

l'opération peut à peine être aussi grand que celui de ne pas la faire.

La vieillesse et la faiblesse, l'obésité, l'intempérance, ou un mauvais état quelconque, peuvent ajouter aux risques de cette opération, comme de toute autre; mais il faut accepter tous ces risques. On ne doit pas laisser mourir un malade de hernie étranglée si par tous les moyens possibles on peut lever l'étranglement; et vous ne devez pas vous laisser détourner de l'opération par la considération du nombre de morts qui la suivent. Les morts après l'opération peuvent être de 50 pour 100; mais les morts dues à l'opération ne sont pas plus de 5 pour 100, et même, probablement, ces morts auraient été causées par la hernie si l'on n'avait pas pratiqué l'opération. La grande proportion des morts est augmentée de celles dans lesquelles l'étranglement a fait un mal que l'opération n'a pu soulager. Il n'est pas injuste de soutenir que, d'une manière générale, les morts après les opérations pour hernie ne doivent être comptées que comme impossibilités de sauver la vie, tandis que les guérisons doivent être comptées comme vies sauvées d'une mort certainement menaçante.

TROISIÈME LEÇON

Opération de la hernie étranglée. — Indications générales : Quand faut-il opérer; siège de l'étranglement par rapport au point où il convient d'inciser; manuel opératoire. — Indications et contre-indications de la réduction : État du liquide, de l'épiploon et de l'intestin contenus dans le sac.

Le but de l'opération dans la hernie est de diviser les tissus qui cernent étroitement les parties sorties, afin qu'elles puissent rentrer. Ces tissus, formant ce qu'on appelle l'étranglement, sont dans certains cas en dehors du sac herniaire; dans d'autres, dans sa substance elle-même; aussi, d'après cette différence et d'autres encore, peut-on dans certains cas faire complètement l'opération sans ouverture du sac, et dans d'autres être obligé de pratiquer cette ouverture. Les avantages des deux méthodes ont été souvent discutés, et je puis commencer par vous en parler.

On ne peut douter, je pense, que si tout le reste de l'opération était le même dans tous les cas, l'avantage de réduire la hernie sans ouvrir le sac serait toujours à rechercher (1). Réduire ainsi une hernie est ce qu'il y a de mieux après la réduction sans opération d'aucune sorte. Il est insignifiant de diviser les tissus en dehors du sac, et l'on pourrait difficilement trouver une opération qui mettrait moins que celle-ci la vie ou la santé en danger. Le péritoine n'est pas blessé; l'intestin et l'épiploon ne sont ni touchés ni exposés à l'air; la plaie peut être petite; toute hémorrhagie peut être

(1) Voir note XIII, page 228.

facilement arrêtée et se faire entièrement à l'extérieur. De même la plaie se trouve dans des conditions favorables pour se cicatrifier rapidement, et l'érysipèle ou autre complication n'a pas de tendance à gagner le péritoine.

Ces raisons sont suffisantes pour faire toujours désirer et s'efforcer en général d'opérer sans ouvrir le sac, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées et faibles, et de hernies volumineuses. Mais il ne faut pas vous laisser entraîner trop loin dans cette direction; il pourrait vous en arriver de grands malheurs. Car, d'abord, il y a beaucoup de cas dans lesquels le contenu du sac ne doit pas être remis dans l'abdomen, par exemple lorsqu'il y a gangrène, ou ulcération profonde, ou étranglement par le sac. Le risque causé par cette rentrée est tellement beaucoup plus grand que celui de l'ouverture du sac, qu'il n'y a pas à hésiter lorsque vous pouvez avoir quelque raison, même légère, de soupçonner un de ces états des parties herniées. Et il faut toujours les soupçonner dans les cas suivants : 1° Lorsque l'étranglement existe depuis longtemps, c'est-à-dire quatre jours ou plus, qu'il y ait des symptômes légers ou graves; 2° lorsque les signes d'étranglement sont très-aigus, quelle que soit leur durée; 3° lorsqu'il y a des signes très-marqués d'une inflammation avancée ou subaiguë dans le sac ou les parties voisines; 4° lorsque le contenu du sac ne rentre pas facilement et dans les deux ou trois minutes après la levée suffisante de l'étranglement. Et il faut être très-scrupuleux dans l'appréciation de cette facilité à rentrer; car j'ai fait certainement du mal, et j'en ai vu faire plus encore, en essayant trop longtemps de réduire la hernie sans ouvrir le sac; en effet, on touche les parties avec le doigt pour les reconnaître, on les presse à plusieurs reprises; on blesse ainsi l'intestin et l'on provoque une inflammation suppura-

tive de tout ce qui entoure le sac; de sorte que, lorsque enfin l'opération est achevée, on a fait beaucoup plus de mal que si l'on avait tout d'abord ouvert le sac.

Je pense donc que vous pouvez prendre en toute certitude comme règle de conduite, dans les cas ordinaires, d'essayer d'achever l'opération sans ouvrir le sac, mais d'appliquer toute votre attention à rechercher s'il y a des raisons de soupçonner des complications, ou un état morbide grave des parties contenues dans le sac, ou d'autres difficultés analogues qui vous obligeraient à faire des efforts de réduction vigoureux et de longue durée. Naturellement, plus vous pratiquerez cette opération, moins souvent ces difficultés vous arrêteront; mais retenez bien la règle précédente et croyez qu'il est plus habile d'éviter des difficultés que de tout faire pour les surmonter. Et finalement, lorsque vous êtes dans le doute, ouvrez le sac; car bien que les avantages soient, au total, en faveur de l'abstention, cette raison n'est cependant pas suffisante pour justifier un risque considérable. Les statistiques brutes d'opérations ne peuvent pas servir pour évaluer cet avantage. Dans tous les cas les plus mauvais il faut ouvrir le sac, et les opérés mourront en grande proportion quel que soit le procédé opératoire employé.

Au point de vue de la manière d'opérer, il y a beaucoup de règles anatomiques, et de bonnes, dont je ne dirai rien. Elles sont admirablement décrites dans : Lawrence, *On hernia*. Je vous donnerai seulement certaines règles générales qui peuvent être utiles dans presque tous les cas.

Dans tous, il faut d'abord que vous sachiez autant que possible où siège l'étranglement, afin que votre première incision soit faite juste au-dessus de lui, et vous donne de la place pour le débrider sans qu'on ait besoin de la prolonger.

Dans la hernie crurale, vous pouvez être sûr que l'étranglement siège à l'anneau fémoral ou dans l'espace d'un demi-pouce de là; cela est suffisant pour guider votre première incision. Dans la hernie ombilicale, l'orifice du sac est toujours le siège de l'étranglement, et le milieu de votre première incision doit être au-dessus de lui. Dans la hernie inguinale l'étranglement est, dans l'immense majorité des cas, à l'anneau inguinal interne ou en dedans; et l'incision doit s'étendre de l'anneau interne au delà de l'anneau externe, et, d'après les caractères de la hernie, à une distance plus ou moins grande vers ou sur le scrotum.

Mais, dans la hernie inguinale, l'étranglement peut être à l'anneau externe, ou, s'il est formé par l'orifice épaissi du sac, siéger plus haut vers la cavité abdominale, ou en bas le long du canal, ou au delà de l'anneau externe, à quelque distance dans le scrotum. De plus, dans certains cas rares de hernie congénitale, il peut y avoir deux étranglements, un à chaque extrémité du canal vaginal resté ouvert. Dans ces cas il est utile d'appliquer une règle énoncée, je crois, par M. Luke, pour s'assurer du siège de l'étranglement; c'est d'observer à quel point du trajet de la hernie cesse l'impulsion de la toux. Car, lorsqu'une hernie est étranglée, l'impulsion peut être sentie jusqu'à l'étranglement; aude là, on ne la sent plus: c'est pourquoi, où l'impulsion cesse, là se trouve probablement l'obstacle. Cette partie doit être exactement comprise dans l'étendue de votre incision.

Dans la hernie crurale, votre première incision peut être verticale, suivant une ligne droite tirée de l'épine du pubis, saillie que l'on peut facilement sentir. Elle a besoin rarement d'avoir plus de un pouce et demi de long, et peut avoir moins quelquefois. Dans la hernie ombilicale, une

incision verticale de un pouce et demi ou deux pouces suffira, sur la ligne médiane, pour atteindre le bord supérieur ou inférieur de l'orifice du sac. Mais je suis disposé à croire, bien que je ne l'aie pas essayé, que dans les grosses hernies ombilicales, deux incisions, allant à la rencontre des bords de l'anneau, vaudraient mieux qu'une seule. Dans la hernie inguinale, l'incision doit prendre la direction du collet et de la partie supérieure de la hernie, et sa longueur varier avec le volume des parties qu'il faut faire rentrer.

Dans ces incisions il faut avancer petit à petit, à travers les diverses couches que vos dissections anatomiques des parties saines vous permettront quelquefois de reconnaître, jusqu'à ce que vous arriviez au sac. L'épaisseur de ces couches est plus variable que vous ne pourriez le supposer. Particulièrement dans les petites hernies crurales, vous trouverez souvent autour du sac une quantité incroyable de graisse; et dans la hernie ombilicale, beaucoup plus de graisse autour de l'orifice du sac que la minceur du tégument qui la recouvrait ne l'aurait fait supposer tout d'abord.

Quelle que soit l'épaisseur, vous devez continuer à inciser dans la même direction; et lorsque vous êtes à la surface du sac rester sur la même ligne. Ne disséquez pas la partie antérieure de cette surface, ne la séparez pas des tissus voisins, aucun bien ne peut en résulter, mais plutôt beaucoup de mal. Vous n'avez besoin que d'une incision linéaire du sac. Tout ce que l'on fait de chaque côté de cette ligne est inutile ou dangereux.

Après avoir ainsi atteint le sac, et découvert son col et son orifice, ou la partie la plus étroite, il faut procéder différemment selon que vous vous proposez d'achever l'opération avec ou sans ouverture du sac. Dans le premier cas, on l'ouvre près de son orifice, puis dans la direction et dans