

l'intestin enveloppé et étranglé par ces adhérences. Dans ces cas et dans plusieurs autres semblables, il est probable que l'on avait affaire à un véritable étranglement interne constitué par l'enroulement de l'épiploon autour de l'intestin, ou par la torsion persistante, maintenue par des adhérences récentes, de l'intestin sur lui-même, bien plus qu'à un étranglement herniaire. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la réduction ait été facile et que les accidents d'étranglement aient persisté après elle. Il peut se faire néanmoins que, lors de la réduction d'une anse intestinale étranglée, s'il existe de l'épiploon irréductible, l'intestin en rentrant dans le ventre prenne, par rapport à la corde épiploïque, une position telle, que celle-ci comprime son calibre et y intercepte le cours des matières : on a substitué de la sorte un étranglement interne à un étranglement externe.

Mais on connaît deux exemples d'une variété plus rare encore de la réduction d'une anse intestinale étranglée avec l'agent de l'étranglement. Laugier a rapporté dans le *Bulletin chirurgical* un fait où le taxis avait provoqué la déchirure circulaire de la portion du péritoine qui étranglait l'intestin. Celui-ci s'était réduit en entraînant dans le ventre cet anneau constituant le collet du sac et l'agent de l'étranglement. Dans un second cas, communiqué par Richet à la Société de chirurgie en 1862, le contour fibreux de l'anneau inguinal profond s'était détaché en même temps que le collet du sac et avait été réduit avec l'anse qu'il étranglait.

Cette variété d'étranglements persistants se rapproche donc beaucoup des réductions en masse ; seulement on y voit manquer un certain nombre de signes qui caractérisent celles-ci, entre autres l'absence du sac herniaire et la flaccidité particulière des parties où siègeait la tumeur, lorsqu'on les examine après la réduction.

CONTINUATION DES ACCIDENTS DUE A LA PERSISTANCE DES LÉSIONS INTES-
TINALES APRÈS LA RÉDUCTION. — Ici encore l'intestin a été réduit par le taxis ; mais les altérations qu'il présentait au moment où l'on a levé l'étranglement suivent leur cours et déterminent la continuation des accidents. Ces lésions sont de plusieurs ordres :

a. Nous avons déjà dit que les adhérences récentes qui s'étaient produites sous l'influence de la péritonite herniaire consécutive à l'étranglement pouvaient assujettir, même après la réduction, l'anse étranglée dans une position défavorable au cours des matières. L'intestin peut être tordu sur lui-même, ou bien encore une coudure brusque qu'il présentait dans le sac est maintenue par l'organisation de ces exsudats, et l'éperon qui en résulte met obstacle au passage des matières intestinales, surtout quand à cette cause s'ajoute une de celles que nous allons énumérer.

b. Dans beaucoup de cas, après la réduction par le taxis, mais surtout après l'opération, quand l'étranglement a duré un temps assez long, plusieurs heures ou plusieurs jours se passent sans qu'il y ait d'éva-

cuations gazeuses ou solides par l'anus. Quelquefois même les vomissements persistent, le ballonnement se prononce encore davantage, jusqu'au moment où tout d'un coup ou peu à peu se rétablit la liberté du ventre. Si cet état persiste, on peut voir survenir la mort au milieu des symptômes d'une péritonite dont l'autopsie fait reconnaître l'existence ; si le malade se rétablit, il est permis de supposer que la réduction a été suivie d'un certain degré de péritonite, d'où la persistance de la constipation, des vomissements et de l'état général. Mais si la péritonite n'existait pas avant la réduction, si celle-ci n'a pas été suivie des symptômes ordinaires de la péritonite, on est forcé de rejeter les accidents sur le compte de la paralysie intestinale. Depuis longtemps, mais surtout depuis la thèse de Henrot (1), on a admis des pseudo-étranglements paralytiques, affection caractérisée par les phénomènes de l'étranglement et provoquée par une distension paralytique de l'intestin. Cette paralysie, qui peut reconnaître des causes multiples, qui peut être d'origine réflexe ou due à une lésion nerveuse centrale, ne succéderait-elle pas à l'action mécanique exercée sur l'anse herniée par la constriction due à l'agent de l'étranglement ? Parésie seulement dans les cas où les accidents cèdent d'eux-mêmes au bout de quelques heures, elle peut prendre l'importance d'un pseudo-étranglement paralytique complet dans les cas graves, et favoriser le développement d'une péritonite consécutive au trouble prolongé de la circulation abdominale et du cours des matières.

On manque, à la vérité, de preuves anatomiques à l'appui de l'une ou l'autre de ces opinions, mais on peut bien avoir recours à une hypothèse vraisemblable pour expliquer cette persistance plus ou moins prolongée des accidents, persistance qui ne s'explique par aucun obstacle matériel, par aucune cause mécanique que vienne démontrer l'examen nécroscopique de l'intestin réduit et de la cavité péritonéale.

c. Peut-être pourrait-on faire jouer un certain rôle, dans quelques cas, à la diminution du calibre de l'intestin qui résulte de la constriction qu'il a subie, diminution que nous avons vu se traduire par un rétrécissement persistant plusieurs jours après que l'étranglement a été levé. Il est possible aussi que l'élimination d'une eschare intestinale ou la cicatrisation d'une perforation masquée par des fausses membranes amène la production d'un rétrécissement permanent de l'intestin, rétrécissement qui se manifesterait, mais seulement au bout de quelque temps, par des symptômes d'iléus. Enfin Richter admet, sans en paraître bien convaincu, que dans les anciennes hernies la portion d'intestin placée depuis longtemps dans l'anneau peut se rétrécir à la longue, et, lorsqu'à l'occasion d'un étranglement elle est repoussée dans le ventre, elle peut y produire les accidents de l'iléus en s'opposant au passage des matières stercorales. Mais c'est assez de signaler ces causes

(1) *Des pseudo-étranglements*, thèse de Paris, 1865.

possibles, alors qu'aucune observation précise n'en démontre la réalité.

PERSISTANCE DES ACCIDENTS DUE A L'EXISTENCE CONCOMITANTE D'UNE AUTRE HERNIE ÉTRANGLÉE OU D'UN ÉTRANGLEMENT INTERNE MÉCONNUS. — Il suffit d'indiquer cette erreur pour faire sentir la nécessité, toutes les fois qu'après la réduction facile d'une hernie en apparence étranglée les accidents d'occlusion persisteront, d'explorer avec soin tous les points du corps où viennent se présenter et s'étrangler des hernies; on devra chercher parmi les causes d'étranglement interne celles qui peuvent exister chez le malade atteint des accidents, et l'on se convaincra bientôt, par un interrogatoire minutieux, que la hernie que l'on a réduite n'était pour rien dans leur développement, et que la tumeur que l'on avait cru étranglée présentait un volume et les caractères compatibles jusqu'alors avec l'intégrité des fonctions.

Si nous cherchons à résumer le diagnostic des diverses complications qui entraînent la persistance des accidents d'étranglement après la réduction par le taxis, nous nous trouvons aux prises avec de grandes difficultés. En effet, non-seulement les faits de cette nature sont rares, non-seulement ils surprennent l'attention du chirurgien, mais les causes qui président à leur apparition sont multiples et leurs caractères différentiels imparfaitement connus. De là vient que, dans le plus grand nombre des cas, la nature de l'obstacle qui s'opposait au cours des matières n'a pu être déterminée qu'à l'autopsie.

Une hernie a été réduite, les accidents d'étranglement persistent: on devra tout d'abord tâcher d'acquiescer la conviction que l'irréductibilité de la hernie était bien la cause des phénomènes d'étranglement. La date de l'apparition de ceux-ci comparée à l'époque à laquelle la hernie est devenue irréductible, les circonstances qui ont accompagné la modification survenue dans la tumeur, l'absence de toute cause capable de produire un étranglement interne, mais surtout la nécessité où l'on s'est trouvé de mettre une certaine force et une certaine insistance pour faire rentrer la hernie, permettront de trancher ce premier point.

Les accidents persistants sont-ils dus seulement à un certain degré de paralysie, de paralysie ou d'inflammation de l'intestin? Dans ce cas les phénomènes abdominaux, tout en continuant, paraissent moins intenses après la réduction; presque toujours il y a quelques gaz, sinon quelques matières, rendus par l'anus, et il est possible d'en provoquer l'évacuation au moyen d'un purgatif léger dont l'efficacité lèvera tous les doutes. Enfin, l'absence de tumeur aux environs de l'orifice profond du trajet herniaire constituera un caractère négatif d'une certaine importance.

Nous avons déjà mentionné les principaux signes qui permettront de reconnaître qu'il s'est produit une réduction en masse: hernie inguinale ancienne, bien contenue d'ordinaire, étranglée par le collet, taxis souvent exagéré comme force ou comme durée, suivi d'une réduction

subite sans gargouillement. A l'exploration, le scrotum est plus flasque que d'habitude, le trajet herniaire admet le doigt très-facilement et paraît dilaté, le contour des anneaux est très-accessible au palper, enfin on trouve, en arrière de l'arcade de Fallope, une tumeur rénitente, dure et douloureuse, qui parfois semble prête à s'engager, dans la toux et dans les efforts, à la partie profonde du trajet herniaire.

Ne s'agirait-il pas enfin d'un étranglement dans un de ces sacs intérieurs (*hernies propéritonéales*) dus au refoulement graduel d'une partie du sac ou à une anomalie congénitale? Ici les difficultés sont presque insurmontables. Peut-être la réduction facile d'une hernie, jointe à l'existence d'une tumeur profonde, analogue à celle que l'on observe dans le cas précédent, permettrait de supposer l'existence d'un sac double; peut-être la coïncidence d'une ectopie testiculaire avec ces caractères pourrait-elle faire penser à l'étranglement d'une hernie propéritonéale. Nous n'en voulons pas dire davantage: le seul fait que tous les cas semblables n'ont pu être reconnus, même lorsque le sac était ouvert dans l'opération, qu'ils se sont tous terminés par la mort, et que nous ne les connaissons que par l'examen nécroscopique, montre assez que toute tentative de diagnostic à priori, touchant des faits de cette nature, serait au moins fort hasardée.

Nous examinerons plus tard les indications que fait naître la persistance des accidents d'étranglement lorsque la hernie a été réduite par le taxis.

De quelques moyens employés en même temps que le taxis. — Ces moyens comprennent, d'une part, des agents médicamenteux externes ou internes dont l'ensemble constituait autrefois le *traitement médical* de l'étranglement, et d'autre part, certaines manœuvres, certaines opérations même, préconisées comme pouvant faciliter la réduction. Nous avons signalé un de ces moyens en parlant de l'influence de la position employée concurremment avec le taxis, il nous reste à en indiquer quelques autres.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire quelques médicaments qui ont joui d'une certaine vogue, à différentes époques, et qui doivent être absolument proscrits du traitement des hernies étranglées comme inutiles ou dangereux: tels sont les vomitifs, la strychnine, le café, le tabac, la belladone, et même l'opium, dont l'usage, avant la réduction de la hernie, ne peut servir qu'à calmer les douleurs, mais qui est appelé à rendre de grands services lorsque l'étranglement est levé. Quant aux purgatifs trop fréquemment employés encore de nos jours, ils sont plus nuisibles qu'utiles, et doivent tout au plus être réservés pour certains cas déterminés où il s'agit de s'assurer que l'on n'a point affaire à un étranglement véritable.

L'utilité des divers topiques appliqués sur la tumeur herniaire est pour le moins contestable. Les cataplasmes émollients, les pommades belladonnées, opiacées, etc., calment la douleur et amènent parfois une

détente qui facilite la réduction; c'est également ainsi qu'agissent les bains prolongés. Les applications réfrigérantes (compresses froides, vessies de glace) ont semblé dans quelques cas exercer une heureuse influence, mais elles doivent être de courte durée. Quant aux émissions sanguines locales, nous pensons qu'elles doivent être absolument prosrites du traitement de la hernie étranglée.

A côté des topiques il faut ranger l'emploi de quelques manœuvres particulières; telles sont: l'*introduction d'une canule dans le rectum*, préconisée par O'Beirn; les *injections forcées*, auxquelles a eu recours Simon (de Heidelberg); l'*introduction de la main*, conseillée par le même auteur; l'*électropuncture*, proposée par Leroy (d'Étiolles) en 1835. Ces divers procédés sont inutiles ou dangereux, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Il n'en est pas de même de la *ponction* de la hernie, pratiquée dans le but de diminuer son volume et de permettre sa réduction.

D'après Mérat, A. Paré, Pierre Lawe, Van Swieten auraient eu la pensée de ponctionner l'intestin dans la hernie étranglée. Pigray, puis Pott adoptèrent cette pratique: ils ponctionnaient l'intestin mis à nu avec une aiguille. Levrat, en 1823, conseilla de substituer à l'aiguille un trocart explorateur; cependant cet instrument fut employé pour la première fois en 1855 par Long, puis par Lenoir et par d'autres chirurgiens, parmi lesquels Nélaton, Gosselin, De Roubaix.

Dolbeau et Duploux se servirent les premiers du trocart aspirateur pour évacuer le contenu de l'intestin étranglé; depuis lors beaucoup de chirurgiens eurent recours à cet instrument, et l'aspiration dans l'étranglement herniaire fut le sujet de plusieurs travaux, notamment des thèses de Brun-Buisson (1), de Lecerf (2) et de Bouisson (3). Motte réunit dans son mémoire (*loc. cit.*, p. 86) la plupart des observations connues, auxquelles sont depuis venus se joindre plusieurs faits nouveaux, dont quelques-uns fort importants ont été recueillis à l'étranger (4).

En réunissant une trentaine de faits publiés par ces auteurs, on voit que la ponction aspiratrice (car c'est la seule à laquelle on doit désormais avoir recours) a été pratiquée de diverses façons. Tantôt (dans 10 cas sur 26) on s'est borné à ponctionner le sac herniaire et à retirer le liquide qu'il renfermait; tantôt (dans 16 cas) c'est l'anse elle-même qui fut évacuée par la ponction. Plusieurs fois il fallut réitérer les ponctions, soit dans la même séance, soit à quelques heures d'intervalle.

A part une observation peut-être, où il s'agissait d'une épiplocèle enflammée avec suppuration du sac, ce fut involontairement que le chirurgien, qui se proposait de ponctionner l'intestin étranglé, se borna

(1) *De la ponction aspiratrice comme moyen de réduction des hernies étranglées*. Thèse de Paris, 1871.

(2) Thèse de Paris, 1872.

(3) Thèse de Paris, 1874.

(4) Bayer, Madelung, etc. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. II).

à introduire l'aiguille dans le sac herniaire. Presque toujours il fut facile de reconnaître si la ponction avait porté sur l'intestin ou seulement sur le sac, grâce à la coloration et à l'odeur des matières recueillies par aspiration, et à la présence de gaz.

La ponction, dans la plupart des cas, ne fut pratiquée qu'après des efforts infructueux de taxis, et, sauf dans un cas, on dut compléter la réduction par le taxis; dans cette observation unique, l'intestin rentra spontanément aussitôt après l'évacuation de son contenu. La réduction elle-même, facile dans quelques cas rares, fut parfois difficile et nécessita des efforts prolongés. Dans dix cas au moins, l'intestin fut rebelle au taxis malgré la ponction, les accidents persistèrent, et il fallut avoir recours à l'opération. Enfin, malgré la réduction, dans plusieurs cas il se déclara une péritonite qui se termina par la mort.

En somme, la ponction exploratrice a été, dans quelques cas, pour le taxis un adjuvant utile; mais elle s'est souvent montrée inefficace. De plus, si minime que soit la lésion intestinale produite par la ponction, la possibilité d'accidents provoqués par la solution de continuité la plus légère de l'intestin doit engager les chirurgiens à n'user de ce moyen qu'avec une grande réserve. La ponction du sac, moins efficace que celle de l'intestin, peut être pratiquée avec plus de sécurité.

B. DE LA KÉLOTOMIE OU OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — L'opération est la seule ressource que l'on possède pour lever l'étranglement et obtenir la réduction, quand le taxis et les moyens auxiliaires que nous venons de passer en revue ont échoué. Elle doit même être pratiquée d'emblée dans les cas où la réduction par le taxis amènerait la rentrée dans le ventre d'un intestin atteint ou soupçonné de porter de sérieuses lésions. Ainsi que Gosselin surtout l'a péremptoirement établi, il faut procéder à l'ouverture de la hernie dès que l'indication existe; c'est donc au plus haut point une opération d'urgence à laquelle doivent être préparés tous les médecins.

Manuel opératoire. — L'opération souvent longue, mais peu douloureuse en elle-même, ne nécessite pas l'emploi du chloroforme. Néanmoins, quand le malade vient d'être endormi pour subir le taxis, il y a avantage à prolonger quelques instants l'anesthésie.

A proximité du chirurgien on dispose les instruments nécessaires; ce sont: un bistouri droit, un bistouri boutonné ou mieux un ténotome mousse, une sonde cannelée, des ciseaux mousses, droits et courbes, un ténaculum, des pinces hémostatiques à pression continue, des fils à ligature, ce qu'il faut pour pratiquer des sutures, une sonde de femme ou de grosses sondes en gomme.

PREMIER TEMPS: *Incision des parties molles.* — L'incision de la peau est faite en un seul temps: sa direction dépend du volume de la hernie et de son siège. On fait en général une simple incision longitudinale qui dépasse en haut le point au niveau duquel on pense trouver l'agent de l'étranglement; cette incision est conduite suivant le grand axe de la tumeur.

Pour faire cette incision le chirurgien n'agira jamais par ponction ; il devra toujours couper en dédolant avec le tranchant de l'instrument tenu comme un archet de violon. Le mieux est de faire à la peau un pli perpendiculaire à la direction que l'on est convenu de donner à l'incision. Le chirurgien, tenant entre les doigts de la main gauche l'extrémité correspondante de ce pli, en confie l'extrémité opposée à un aide, et sectionne le milieu de ce pli jusqu'à sa base ; puis il agrandit l'ouverture ainsi pratiquée si cela est nécessaire.

La peau étant divisée, on traverse le tissu cellulaire, souvent chargé de graisse, qui présente parfois tous les caractères d'un lipome ; on est alors à peu près sûr qu'en arrière se trouve immédiatement le sac herniaire.

D'autres fois on a à diviser des couches lamelleuses superposées en plus ou moins grand nombre. Il ne faut pas chercher à y retrouver les plans cellulaires ou aponévrotiques qui se rencontrent à l'état normal dans la région ; on doit seulement s'efforcer de les inciser successivement et dans toute leur étendue. Pour cela, le plus sûr moyen est de glisser au-dessous de chacun d'eux une sonde cannelée.

DEUXIÈME TEMPS : *Recherche et ouverture du sac.* — Lorsque l'on approche de la face externe du sac, il importe de redoubler de précautions. On est averti que l'on approche de la face externe du sac, quand on est en présence d'une couche fibreuse, dépourvue de graisse, présentant le plus souvent une coloration foncée, grise, vineuse ou noirâtre. Avec des pinces à disséquer ou avec un ténaculum on saisit alors une faible portion de l'épaisseur de cette couche, on y fait en dédolant une petite incision par laquelle on introduit la sonde cannelée, et on divise la couche que l'on a ainsi séparée des parties plus profondes : on continue de la sorte jusqu'au moment où l'incision des tissus que l'on a saisis avec les pinces laisse échapper un flot de liquide citrin ou séreux, mais le plus souvent coloré en rouge foncé : le sac vient d'être ouvert, ainsi que le témoigne l'issue du liquide qu'il contenait. La sonde cannelée est alors introduite par cette ouverture, que l'on agrandit en haut et en bas, dans une étendue correspondante à celle de l'incision superficielle. Le chirurgien alors a sous les yeux la surface interne du sac herniaire, et dans sa cavité ouverte il découvre l'intestin, constitué par une anse de volume variable, d'un rouge vineux ou d'un brun noirâtre, remarquable par sa rénitence et sa forme caractéristique, tantôt très-apparente et facilement visible, tantôt n'occupant que la partie supérieure du sac, la plus voisine du pédicule, et masquée par une quantité plus ou moins grande d'épiploon, soit normal, soit enflammé, tuméfié et infiltré de sang et de produits plastiques.

TROISIÈME TEMPS : *Recherche de l'agent de l'étranglement et débridement.* — Après avoir reconnu la nature des organes que renferme le sac, le chirurgien procède à la recherche de l'agent de l'étranglement. Pour y arriver, il saisit chacune des lèvres de l'incision avec deux pinces

à pression continue qu'il confie à des aides, en leur recommandant d'exercer une traction légère qui a pour effet de maintenir le collet en place et de l'empêcher de céder à la pression du doigt. L'opérateur glisse alors le doigt entre les parties contenues dans le sac et la paroi de celui-ci jusqu'à ce qu'il se sente arrêté par un contour fibreux, rigide, au niveau duquel l'intestin paraît étroitement serré comme dans un anneau.

La section de cet anneau constitue le *débridement*, qui se pratique en introduisant un instrument tranchant entre l'intestin et le collet du sac, le tranchant dirigé vers l'extérieur. Mais la difficulté d'introduire un instrument tranchant entre l'agent de l'étranglement et les parties étranglées, la crainte de léser l'intestin dans ce temps très-délicat, ont fait proposer l'emploi de divers instruments et de différentes manœuvres.

On a conseillé d'introduire une sonde cannelée entre les viscères herniés et le collet du sac : mais celle-ci ne protège pas suffisamment l'intestin qui peut en déborder les parties latérales. Cet inconvénient a suggéré à Méry l'idée de sa *sonde ailée*, à Vidal celle de sa *spatule cannelée*, à Huguier l'invention de la *sonde en bateau*, instruments que l'on ne peut avoir toujours à portée, dont le volume se prête très-mal au débridement des petites hernies très-serrées où pourtant ils seraient surtout indiqués, et qui sont à juste titre délaissés aujourd'hui.

Des bistouris de formes diverses ont été pré-

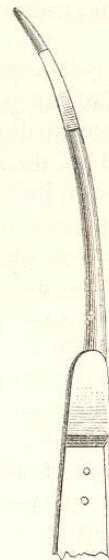


FIG. 24. — Bistouri d'A. Cooper.

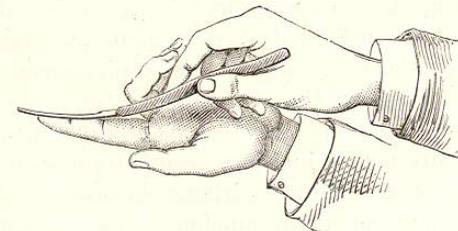


FIG. 25. — Débridement.

conisés : le seul de ces instruments spéciaux qui soit encore en usage est le bistouri herniaire d'A. Cooper, modification du bistouri de J. L. Petit, dont la lame était en partie usée à la lime. La lame du bistouri d'A. Cooper (fig. 24) n'est tranchante que dans une étendue de deux centimètres, et cette partie tranchante ne commence qu'à quelques millimètres de l'extrémité de la lame ; celle-ci est mousse, arrondie et aplatie sur ses faces. On conçoit qu'il est assez facile d'introduire cette extrémité mousse, en la guidant sur l'index (fig. 25), entre l'agent de l'étranglement et

le contour de la partie serrée, puis, tournant le tranchant vers l'extérieur, et enfonçant l'instrument jusqu'à ce que la partie tranchante soit en rapport avec le collet du sac, on peut pratiquer le débridement sans faire courir de dangers à l'intestin.

Mais on remplace avec avantage cet instrument par un simple petit ténotome à extrémité mousse, comme celui qui doit se trouver dans toutes les trousses. Il est rare qu'avec quelque patience et quelque dextérité on ne parvienne pas à introduire l'extrémité de l'ongle ou celle de la pulpe du doigt entre le collet du sac et le pédicule de l'intestin; sur le doigt on conduit alors à plat et avec la plus grande précaution la lame du ténotome, et dès qu'elle a dépassé l'agent de l'étranglement on la retourne, le tranchant vers l'extérieur, et on achève le débridement par quelques très-légers mouvements de va-et-vient. Le plus souvent, si l'instrument est bien affilé, une simple pression suffit; une sensation de craquement fibreux, perçue par le doigt, indique que l'anneau constricteur a cédé, et presque aussitôt le doigt pénètre assez librement au travers du rétrécissement qui l'arrêtait tout à l'heure.

Le point du contour de la hernie sur lequel doit porter le débridement est indiqué d'une manière formelle par les rapports qu'affecte le pédicule de la hernie, par conséquent il varie avec la variété anatomique que présente le déplacement. On s'effraye moins aujourd'hui du danger de l'hémorragie, que les chirurgiens anciens redoutaient à juste titre, depuis que l'on n'a plus recours aux larges incisions de plusieurs centimètres que préconisaient nos devanciers. Un débridement de quelques millimètres suffit, en effet, dans le plus grand nombre des cas; s'il ne paraît pas donner assez de place, si le doigt ne peut s'engager librement dans le collet du sac, on peut avoir recours à une seconde incision pratiquée au fond de la précédente, ou mieux en faire une, deux ou plusieurs autres, portant sur un point voisin du contour herniaire. Vidal (de Cassis) avait recommandé cette dernière pratique à laquelle on donne le nom de *débridements multiples*. Elle se fonde sur ce fait, que plusieurs petites incisions risquent moins d'aller blesser des vaisseaux importants, situés au voisinage du pédicule de la hernie, qu'un seul débridement lorsqu'on lui donne une certaine étendue. Il nous paraît encore préférable d'avoir recours au moyen que recommande le professeur Le Fort: si le débridement fait par l'instrument tranchant ne paraît pas être suffisant, avec le bout du doigt ou avec un instrument mousse introduit à la faveur du débridement, une paire de ciseaux courbes fermée par exemple, on exerce sur le contour fibreux de l'agent constricteur une traction plus ou moins énergique qui a pour effet d'augmenter la solution de continuité produite par le bistouri, et par conséquent de dilater largement l'anneau.

QUATRIÈME TEMPS: *Examen de l'intestin, réduction*. — Lorsqu'on a débridé l'agent de l'étranglement, il ne reste plus qu'à réquiere l'intestin;

mais avant de procéder à ce temps de l'opération, il faut s'être assuré que l'anse étranglée ne présente aucune lésion grave, et que l'on ne s'expose pas à déterminer, par la réduction d'un intestin perforé ou gravement compromis, une péritonite par épanchement. On devra, dans ce but, explorer avec la plus scrupuleuse attention toute la surface de la portion d'intestin étranglée, ainsi que le contour de la portion serrée. Il convient donc d'attirer légèrement l'anse herniée au dehors, de manière à découvrir le point même sur lequel s'exerçait l'étranglement, d'absterger avec soin sa surface, d'examiner sa coloration, sa consistance, son odeur. Nous avons indiqué déjà les caractères qui permettent de reconnaître que l'intestin est le siège de lésions graves. Non-seulement l'existence d'une perforation avec présence de gaz et de matières intestinales dans la cavité du sac herniaire, non-seulement l'affaissement, la coloration livide de l'intestin, contre-indiquent absolument la réduction, mais encore les taches blanchâtres ou grises qui révèlent une infiltration plastique ou purulente de la paroi intestinale, et même l'existence de phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente, ou la présence de perforations en apparence superficielles, sont des raisons suffisantes pour différer la réduction et pour recourir à une pratique que nous aurons à discuter tout à l'heure. En revanche, la coloration foncée de l'anse intestinale, cette couleur feuille-morte que l'on a considérée à tort comme caractérisant la gangrène, ne doivent point empêcher de réduire, si l'intestin n'est pas affaissé, s'il présente une calorification normale, si l'on ne découvre aucune trace d'amincissement ou de perforation de ses parois.

Lorsque l'absence de lésions graves de l'intestin aura décidé le chirurgien à en pratiquer la réduction, il devra, dans ce dernier acte, user encore des plus minutieuses précautions. Après que tout écoulement sanguin aura été arrêté, la surface de l'intestin et celle du sac seront lavées avec une solution phéniquée ou avec de l'eau alcoolisée, puis abstergées à l'aide de compresses chaudes et parfaitement propres.

Les parois de l'abdomen étant maintenues relâchées, le chirurgien refoule ensuite doucement l'anse étranglée vers l'orifice herniaire. Il cherche d'abord, en la comprimant légèrement, à faire passer son contenu dans les bouts supérieur et inférieur, puis il en repousse successivement les parties les plus voisines de l'anneau. Le plus souvent, la réduction, qui s'effectue d'abord lentement, se termine brusquement, et pour ainsi dire sans que les doigts de l'opérateur interviennent. Celui-ci sent l'anse intestinale, qui résistait d'abord modérément à ses pressions, se dérober tout à coup et rentrer dans le ventre, comme si elle y était attirée par quelque force cachée.

Lorsque les pressions nécessitées par la réduction n'ont pas été considérables, quand on a senti l'intestin leur céder aisément et rentrer en quelque sorte de lui-même, on est certain que l'anse étranglée a regagné la cavité péritonéale, et sans chercher à s'en convaincre davantage

par une exploration qui n'est pas sans inconvénients, on n'a plus qu'à procéder au pansement et aux soins consécutifs.

C'est seulement dans le cas où l'on pourrait craindre que l'intestin ne fût resté pincé dans les parties profondes du trajet ou ne fût retenu dans un sac intérieur, que l'on serait autorisé à introduire le doigt dans le trajet herniaire, et, le poussant jusqu'à la cavité péritonéale, à s'assurer que ce trajet est libre dans toute son étendue.

Nous avons supposé jusqu'à présent que le sac herniaire ne renfermait que de l'intestin; mais s'il contenait en même temps de l'épiploon, ainsi que cela se trouve dans la majorité des cas, quelle serait la conduite à tenir? Tous les chirurgiens sont d'accord de ne point réduire l'épiploon, à moins que celui-ci ne soit en proportion très-minime dans la hernie, et qu'il ne soit le siège ni d'inflammation ni de suffusions sanguines, ni même d'une congestion notable. Malgaigne a fait ressortir tous les dangers qui pouvaient résulter de la réduction de l'épiploon altéré, et le peu d'avantages que l'on retire de celle d'une portion d'épiploon, si même elle est complètement saine. Plus on observe de faits, et plus on voit que ce dernier cas est une exception avec laquelle on a bien rarement à compter. La règle est donc de ne point réduire l'épiploon, et du reste nous avons déjà formulé la même loi à l'occasion des plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées de l'issue de l'épiploon.

Quand la portion d'épiploon qu'on laisse au dehors n'est pas considérable, il n'y a aucun inconvénient à n'y pas toucher: tantôt on la voit se flétrir, se dessécher et finalement se détacher; tantôt elle s'enflamme, suppure et se couvre de bourgeons charnus, puis, peu à peu, elle se rétracte et se réduit à des proportions assez restreintes pour qu'elle ne soit plus la cause d'aucune gêne.

Si, au contraire, l'épiploon constitue une masse considérable dont la suppuration soit susceptible de retarder notablement la guérison et d'être le point de départ de complications inflammatoires, il vaut mieux en débarrasser le malade, soit par l'*excision simple*, en ayant soin de lier les vaisseaux qui donnent du sang, soit par l'*excision derrière une ligature en masse*. Malgré les méfaits dont Pipelet (1) et Louis (2) ont accusé les ligatures en masse, il est certain que les dangers auxquels elle expose ont été exagérés. Velpeau (3) annonçait l'avoir pratiquée dans quinze cas; la plupart de ses malades avaient guéri sans accidents. On aurait aujourd'hui recours de préférence à la ligature antiseptique, au moyen d'un très-fort fil de catgut phéniqué. On pourrait encore pratiquer l'excision de l'épiploon exubérant au moyen de l'*écraseur linéaire* ou de la ligature extemporanée.

Enfin, il serait permis d'avoir recours au *cautère actuel* pour détruire

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. III.

(2) Ibid., t. IV.

(3) Médecine opératoire, t. IV, p. 110.

la portion exubérante de l'épiploon hernié, ou à la *cautérisation potentielle*, soit par le procédé de Bonnet qui recouvrait toute la surface de l'épiploon hernié avec de la pâte de Canquoin, soit par le procédé de Valette et Desgranges qui circonscrivaient la cautérisation au niveau du pédicule, en saisissant ce dernier avec une pince caustique, sorte d'entérotome dont la branche femelle est chargée de chlorure de zinc.

Difficultés inhérentes à l'opération de la hernie étranglée. — Ces difficultés tiennent, soit aux conditions anatomiques insolites que présente la hernie, soit aux lésions qui ont eu le temps de se produire.

a. En incisant les enveloppes de la tumeur, le chirurgien arrive souvent sur une masse de graisse offrant quelques-uns des caractères de l'épiploon. Pourtant on n'a point incisé de membrane qui puisse être considérée comme le sac herniaire; aucun liquide analogue à celui qui distend le sac ne s'est écoulé de l'incision. Il est probable que l'on est en présence d'un lipome situé en avant du sac, et il suffit de signaler cette confusion possible pour donner les moyens de l'éviter. Indépendamment des deux caractères que nous venons de signaler, l'absence de membrane présentant l'aspect du sac, l'absence d'écoulement liquide, le lipome herniaire diffère de l'épiploon par sa consistance, sa forme, sa faible vascularité et le peu de congestion qu'il présente, enfin par son adhérence intime aux plans environnants, dont on ne peut le séparer que par la dissection. Dans les cas douteux, on remarquera de plus que la tumeur n'a rien perdu de sa rénitence, qu'elle est encore fluctuante si elle l'était auparavant. Enfin, il suffit de diviser avec beaucoup de précaution cette masse grasseuse pour arriver promptement sur un plan fibreux que l'on reconnaît sans peine pour le sac herniaire.

b. D'autres fois, en incisant les enveloppes, on pénètre dans une cavité d'où s'écoule une quantité plus ou moins grande de sérosité, mais dans laquelle on ne rencontre aucun viscère. On se demande alors si l'on n'aurait point affaire à une cavité naturelle ou accidentelle, étalée en avant de la hernie, et telle qu'un kyste sacculaire, un kyste du cordon, ou un prolongement de la séreuse vaginale des bourses. La solution de cette question est également aisée: s'il est souvent difficile de reconnaître la nature de la cavité qui se trouve située en avant du sac herniaire, on peut sans peine reconnaître qu'on n'est pas dans ce dernier. Le liquide qui s'est écoulé est le plus souvent citrin ou ambré, rarement sanguinolent; la cavité sacculaire, explorée avec le doigt, paraît aplatie, toutes ses faces sont lisses; en la suivant du côté de l'anneau herniaire, on peut bientôt se convaincre qu'elle s'y termine en cul-de-sac. Enfin, sa paroi profonde est bombée, rénitente, soulevée par une tumeur qui est le sac herniaire distendu par le liquide et les viscères qu'il renferme. Il faut, dans ce cas, ouvrir largement la poche kystique superposée à la hernie, et, tout en évitant avec soin les vaisseaux ou les organes (tels que le cordon spermatique) qui, parfois, s'étalent sur sa paroi profonde,

inciser cette dernière pour aller à la recherche du sac herniaire qui lui est presque toujours immédiatement sous-jacent.

c. On a cité quelques exemples de hernies dépourvues de sac : Richet (1) fait le récit d'une opération de hernie crurale dans laquelle, aussitôt après l'incision de la peau, le cæcum perforé se présenta sous son bistouri. Des faits aussi insolites ne peuvent se prévoir, mais leur existence possible doit engager le chirurgien à n'agir qu'avec les plus grandes précautions, et à toujours chercher à reconnaître la nature anatomique des parties sur lesquelles il va porter l'instrument.

d. En l'absence même de toute disposition anatomique exceptionnelle, on a parfois affaire à un sac lamelleux, et après l'avoir incisé en plusieurs temps, on hésite pour savoir si l'on n'est pas arrivé dans la cavité d'un sac *sec*, comme les auteurs en rapportent quelques exemples; on peut craindre, en allant plus loin, de blesser un intestin adhérent, et l'on cherche un caractère certain qui permette de distinguer si la cavité du sac a été ouverte, si l'on est en présence d'une anse intestinale, ou si l'on en est encore séparé par des couches qu'il faudra diviser. L'hésitation est permise, mais après un examen attentif le doute n'est pas possible.

Il faut d'abord se rappeler qu'il est extrêmement rare que l'incision du sac ne donne issue à aucun liquide. Dans quelques cas, après l'incision du sac, on trouve l'épiploon adhérent, parfaitement reconnaissable, d'ailleurs, aux caractères qui lui sont propres; en l'écartant avec quelque précaution, on voit bientôt s'écouler la sérosité sanguinolente qui remplit la cavité du sac. Quant aux adhérences de l'intestin, elles sont exceptionnelles, et presque toujours ce sont des adhérences récentes, gélatineuses ou glutineuses, qui cèdent à la traction et n'empêchent nullement d'isoler et de reconnaître l'anse étranglée. Même alors que ces adhérences sont plus intimes, ainsi que Gosselin en a observé un exemple unique dans sa longue pratique (2), fait auquel il faut ajouter deux autres de Trélat où une dissection minutieuse dut être pratiquée pour libérer l'intestin et le réduire, on reconnaît, avec un peu d'attention, la démarcation qui sépare la face interne du sac de la surface de l'intestin. Celui-ci présente d'ailleurs une injection beaucoup plus vive, une arborisation vasculaire infiniment plus riche que celle que l'on observe sur le sac, et si, dans l'incertitude où l'on est de la véritable nature de la couche que l'on a sous les yeux, on vient à y pratiquer une incision superficielle, on voit aussitôt se produire un abondant écoulement sanguin en nappe, si c'est le revêtement séreux de l'intestin que l'on a intéressé, tandis que l'incision reste à peu près sèche si elle a porté seulement sur le sac.

Nous rappelons, en terminant, l'aphorisme suivant, qui s'applique

(1) *Anatomie méd.-chir.*, 3^e édit., p. 975.

(2) Nicaise, *loc. cit.*, p. 30.

avec assez de vérité à la distinction entre le sac herniaire et l'intestin : Toutes les fois que, dans l'opération de la kélotomie, on conserve des doutes sur la nature de l'organe que l'on a sous les yeux, on peut être sûr que ce n'est pas à l'intestin que l'on a affaire, ce qui revient à dire que l'intestin mis à nu se reconnaît à des signes certains et présente un aspect caractéristique.

Les difficultés que l'on rencontre dans le temps du débridement ne sont que des difficultés d'exécution. Elles tiennent au volume de l'anse herniée, au siège profond de l'agent de l'étranglement, à son étroitesse, etc., etc.; avec beaucoup de patience et un peu d'adresse on en vient toujours à bout.

Il en est autrement des obstacles qu'opposent à la réduction les lésions dont l'intestin est le siège par le fait de l'étranglement. La réduction est entravée, soit par des adhérences établies entre l'intestin et la face profonde du sac ou l'épiploon, soit par l'altération des parois intestinales, qui pourrait faire craindre de réduire un intestin perforé ou tout au moins gravement compromis.

e. Si ces adhérences (et c'est le cas le plus fréquent) sont récentes et se laissent facilement détruire, on parvient par des tractions modérées à rendre à l'intestin sa liberté, à débrider et à réduire.

Mais avant de faire rentrer l'anse étranglée dans le ventre, il faut s'être assuré que des adhérences analogues à celles qui unissaient sa surface au sac herniaire n'existent pas entre les parois accolées des bouts inférieurs et supérieurs. On sait que l'accolement de deux bouts d'une anse intestinale détermine la formation d'un éperon qui peut mettre un obstacle invincible au passage des matières, même après la réduction. Si donc, au moment de réduire l'intestin, on voyait son bord mésentérique recouvert par des adhérences récentes, on ne devrait pas négliger de les détruire.

Lorsque les adhérences sont anciennes, la conduite à tenir dépend de leur étendue et de leur vascularité. C'est dans des cas analogues, cas heureusement très-rares, qu'il est arrivé à des chirurgiens exercés, entre autres à Dupuytren (1), de blesser l'intestin en croyant ouvrir le sac. Nous avons dit qu'avec une extrême attention le chirurgien peut éviter un semblable accident; mais que doit-il faire quand il a reconnu la fusion du sac et de l'anse étranglée? Arnaud, J. L. Petit, A. Cooper, Taunton se bornèrent, dans des cas analogues, à débrider et à laisser l'intestin en place après avoir levé l'étranglement. L'anse, qu'on avait abandonnée au dehors, a peu à peu diminué de volume et est rentrée. Richter et Scarpa rapportent même des exemples de guérison dans lesquels l'anse, restée dans le sac, s'est couverte de granulations et a participé à la cicatrice.

Pourtant des chirurgiens plus entreprenants ont cherché à dégager

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1818, p. 66.