

plus exposés à ouvrir le sac au siège de l'étranglement ou près de là; et, si vous le faites, vous pouvez aussi bien épargner votre temps et votre force en l'ouvrant plus largement.

Dans la hernie inguinale l'étranglement est, dans beaucoup de cas, et était dans la majorité de ceux que j'ai opérés, formé par l'orifice du sac, épaissi et induré par ce qui paraît être un processus inflammatoire, produisant un tissu comme inodulaire et rétractile. Ce tissu forme une bandelette d'environ un quart ou un tiers de pouce de large, et d'environ une ligne d'épaisseur, et qui a quelquefois un bord interne mince et tranchant.

A ce propos, permettez-moi de vous dire que la formation de cette bandelette n'est pas due aux bandages que l'on porte. J'en ai vu de très-marquées chez des malades qui n'avaient jamais porté de bandage; et j'ai vu le sac mince et mou dans tous ses points chez d'autres qui en avaient porté pendant longtemps.

Mais, quel qu'en soit le mode de formation, cet épaississement et cette rétraction annulaires de l'orifice d'un sac herniaire inguinal constituent une cause commune d'étranglement. D'après cela, il faut d'abord que vous mettiez à découvert l'orifice du sac; à moins, il est vrai, que vous n'ayez trouvé ses couches externes si serrées que vous puissiez penser que leur division sera suffisante pour permettre la réduction de la hernie. Après avoir dénudé la face externe de l'orifice épaissi du sac, vous pouvez encore achever la réduction sans opération en amincissant graduellement l'orifice, c'est-à-dire en coupant couche par couche une partie quelconque. Quelquefois l'orifice cèdera suffisamment au point ainsi aminci pour s'élargir et permettre la réduction; mais plus souvent, je crois, vous échouerez, et il faudra que vous ou-

vriez le sac et que vous divisiez l'étranglement de dedans en dehors.

Ici, comme dans la hernie fémorale, ayez bien soin de ne pas employer plus de force et de temps qu'il ne faut dans le but de réduire sans ouvrir le sac. C'est une bonne chose de réussir; mais c'en est une très-mauvaise d'échouer. Il faut que vous supputiez combien de risques d'accident il est permis d'encourir dans l'espérance d'un succès.

Si la réduction s'accomplit sans ouverture du sac, vous avez atteint le but immédiat le plus heureux de l'opération; mais souvenez-vous que des erreurs de réduction sont possibles aussi bien dans ces cas que dans ceux où aucune opération n'a été faite; elles sont cependant moins dangereuses, car, si l'étranglement est complètement divisé, rien de ce qui reste dans le sac n'est étranglé. En particulier vous pouvez ne rien craindre si, comme il arrive communément, il reste dans le sac un peu d'épiploon. Cela n'est pas mauvais; mais s'il est resté plus que de l'épiploon, et si les signes d'étranglement ne sont ni apaisés, ni diminués, il faut opérer de nouveau et ouvrir le sac, ces cas rentrant dans la même catégorie que ceux de réduction partielle ou douteuse, dont j'ai parlé dans la dernière leçon.

Mais supposez le sac ouvert, comme il devrait l'être dans tous les cas mauvais, ou dans beaucoup d'autres qui, bien qu'ils ne le soient pas, peuvent être cependant appelés difficiles; il peut alors se présenter la question la plus embarrassante de toutes: que faut-il faire du contenu du sac? Naturellement, dans la plupart des cas, il faut le faire rentrer; mais dans beaucoup d'autres il ne le faut pas; quels sont alors ces cas?

Regardez d'abord les caractères du liquide que, dans la plupart des cas, vous trouverez en dehors du sac. Dans la

plupart, dis-je, non dans tous; car dans certaines petites hernies crurales, surtout chez les personnes très-maigres, dans beaucoup de hernies ombilicales, et dans toutes celles qui renferment beaucoup d'épiploon, il peut n'y avoir pas de liquide, ou trop peu pour qu'on l'aperçoive distinctement. Mais s'il y en a assez pour qu'on puisse en tirer un indice quelconque, celui-ci sera favorable si le liquide est clair, ou citrin comme la sérosité, ou mieux comme le sérum du sang, car il se coagulera spontanément.

Ce liquide indique seulement une exsudation analogue à celle qui peut provenir d'une anse intestinale simplement congestionnée, ou atteinte d'inflammation bénigne; et ils sont bien rares, si même il y en a, les cas dans lesquels on ne peut faire rentrer l'intestin trouvé derrière ce liquide. On peut dire la même chose lorsqu'il y a en même temps des amas ou des bandes d'exsudation de lymphé ou de fibrine; car ils ne dénotent qu'une inflammation dont on peut parfaitement guérir lorsque l'intestin est rentré. Je suis disposé à en dire autant des cas dans lesquels le liquide est limpide, mais plus ou moins fortement teinté de sang; car cette exsudation des globules ou de la couleur du sang n'est pas caractéristique de changements morbides sérieux soit du sac soit de son contenu.

Mais lorsque le liquide est trouble, brunâtre, grisâtre, il indique des changements plus avancés dans l'intestin ou dans l'épiploon; et plus ces caractères sont prononcés, plus il faut regarder attentivement les parties herniées pour savoir si elles sont en état d'être réduites. Vous aurez probablement à décider qu'elles ne le sont pas lorsque le liquide aura une odeur fécale ou putride bien évidente; et naturellement elles ne le seront pas s'il y a des matières fécales mélangées avec lui.

Je n'ose pas dire qu'il faut prendre absolument comme guide de votre pratique les caractères du contenu liquide du sac d'une hernie étranglée; mais ce sont de bons signes dont il faut tenir compte en général, car ils représentent exactement l'état de congestion ou d'inflammation simples, ou une altération, une décomposition plus ou moins avancées, ou une solution de continuité de l'intestin et de l'épiploon étranglés.

Il n'est pas rare, après avoir divisé l'étranglement et fait rentrer le contenu du sac, de voir du liquide sortir de la cavité péritonéale. Je ne connais pas d'autre règle de pratique que de le laisser couler aussi longtemps qu'il voudra, et s'il paraît de mauvaise nature, de ne fermer la plaie, si on la ferme, que lorsqu'il aura cessé de couler.

Quant à l'épiploon que le sac peut contenir, la conduite à suivre à son égard est la suivante. S'il est en petite quantité, c'est-à-dire deux ou trois pouces carrés, s'il n'est pas adhérent, et s'il ne présente que de la congestion ou une inflammation légère, il ne peut y avoir aucun danger à le réduire après l'intestin; et même si la partie herniée était considérable, mais sans plus d'altération, il vaudrait mieux la faire rentrer si on le pouvait sans employer beaucoup de force ou de temps. Mais il arrive quelquefois, lorsque l'abdomen est tendu et l'intestin rempli outre mesure, qu'on ne peut réduire une portion considérable d'épiploon sans de grandes difficultés. Que faire alors? Faut-il le réséquer ou le laisser dans le sac? Je suis d'avis de prendre ce dernier parti. Je pense que la section, avec les ligatures ou autres moyens de fermer les vaisseaux, ajoute aux dangers pour la vie; tandis que l'abandon de l'épiploon n'est suivi que quelquefois d'un peu plus de difficulté à adapter un bandage, difficulté qui n'est pas assez grande pour justifier un risque quelconque pour la vie.

Cette règle de laisser l'épiploon dans le sac doit encore être observée d'avantage lorsqu'une portion assez grande est indurée et épaissie par une affection ancienne. Lorsque la portion ainsi altérée est petite, on peut, je crois, la faire rentrer.

Lorsque l'épiploon est adhérent au sac, mais sous les autres rapports propre à être réduit, il faut rompre les adhérences et réduire, après avoir arrêté l'écoulement sanguin. S'il ne peut être réduit, laissez les adhérences; en tout cas, ne les rompez jamais assez près de l'orifice du sac pour que leurs vaisseaux soient susceptibles de saigner dans la cavité abdominale.

Lorsque l'épiploon est gangréné, ou presque, laissez-le, afin que la partie sphacélée puisse être éliminée.

Mais les questions principales dans ces opérations sont relatives à l'état de l'intestin étranglé et à la manière d'en user avec lui. Vous en jugerez d'après la couleur et la résistance. Servez-vous de vos yeux et de vos doigts; quelquefois de votre nez; très-rarement de vos oreilles, car ce que vous pouvez avoir entendu dire relativement à la durée de l'étranglement, aux sensations, etc., est aussi capable de vous tromper que de vous guider convenablement.

Au point de vue de la couleur, toute teinte, depuis le gris naturel, en passant par les diverses nuances de rose et de rouge, jusqu'au cramoisi le plus foncé, même tirant sur le noir, peut permettre de réduire l'intestin s'il n'y a pas de lésion. Toutes ces teintes peuvent être dues à la congestion et à la stagnation du sang, ou à une infiltration sanguine dans les parois intestinales; toutes choses qui peuvent exister sans une inflammation capable d'altérer la texture de l'intestin, et n'avoir pas duré assez longtemps pour en amener la mortification. Je suis disposé à dire qu'on peut réduire

l'intestin quelle que soit sa couleur, la noire exceptée, si sa texture est restée bonne; si au toucher il paraît tendu, élastique, bien rempli, et rénitent, ni affaissé ni visqueux; et plus la surface de l'intestin est luisante, brillante, plus vous pouvez avoir confiance en cette règle.

Lorsqu'une anse intestinale est complètement noire, je pense qu'il vaut mieux ne pas la faire rentrer, à moins que vous ne soyez sûr que cette couleur est due entièrement à une infiltration sanguine. Elle peut cependant n'être pas encore mortifiée, mais elle n'est pas capable de guérir; si même elle ne mourait pas après la réduction, il y aurait grand risque qu'elle demeure incapable de propulser son contenu, et qu'elle aide à causer la mort par ce qui paraît très-fréquent, la distension et la paralysie du canal au-dessus d'elle. Mais, à la vérité, la noirceur absolue d'un intestin étranglé dénote communément une gangrène confirmée; et vous pouvez en être sûr si les tissus noirs sont ternes, mous, flasques, ou visqueux, gluants au doigt ou d'un aspect vilieux. Il ne faut pas réduire un intestin qui est dans cet état.

Les couleurs qui ne peuvent laisser que peu de doute, comme signe de gangrène, sont le blanc, le gris et le vert, tous très-foncés, ternes, par plaques, ou couvrant toute la surface de l'intestin hernié. Je ne puis dire pourquoi il y a tant de couleurs dans des cas différents, ou quelquefois dans le même cas; mais toutes sont également des signes certains de gangrène, et elles sont toujours réunies avec la perte de la tonicité et de la texture normales de la paroi. Une anse intestinale qui présente ces caractères, quoique peu marqués, ne doit pas être réduite.

La texture de l'intestin hernié, pour qu'on puisse le réduire sans danger, doit être la suivante: il faut que ses parois soient minces, fermes, tendues et élastiques, conservant

leur forme cylindrique, qu'il soit lisse, glissant et luisant. Plus l'intestin s'écarte de ces caractères, plus il perd son brillant et paraît vilieux, plus il est visqueux, s'affaisse et perd sa forme cylindrique, plus il est mou, et cède sous le doigt, plus il est pulpeux, semblable à du cuir mouillé ou du papier détrempe, moins il est apte à être réduit. Et lorsque ces caractères sont joints aux couleurs que j'ai décrites comme de mauvais augure, on peut admettre que l'intestin est mortifié, et il vaut mieux le laisser ouvert, afin que son contenu puisse s'écouler à l'extérieur et ne pas faire de mal.

Mais, en dehors de la gangrène, il peut y avoir ulcération des parois intestinales, ordinairement au point où l'intestin est serré par l'orifice du sac, et le plus souvent dans les hernies crurales étranglées depuis longtemps. Dans celles-ci, c'est spécialement le bord dur et tranchant du ligament de Gimbernat qui semble diviser l'intestin dont il amincit et perfore enfin la paroi. La possibilité de cette complication suffit pour justifier la règle d'après laquelle, lorsque l'étranglement a été aigu et de longue durée, il faut tirer doucement à soi l'intestin après avoir sectionné l'étranglement, pour voir s'il n'y a pas de lésion grave de ses parois au point où a porté la pression principale de l'agent constricteur.

Je dois parler aussi maintenant, parce qu'elles sont également dangereuses pour la vie, de la lacération de l'intestin dans des tentatives trop violentes de réduction, et de sa blessure pendant l'opération; mais je n'ai pas d'expérience personnelle sur ces cas, et je ne puis rien ajouter à ce que vous pouvez lire dans les meilleurs traités sur la hernie, comme celui de Sir William Lawrence, ou dans les chapitres consacrés à la hernie par M. Erichsen dans son livre *Science and art of Surgery*, ou par M. Birkett dans *Holmes's system of Surgery*. Vous y trouverez non-seulement l'expérience

de ces auteurs, mais ce qu'ils ont rassemblé et rédigé d'après les écrits des autres. Me bornant à ce que j'ai vu dans ma pratique personnelle, je dois omettre beaucoup d'autres choses que la rupture et la blessure de l'intestin; comme les complications diverses de hernie étranglée avec hydrocèle, testicule en ectopie, varicocèle, accidents de l'opération, par exemple une hémorrhagie des artères épigastrique ou obturatrice. Il y en a certaines que je n'ai jamais vues; d'autres que je n'ai vues qu'une fois ou deux, et je ne sais à leur sujet que ce que vous pouvez apprendre en lisant les ouvrages que je vous ai indiqués.

Quant au traitement de la gangrène et de l'ulcération de l'intestin dont je viens de parler, je vous dirai qu'il m'a toujours paru plus prudent de courir le risque d'avoir un écoulement permanent des matières fécales en laissant l'intestin dans la plaie, que d'ajouter aux chances de mort en réduisant une anse qui pourrait paraître susceptible de guérison par la suture ou tout autre moyen analogue. Naturellement il ne faudrait pas songer à ces moyens si la gangrène ou l'ulcération n'avait pas une très-petite étendue; mais même dans les cas où elle est la plus petite, si ce n'est très-rarement, je ne voudrais pas ajouter au risque que court inévitablement la vie en réduisant l'intestin lésé. Dans les cas de hernie, sauver la vie est tellement plus important que tout autre chose, que nous ne devons l'exposer que si nous avons les plus grandes probabilités d'éviter à un malade une infirmité incurable.