire l'opération de la hernie étranglée.

(b) L'étranglement est moins violent; la tumeur est de vieille date et n'est pas habituellement contenue. On peut différer l'opération jusqu'au troisième jour, en essayant le *taxis* prolongé et répété, en couvrant la tumeur de sangsues, en donnant des bains généraux, des purgatifs doux.

(c) Dans l'étranglement d'une épiplocèle, la règle de conduite est la même que dans le cas précédent: *taxis*, saignées locales, bains. L'opération immédiate est moins urgente.

(d) Si l'étranglement est consécutif à une inflammation de l'épiplocèle, on aura recours aux mêmes moyens locaux. La phlegmasie se termine-t-elle par un abcès, on ouvre ce dernier dès que le pus est réuni en collection.

OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE. KÉLOTOMIE.

Cette opération consiste à mettre à découvert les parties herniées, en incisant les différentes enveloppes de la tumeur, et à agrandir ensuite l'ouverture par laquelle les viscères sont sortis pour faire cesser l'étranglement.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération sont : un bistouri convexe, un bistouri droit, des pinces à disséquer, un bistouri boutonné concave sur le tranchant, des aiguilles courbes portant des fils cirés. Les objets nécessaires au pansement sont : de la charpie fine, des compresses, du cérat, un bandage triangulaire et une bande roulée longue de 6 à 8 mètres.

La chloroformisation peut être pratiquée et facilite les manœuvres ; on s'abstiendra de l'anesthésie si le sujet est très-affaibli. L'opéré et le chirurgien se placent comme pour le taxis (p. 634). Après avoir fait raser la région, le chirurgien pratique à la peau qui recouvre la hernie une incision parallèle au plus grand diamètre de la tumeur et dans toute la longueur de celle-ci. Cette incision s'exécute de deux façons : ou bien on fait soulever un large pli transversal de la peau et on le coupe à plein tranchant du sommet vers la base, ou en sens contraire, c'est-à-dire en le traversant par ponction, le dos du bistouri droit tourné en bas ; ou bien on coupe la peau avec un bistouri convexe de la surface vers la profondeur. Dans les deux cas, mais surtout dans le premier, on agrandit l'incision, si cela est nécessaire, aux angles de la plaie ; les artères divisées sont liées immédiatement. On incise ensuite successivement les autres enveloppes de la hernie, en procédant avec la plus grande circonspection pour ne pas entamer l'intestin ; pour cela on soulève chaque feuillet avec les pinces et on coupe les parties soulevées contre les extrémités des pinces, de manière à faire une petite ouverture (*section en dédolant*) par laquelle on insinue d'abord vers le haut, puis vers le bas de la tumeur, une sonde cannelée sur laquelle on incise les parties soulevées par la sonde. On a ainsi à diviser un nombre de feuillets variable d'après l'espèce de hernie et l'ancienneté de celle-ci. Dans la hernie inguinale, on aura présentes à l'esprit les anomalies de situation du cordon spermatique dont quelques-uns des éléments sont parfois disséminés sur la face antérieure de la tumeur et pourraient être lésés. On reconnaît le sac herniaire à sa transparence et à la rénitence qui est due au liquide ordinairement épanché dans ce prolongement péritonéal ; mais ce dernier signe fait défaut dans les hernies sèches, et dans les cas où l'intestin a contracté des adhérences avec le sac. C'est une raison pour redoubler de précaution dans l'ouverture du sac ; cette ouverture sera toujours faite en *dédolant* ; une fois le sac ouvert, on agrandit l'incision vers le haut et vers le bas. Quelques chirurgiens, notamment Franco, A. Paré, J.-L. Petit, ont proposé de *réduire la hernie sans ouvrir le sac* ; cette pratique est rejetée avec raison, parce que si l'étranglement est produit par le collet du sac, on ramène dans l'abdomen une hernie qui reste étranglée.

On éprouve parfois de l'embarras pour juger si on est réellement arrivé dans le sac ; cela tient à ce que l'intestin peut être méconnaissable par suite de sa couleur noirâtre, de son épaissement et de son induration ; à ce que l'épiploon est résistant, carnifié. Si, dans ces conditions, la hernie est sèche, ou s'il y a des adhérences intimes entre les viscères et le sac, on peut croire n'être pas encore arrivé dans la *cavité herniaire* et poursuivre les incisions au risque de léser l'intestin. Il y a un moyen d'éviter l'erreur : c'est de porter le doigt à travers l'ouverture présumée faite au sac et de diriger le doigt vers l'anneau qui a donné passage à la hernie ; si le doigt arrive dans la cavité abdominale, on est certain que le sac est ouvert. Il ne faut pas oublier cependant que des adhérences entre l'intestin et le collet du sac aux environs de l'ouverture ou du canal aponévrotique rendent ce mode d'exploration incertain.

Une fois le sac herniaire largement ouvert et les organes contenus dans la hernie mis à découvert, la conduite ultérieure est subordonnée aux circonstances de la hernie.

A. HERNIE INTESTINALE. Il faut d'abord examiner l'état de l'intestin. Si ce dernier est *sain et sans adhérences avec le sac*, on arrive parfois à le repousser dans l'abdomen, sans débrider l'ouverture herniaire, à la seule condition de tirer au préalable une plus longue portion d'intestin au dehors, afin de disséminer dans un plus grand espace les gaz contenus dans l'anse herniée. Si la manœuvre précédente ne suffit pas, il faut élargir l'ouverture ou les ouvertures qui s'opposent à la réduction.

Débridement. Pour l'exécuter, on insinue la troisième phalange de l'indicateur gauche entre les viscères et le cercle séro-fibreux qui étrangle ; on conduit sur la face unguéale de ce doigt un bistouri boutonné, droit ou à lame concave, et l'on fait pénétrer l'extrémité de l'instrument au delà du siège de la constriction. Pour couper l'anneau constricteur, il suffit de relever le tranchant de l'instrument par un mouvement de bascule. Le *lieu* du débridement est variable suivant l'espèce de hernie. Lorsque le contour aponévrotique à inciser est avoisiné par des artères, pour éviter la lésion de celles-ci, au lieu de faire un *seul* débridement sur un même point, on en pratique *plusieurs* de moindre étendue (*débridement multiple*) sur divers points de la circonférence qui étrangle. Dans tous les cas, on prendra les plus grandes précautions, pendant ces manœuvres, pour ne pas blesser l'intestin.

Le débridement ne saurait être remplacé par la simple *dilatation* de l'ouverture herniaire ; procédé préconisé par Thévenin, Arnaud, Leblanc, et de nos jours par Seutin.

Réduction. Avant de l'opérer, il est convenable d'attirer au dehors quelque nouvelle portion d'intestin, afin de s'assurer que la partie étranglée est elle-même indemne de toute lésion grave s'opposant à la rentrée de l'organe dans l'abdomen. On repousse ensuite dans le ventre les portions sorties les dernières, puis les parties qui se sont échappées les premières. Lorsque la tumeur a un certain volume, il arrive parfois que des portions d'intestin réduites s'échappent à mesure qu'on en repousse d'autres. Il faut alors