

l'intestin et à en opérer la réduction immédiate. C'est ce que le professeur Trélat a fait dans deux cas. Mais une dissection minutieuse a été nécessaire pour venir à bout des adhérences anciennes et très-vasculaires qui fournissaient un écoulement sanguin assez considérable. Celui-ci constitue une complication dont il faut tenir compte, bien moins à cause de la perte de sang que peut éprouver le malade, qu'à cause du danger qu'il fait naître de voir un épanchement sanguin plus ou moins abondant se produire dans la cavité abdominale après la réduction.

f. Quand, après avoir ouvert le sac herniaire, l'inspection de l'intestin démontre qu'il est manifestement atteint de sphacèle, et à plus forte raison quand il existe une gangrène étendue, on doit ouvrir largement l'anse malade et l'abandonner dans la plaie. Mais on peut craindre alors de voir persister les accidents d'étranglement, et, d'autre part, le débridement ordinaire, pratiqué en portant le bistouri entre l'intestin et le collet du sac, peut, en détruisant les adhérences protectrices qui unissent les bouts de l'intestin à l'orifice herniaire, exposer le malade aux chances fatales d'un épanchement de matières intestinales dans l'abdomen. Aussi Arnaud avait-il proposé, dans les cas semblables, de pratiquer un débridement auquel son nom est resté attaché. Portant l'instrument tranchant dans la cavité même de l'intestin, il sectionnait en même temps la paroi intestinale et l'agent de l'étranglement. Gosselin fait observer avec raison que ce mode opératoire, qui expose à des hémorragies venant de la section des vaisseaux de l'intestin, ne met pas plus que le précédent le malade à l'abri de la pénétration des matières intestinales dans la cavité du péritoine.

En pareille circonstance et dans les cas de gangrène positive, Gosselin conseille d'ouvrir largement l'anse sphacélée. Si, aussitôt après, on voit les matières sortir d'elles-mêmes par le bout supérieur, l'indication de leur donner issue par l'agrandissement de l'orifice herniaire se trouve supprimée, et l'on n'a plus qu'à attendre l'élimination des eschares, la formation puis la guérison d'un anus contre nature. Si, au contraire, l'écoulement des matières est insuffisant, Gosselin conseille d'introduire le petit doigt dans la cavité de l'intestin et de la suivre jusqu'à l'anneau herniaire, qu'il arrive presque toujours à franchir, puis le long de ce doigt on introduit jusque dans la cavité du bout supérieur une grosse sonde en gomme du numéro 18 ou 20 de la filière Charrière. Si les matières intestinales font aussitôt issue, la sonde est bien placée dans la cavité du bout supérieur; si, au contraire, après s'être assuré par le moyen d'une injection poussée dans la sonde qu'elle n'est pas obstruée par des matières concrètes, celle-ci ne donne pas passage au contenu de l'intestin, il est probable qu'elle a été introduite dans le bout inférieur; il faut alors la retirer avec précaution, chercher avec le doigt le bout opposé, et, quand on l'a trouvé, répéter la même manœuvre et y faire pénétrer la sonde qu'on y laisse à demeure.

g. Lorsque la lésion intestinale paraît très-limitée, qu'il s'agit d'une

très-petite eschare, ou d'une perforation linéaire siégeant au niveau du collet, on pourrait fermer par la suture le point compromis et réduire l'anse herniée dans le ventre. Cette pratique a plusieurs fois été couronnée de succès et m'a réussi dans deux cas de hernie crurale. Cependant il faut toujours craindre que les lésions définitives ne présentent une étendue plus considérable que celles qu'a fait reconnaître un premier examen. On sait que la perforation de la séreuse intestinale s'accompagne en général d'une perte de substance plus étendue des tuniques musculuse et muqueuse : on a donc à craindre que la suture rencontre des tissus altérés et qu'elle ne puisse donner une sécurité suffisante. Aussi devra-t-on, si l'on se décide à réduire, prendre les précautions que nous allons indiquer, ou même, ce qui serait peut-être préférable dans un certain nombre de cas, abandonner toute réduction et se comporter comme dans le cas qu'il nous reste à envisager.

h. L'intestin paraît altéré, mais on ne peut affirmer que ses parois soient altérées dans toute leur épaisseur : il existe tantôt une petite érosion superficielle ou des phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente; tantôt, principalement au niveau du collet, des plaques grisâtres indiquant une infiltration purulente de la paroi, ou une coloration douteuse qui fait craindre l'existence d'une eschare. On peut à la vérité penser qu'après la réduction la perforation ne se produira pas, ou qu'elle s'effectuera au bout d'un temps assez long pour que les adhérences solides aient eu le temps de recouvrir les points où siègent les lésions : c'est probablement ce qui avait déterminé Velpeau à conseiller la réduction dans les cas de ce genre.

Comme dans le cas de perforation extrêmement limitée, j'ai adopté un certain nombre de fois cette pratique, en ayant le soin de faire la réduction avec toutes les précautions possibles, de manière à laisser pour ainsi dire l'anse réduite au niveau de l'ouverture interne du trajet, afin que si la perforation se produit les liquides intestinaux trouvent immédiatement une issue à l'extérieur. Dans un seul fait de hernie crurale, où les lésions intestinales ne semblaient offrir aucune gravité et où la réduction semblait absolument indiquée, j'ai eu à déplorer un épanchement stercoral dans l'abdomen, produit par la perforation de l'anse au moment où celle-ci a été brusquement envahie par les gaz et les matières intestinales. Il serait donc peut-être plus sage d'adopter la pratique de Gosselin, qui, dans tous les cas où l'intestin reste suspect après un examen attentif, conseille de le laisser à l'extérieur après avoir débridé. Si la perforation doit se produire, elle s'effectuera sous les yeux du chirurgien, alors que l'intestin sera déjà fixé à l'orifice herniaire par des adhérences solides; si au contraire l'anse herniée n'est point atteinte dans sa continuité, on la verra peu à peu se réduire, cédant à la traction qu'exerce sur son bord concave son insertion mésentérique.

Accidents qui peuvent survenir dans le cours de l'opération. — Ce sont : l'hémorragie, la blessure de l'intestin, une fausse réduction avec persis-

tance des phénomènes d'étranglement, enfin la *réduction d'un intestin perforé*.

a. *L'hémorrhagie* qui succède à la section des vaisseaux de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des enveloppes de la hernie, ne présente aucune gravité, et l'on en vient facilement à bout par la ligature.

Il en serait tout autrement si, en débridant l'agent de l'étranglement, on venait à blesser une artère de moyen calibre, comme l'épigastrique, ou une veine volumineuse, comme la veine fémorale. Bertrandi nous a conservé une observation qui montre tous les dangers d'un semblable accident. Le malade qui en est l'objet mourut inopinément deux heures après l'opération : on trouva la cavité abdominale remplie de sang caillé et l'artère épigastrique ouverte. La crainte d'une complication aussi redoutable a déterminé les chirurgiens à apporter la plus grande rigueur dans le diagnostic anatomique de la variété de hernie à laquelle on a affaire, et à indiquer, d'après les rapports de chacune d'elles, un sens déterminé suivant lequel doit s'opérer le débridement. Grâce à la précision plus grande du diagnostic, et à la précaution que nous avons indiquée de faire plusieurs petits débridements plutôt qu'une seule incision très-étendue, suppléant même, si cela est nécessaire, aux larges débridements par la dilatation des anneaux pratiquée avec le doigt ou un instrument mousse, on n'a plus guère à redouter ces accidents. Si pourtant on observait, en même temps que les signes généraux d'une hémorrhagie grave, un écoulement de sang notable par la plaie, et si la source profonde de l'hémorrhagie indiquait la blessure d'un vaisseau important dans l'acte du débridement, il ne faudrait pas hésiter à agrandir les incisions externes suffisamment pour mettre à nu la source de l'écoulement sanguin, et pour saisir et lier le vaisseau divisé.

b. La *blessure de l'intestin* résulte presque toujours de l'inattention ou de l'ignorance de l'opérateur. C'est donc une faute plutôt qu'un accident, et nous n'avons pas à nous étendre longtemps sur les indications qui résultent d'une complication que le chirurgien doit éviter. Si pourtant le malheur voulait que l'intestin eût été ouvert, si l'anse blessée était saine et libre d'adhérences, si la perforation était petite, on devrait l'obturer par la suture de Lembert ou de Gely; après quoi l'on pratiquerait la réduction comme à l'ordinaire. Si, au contraire, la perforation dépassait quelques millimètres en étendue, si l'anse herniée, à plus forte raison, était largement ouverte, ou si sa vitalité semblait atteinte et que l'on eût à redouter la perforation spontanée ou la gangrène, il vaudrait mieux la laisser au dehors en la fixant au moyen d'un fil passé dans la méésentère; on se conduirait, en un mot, comme s'il s'agissait d'une perforation spontanée de la même étendue.

c. La *réduction en masse* de l'intestin dans l'opération de la hernie étranglée sera étudiée à propos de la *persistance des phénomènes d'étranglement après l'opération*.

d. La *réduction d'un intestin perforé*, ou la perforation consécutive à la

réduction d'un intestin gangréné ou gravement compromis, seront évitées en apportant dans l'examen de l'intestin hernié l'attention minutieuse que l'on doit y mettre. Cet accident, lorsqu'il vient à se produire, se révèle le plus souvent par l'invasion d'une péritonite suraiguë; dans quelques cas rares où la perforation est petite et circonscrite par des adhérences protectrices, les matières intestinales sont versées directement à l'extérieur par la plaie résultant de l'opération, et il y a formation d'un anus contre nature ou d'une fistule stercorale. La Faye, le premier, a signalé des faits où cette évolution avait pu être observée; j'en ai vu pour ma part deux exemples; et d'autres cas analogues où la fistule stercorale s'était spontanément produite après la réduction, et s'était plus tard aussi spontanément guérie, doivent faire considérer cette terminaison comme relativement favorable.

Phénomènes consécutifs à l'opération de la hernie étranglée. — Dans les cas ordinaires, aussitôt après la kélotomie, on voit cesser tous les accidents généraux et locaux qui accompagnaient l'étranglement; puis la plaie se cicatrise à la façon d'une plaie ordinaire, et la guérison est complète du vingtième au trentième jour.

Quoique la hernie puisse être radicalement guérie après l'opération, cependant il importe de savoir que, même après l'oblitération du sac, une nouvelle hernie se montre fréquemment dans le point même qu'occupait la première. Gosselin affirme que tous ceux de ses opérés qu'il a pu revoir plus ou moins longtemps après l'opération présentaient une nouvelle hernie. Celle-ci peut même s'étrangler, ainsi que Gosselin et Berger en ont rapporté chacun un exemple.

Aussi doit-on ne pas manquer de prescrire aux sujets guéris d'une hernie étranglée par la kélotomie de porter un bandage.

Diverses complications peuvent retarder la guérison à la suite de la kélotomie, ou même entraîner rapidement la mort. Ces complications s'observent tantôt au niveau de la plaie, tantôt du côté du ventre.

Complications locales. — Ce sont d'abord les complications ordinaires des plaies chirurgicales : l'inflammation phlegmoneuse de la plaie et de ses environs, les fusées purulentes, l'angioleucite, l'érysipèle. Ces accidents ne présentent de gravité que si les phénomènes inflammatoires, dont les lèvres de l'incision ont été le point de départ, menacent de gagner les parties profondes et de déterminer l'invasion d'une péritonite par propagation.

Lorsque l'on a été forcé d'abandonner une certaine quantité d'épiploon en dehors du ventre, soit que ce dernier ait simplement été laissé dans la plaie, soit qu'on en ait pratiqué la ligature ou l'ablation, il n'est pas rare de voir une fusée purulente se produire le long de ce viscère. La suppuration, traversant la paroi abdominale en suivant le trajet herniaire, peut remonter plus ou moins haut, elle peut être fort abondante, sans qu'il y ait lieu de porter un pronostic grave. Des adhérences étendues entre l'épiploon et la paroi abdominale suffisent le plus souvent à circon-

scrire la suppuration, et à mettre la séreuse à l'abri d'une inflammation de voisinage.

La suppuration que l'on voit aussi se produire fréquemment, soit autour du sac herniaire, soit dans les régions avoisinantes, telles que le scrotum, ou le long du cordon spermatique dans les hernies inguinales, n'a d'autre inconvénient que le retard qu'elle apporte à la guérison définitive. Il en est de même du sphacèle du sac herniaire que j'ai vu survenir plusieurs fois.

Complications abdominales.—Les évacuations alvines, au lieu de se produire presque aussitôt ou du moins peu de temps après l'opération, ne s'établissent parfois qu'au bout de vingt, trente, et même quarante-huit heures. Pendant ce temps le ballonnement du ventre augmente ou tout au moins persiste, les vomissements parfois se montrent encore de temps en temps, vomissements bilieux ou constitués par les boissons ingérées, mais ne présentant pas les caractères des vomissements fécaloïdes. Puis spontanément ou sous l'influence d'un purgatif, le cours des matières et des gaz se rétablit et l'état abdominal s'amende rapidement.

Ce retard, que l'on observe surtout lorsqu'il s'agit de hernies étranglées depuis un temps assez long, ne peut être attribué qu'à la paresse de l'intestin.

L'issue n'est pas toujours aussi favorable, et l'on voit, dans des cas heureusement assez rares, les phénomènes d'étranglement persister et la mort survenir, malgré le débridement et la réduction. Cette complication, que l'on observe également à la suite de la réduction par le taxis, résulte, comme dans ce dernier cas, de conditions fort différentes et souvent complexes qu'il faut successivement envisager.

a. La *paralysie intestinale* consécutive à l'étranglement peut-elle persister de manière à amener la continuation des accidents d'étranglement et la mort? Le fait est possible, mais il n'est pas démontré. On a vu, dans bien des cas, la terminaison fatale suivre l'opération d'une hernie étranglée, sans que le cours des matières se fût rétabli et sans que l'autopsie permît de constater un obstacle matériel s'opposant à l'évacuation des matières; mais presque toujours, dans les cas de ce genre, la paralysie intestinale n'était elle-même que la conséquence de l'invasion d'une péritonite qui avait enlevé le malade; ou bien, à ce pseudo-étranglement paralytique il fallait associer l'influence de l'épuisement nerveux, d'une congestion pulmonaire généralisée, ou d'autres accidents produits par l'étranglement. Il nous paraît au moins douteux que la paralysie de l'intestin à elle seule puisse déterminer la continuation de tous les phénomènes de l'étranglement. Le ballonnement du ventre peut, grâce à elle, persister et s'accroître, les évacuations alvines faire défaut, mais on conçoit plus difficilement que les vomissements de matières intestinales continuent à se produire dans un état où les mouvements de l'intestin sont supprimés.

ù. La constriction qu'a subie l'intestin peut avoir amené la formation

d'un *rétrécissement* permanent ou passager siégeant à l'une des extrémités de l'anse étranglée. Celle-ci étant réduite, les matières rencontrent dans le point rétréci un obstacle qui s'oppose au rétablissement de leur cours.

Dans un cas de ce genre, rapporté par Berger, il s'agissait d'un rétrécissement *spasmodique*. Le professeur Verneuil, à l'ouverture d'une hernie inguinale congénitale chez un jeune enfant, put constater l'existence d'un rétrécissement à l'une des extrémités de l'anse intestinale herniée. Des pressions directes, exercées par le chirurgien, eurent quelque peine à faire franchir aux matières intestinales le point rétréci.

Il existe des exemples plus nombreux de persistance des phénomènes d'étranglement due à une *coarctation inflammatoire* ou *cicatricielle* d'un des bouts de l'anse étranglée. Ritsch (1) a le premier signalé cette complication à l'étude de laquelle Guignard (2) a consacré sa thèse. Un fait de la pratique de Maisonneuve (3) semble en confirmer l'existence, en même temps qu'il indique la conduite que le chirurgien aurait à tenir en pareille circonstance. Il s'agit d'une hernie opérée depuis deux jours; après une amélioration passagère les phénomènes d'étranglement avaient reparu. Maisonneuve explora le trajet herniaire, constata qu'il n'y avait pas d'intestin serré dans son étendue, mais ayant senti à sa partie profonde une anse tendue et fixée à la paroi abdominale par des adhérences, il la saisit avec une pince, et il incisa le pli qu'il avait formé entre les mors de l'instrument. Le contenu de l'intestin s'échappa par cette ouverture, les accidents d'étranglement cessèrent, et le malade guérit de l'anus contre nature, résultat de cette opération.

c. La persistance des accidents d'étranglement est due le plus souvent à une faute opératoire. Tantôt, en effet, la réduction a été incomplète et l'intestin est encore retenu dans la partie profonde du trajet herniaire; tantôt le chirurgien ayant négligé de faire fixer le sac herniaire au moment de la réduction, la hernie est réduite en masse bien que le sac soit ouvert, et il y a substitution d'un étranglement interne à un étranglement externe. Enfin Streubel a rassemblé quelques exemples d'une complication dont Farabeuf a fait l'objet d'un travail lu à la Société de chirurgie (4). L'intestin, au lieu d'avoir été refoulé dans la cavité abdominale, avait été simplement repoussé par le chirurgien à travers l'incision béante produite par le débridement, et il était venu se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Dans ces divers cas, une exploration attentive du trajet herniaire fait reconnaître avec certitude que le trajet n'est pas libre. Il n'y a d'autre

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, in-4°.

(2) *Du rétrécissement et de l'oblitération de l'intestin dans les hernies étranglées*. Paris, 1846.

(3) *Archives générales de médecine*, 4^e série, t. VI.

(4) *Bulletins de la Soc. de chir.*, 1877, p. 531.

conduite à tenir que d'attirer résolument à l'extérieur l'anse intestinale qui y est retenue et que l'on sent avec le doigt, de l'examiner à nouveau, de reconnaître avec plus de soin la direction du trajet herniaire et la nature ainsi que le siège des obstacles qui s'opposent à la réduction, enfin de pratiquer un nouveau débridement lorsque le premier a été insuffisant et, s'il y a lieu, de réduire.

d. Les phénomènes d'étranglement peuvent encore persister par ce que, dans l'opération que l'on a pratiquée, on ne s'est pas adressé à la véritable cause des accidents.

C'est ce qui a lieu lorsqu'un malade atteint d'étranglement interne présente en même temps une hernie irréductible, à laquelle on attribue, par une fausse interprétation des phénomènes observés, la cause des accidents.

Il peut encore arriver qu'un sujet présentant deux hernies dont l'une seulement soit étranglée, on opère celle qui n'était point étranglée. C'est ce qui arriva au professeur Ludwig (1). Une petite hernie crurale étranglée était en quelque sorte masquée par une hernie inguinale volumineuse; on ouvrit celle-ci et l'on réduisit l'intestin qu'elle renfermait sans faire cesser les phénomènes d'étranglement. Richter fait remarquer avec raison que si l'on eût tenu compte du peu de tension de la tumeur, de sa forme insolite, cette méprise fatale n'eût point été commise. De même que dans la catégorie de faits précédents, l'absence des lésions qui accompagnent toujours un étranglement même récent pourrait surtout faire reconnaître, à l'ouverture de la tumeur, qu'elle n'est pas le siège réel de l'obstacle au cours des matières.

Enfin dans des cas très-rares et sur lesquels nous nous sommes déjà suffisamment étendus, la hernie qui est le siège des accidents présente deux portions : l'une superficielle, l'autre profonde (*hernie pro-péritonéale*). On sait que, dans les faits de ce genre, l'étranglement est toujours situé au niveau de l'orifice profond qui fait communiquer le diverticule pro-péritonéal du sac avec la cavité abdominale. On reconnaît l'existence d'un étranglement, on ouvre le diverticule superficiel du sac herniaire, on réduit l'intestin dans une cavité que l'on croit être la cavité abdominale et qui n'est que le diverticule profond du sac, les accidents persistent et le malade meurt. Quoique, dans tous les exemples connus, l'autopsie seule ait révélé l'erreur de l'opération, on aurait quelque présomption en faveur de l'hypothèse d'une fausse réduction dans un sac intérieur s'il s'agissait d'une hernie inguinale congénitale, si celle-ci se compliquait d'ectopie testiculaire, et si, lors de l'opération, l'anse intestinale, quoique étant assez peu serrée dans le trajet herniaire, ne s'était pourtant laissé réduire que par des pressions soutenues.

De toutes les complications qui entraînent la mort des opérés la

(1) *Adversaria medico-practica*, vol. I; et Richter, *loc. cit.*, p. 247.

plus fréquente est sans contredit la *péritonite*. Celle-ci peut se développer de plusieurs façons différentes. Tantôt elle est consécutive à la perforation de l'intestin qui résulte de la destruction et de l'ulcération de ses parois, ou de la chute d'une eschare : on voit alors survenir les accidents d'une péritonite suraiguë, à laquelle le malade succombe en quelques heures;

Tantôt la plaie extérieure et la lésion du péritoine produite par l'opération semblent être le point de départ d'une inflammation propagée à toute la séreuse, laquelle s'annonce par la douleur qui se montre aux environs des parties profondes du trajet herniaire, et s'étend à tout l'abdomen, par le ballonnement du ventre, par la réapparition des vomissements;

Tantôt, enfin, la péritonite débute sourdement : les évacuations alvines ne se sont pas produites, le ballonnement a persisté, et avec lui l'état abdominal; les vomissements seuls ont changé de caractère et sont devenus muqueux ou bilieux; enfin, la douleur répandue dans tout le ventre, la petitesse et la fréquence du pouls, l'altération rapide et grave de l'état général, sont les précurseurs d'une fin qui ne tarde pas à survenir. Il est probable qu'alors le développement de la péritonite, dont les traces ne sont pas plus marquées aux environs de la plaie du péritoine qu'ailleurs, doit être mis sur le compte des lésions qu'a produites l'étranglement plutôt que sur celui de l'opération.

Il est certain d'ailleurs qu'un grand nombre d'opérés succombent, non point aux suites de l'opération, mais à celles de l'étranglement. Ainsi on a pu voir les congestions pulmonaires, signalées par Verneuil et Leriche comme une des complications fréquentes de l'étranglement, continuer leur évolution, même après la cessation des autres accidents, et amener la mort au bout de quelques jours.

Mais, dans certains cas, on ne trouve même pas de congestion ou d'autre lésion d'un appareil éloigné qui puisse expliquer la terminaison fatale. Le malade, qui ne présente plus les accidents de l'étranglement, mais chez qui le cours des matières ne s'est jamais franchement rétabli, ou chez lequel, au contraire, une diarrhée abondante a succédé à l'inertie intestinale des premiers jours, s'affaiblit rapidement et succombe sans que l'on puisse invoquer d'autre cause de cette terminaison fatale que le retentissement fâcheux de l'étranglement sur toute l'économie, et la perturbation profonde qu'ont amenée dans les conditions de l'existence la douleur prolongée, les troubles étendus de la circulation et la suspension des fonctions qui sont peut-être le plus intimement liées à la nutrition générale de l'organisme humain.

De quelques modifications apportées au mode opératoire de la kélotomie.

— Les détails dans lesquels nous venons d'entrer s'appliquent surtout à l'opération de la hernie étranglée avec ouverture du sac et débridement, telle qu'on la pratique généralement. Comme les accidents et les complications nombreuses qui aggravent le pronostic de la kélotomie peu-

vent être rapportés, dans certains cas au moins, à l'intervention chirurgicale, on a tenté, en modifiant le procédé opératoire, de diminuer les dangers inhérents à l'opération et à ses suites.

Dans bon nombre de cas, la mort du malade survient par le fait d'une péritonite; celle-ci peut résulter de la blessure de la séreuse et de l'ouverture de la cavité péritonéale. On s'est efforcé de diminuer les chances de péritonite en évitant d'ouvrir le sac herniaire.

Le débridement surtout, par l'établissement d'une plaie profondément située, plaie dont les produits inflammatoires ont de la tendance à tomber directement dans la cavité abdominale, expose surtout à ce danger; on a voulu supprimer le débridement.

Enfin, la réduction d'un intestin malade étant souvent le point de départ des complications mortelles, on a proposé de ne pas réduire les viscères herniés et de les laisser au dehors.

4° *L'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac*, défendue surtout dans ces derniers temps par Colson père et fils (1) et par Affre (2) en France, par Roser et par Chauvet à l'étranger, a été préconisée jadis et mise en pratique par Jean-Louis Petit. Ce grand chirurgien avait même précisé avec un soin extrême les cas où il est permis d'avoir recours à ce procédé (3); c'est donc à tort qu'on lui a reproché de l'avoir recommandé à l'exclusion de tout autre. Garengot adopta la pratique de J.-L. Petit, qui fut aussi vigoureusement défendue par Richter: elle fut au contraire combattue par Mauchart, Heister, Sharp, et la plupart des chirurgiens, qui firent surtout valoir le danger qu'il y aurait à faire rentrer des parties gangréneuses, si l'on pratiquait la réduction sans avoir examiné l'état de l'intestin. Ainsi que le fait observer Richter, la plupart des auteurs se sont copiés mutuellement, sans se donner la peine d'examiner les vues de l'inventeur et les cas pour lesquels il proposait son opération. Celle-ci fut donc universellement rejetée et même presque oubliée.

La théorie de Malgaigne, qui voyait dans le collet du sac l'agent constant de l'étranglement, n'était pas de nature à remettre en honneur une pratique dans laquelle on ne débridait que les anneaux fibreux; néanmoins les faits s'imposèrent d'eux-mêmes; les statistiques de Collis, de Doutrelepont, de Chauvet et de Affre montrèrent qu'il y avait avantage, dans des conditions qui doivent être parfaitement déterminées, à pratiquer l'opération à laquelle on a donné le nom de *débridement externe*, puisque celui-ci donne plus des trois quarts de guérisons, l'opération ordinaire n'en donnait guère plus de la moitié.

L'opération en elle-même est des plus simples: comme dans la méthode ordinaire, on incise les enveloppes jusqu'au sac, que l'on

(1) Colson (de Beauvais), *Archives gén. de méd.*, 6^e série, t. I, 1863; et Auguste Colson. Thèse de Paris, 1874.

(2) Thèse de Paris, 1876.

(3) Note insérée au discours préliminaire de son *Traité des maladies chirurgicales*.

reconnait avec soin, puis, au lieu de l'ouvrir et de débrider au moyen d'un bistouri glissé entre les viscères herniés et la face interne du collet, on cherche à isoler le collet des anneaux qui l'étreignent: on glisse entre les anneaux et le collet du sac un bistouri, au moyen duquel on débride l'orifice fibreux du trajet herniaire, suivant une direction qui ne diffère pas de celle que l'on donne au débridement ordinaire, et par des manœuvres de taxis directement appliquées sur la face externe du sac, on cherche à faire rentrer son contenu dans le ventre. Un signe qui indique le plus souvent que le débridement externe est suffisant et que la réduction aura lieu se tire de l'élargissement que subit le collet aussitôt après qu'on a débridé l'anneau fibreux. Si, au contraire, le contenu du sac résiste aux pressions, si le collet a l'air de ne pas vouloir se laisser dilater, Lücke, et après lui B. Colson, ont conseillé de l'attirer légèrement au dehors et de chercher à l'amincir par des tractions que l'on exerce sur lui, ou en le déchirant superficiellement avec un instrument mousse, sans intéresser toute son épaisseur.

Il s'agit, on le voit, d'une pratique très-simple, qui a l'avantage de ne pas entraîner l'ouverture du péritoine, et qui, lorsqu'elle reste inefficace, n'exclut nullement le recours au procédé ordinaire. Mais à côté de cet avantage, que confirment les statistiques opératoires, il existe un inconvénient si grand, qu'il exige la plus grande précision pour la détermination des cas où l'on peut avoir recours au débridement externe, et qu'il doit le faire classer, vis-à-vis du débridement interne après ouverture du sac, dans la catégorie des opérations exceptionnelles. Cet inconvénient, ou plutôt ce danger, est celui qu'avait entrevu Mauchart en 1722. Dans l'opération sans ouverture du sac, on s'expose à réduire un intestin perforé ou gangréné, faute d'avoir pu constater sa lésion par l'examen direct du contenu de la hernie.

Malheureusement on ne peut guère avoir que des présomptions relativement à l'intégrité des viscères herniés, préalablement à toute intervention chirurgicale. Aussi, le chirurgien ne devra-t-il négliger, pendant l'opération elle-même, aucun des signes qui pourraient lui faire reconnaître l'existence de lésions sérieuses portant sur l'intestin. Si donc, après avoir incisé les enveloppes externes et avoir découvert la surface du sac, celui-ci paraissait affaissé, si sa consistance semblait diminuée, si la présence de gaz mélangés au liquide que renferme le sac herniaire ou de pus dans son intérieur devenait manifeste; ou si même, en l'absence de signes caractéristiques de lésions intestinales, celles-ci paraissaient douteuses, on renoncerait à débrider et à réduire sans avoir ouvert le sac, et l'on passerait sans transition de l'opération de J.-L. Petit à l'opération de la kélotomie par le procédé ordinaire. Il en serait de même si, après avoir pratiqué le débridement externe, le contenu de la hernie résistait aux tentatives de réduction.

Sans parler du *débridement sous-cutané* de l'agent de l'étranglement proposé par J. Guérin, et qui doit être proscrit, nous nous bornerons à

rappeler un procédé préconisé par Malgaigne et destiné à éviter l'ouverture large du péritoine. Il consiste à diviser les enveloppes de la hernie dans une étendue juste suffisante pour arriver au collet du sac et pour inciser celui-ci du dehors au dedans à petits coups. Ce procédé, suivant Malgaigne, rendrait l'opération du débridement aussi facile et aussi sûre qu'elle l'était peu avant sa découverte. Néanmoins il est facile de voir que ses avantages sont illusoire et ses dangers considérables. Si l'ouverture du péritoine prédispose à la péritonite, ce danger n'est pas en relation avec les dimensions données à l'incision du sac herniaire; d'autre part, l'incision pratiquée de dehors en dedans sur l'agent de l'étranglement expose à la blessure de l'intestin; enfin, au travers de la plaie fort étroite (2 à 3 centimètres) que conseille de pratiquer Malgaigne, on ne peut aisément constater l'état d'intégrité de l'intestin. Telles sont probablement les raisons qui ont fait tomber dans l'oubli le précepte donné par Malgaigne.

2° Pour éviter les dangers et les difficultés inhérentes au débridement sur le collet du sac, on a depuis longtemps cherché à supprimer ce temps de l'opération. J.-L. Petit avait proposé le débridement externe préalablement à l'ouverture du sac, dans les cas où celle-ci était jugée nécessaire; et c'est une pratique à laquelle il ne faudrait pas absolument renoncer, bien que, dans les cas nombreux où l'étranglement est produit par le collet du sac, on n'en puisse attendre de résultat. Le Blanc, contemporain de Richter, imagina de substituer la dilatation de l'agent de l'étranglement à son débridement. Il fit construire pour cela des instruments spéciaux, qu'il introduisait dans le collet du sac après l'ouverture de ce dernier, et avec lesquels il cherchait à agrandir l'orifice herniaire en évitant d'exercer aucune pression sur l'intestin. Sa méthode, qui fut tournée en ridicule par Louis, valut néanmoins bon nombre de succès à des chirurgiens de son époque, et elle mériterait peut-être d'être remise en honneur, du moins en partie. Nous avons donné le conseil, après avoir pratiqué un débridement très-modéré sur le collet du sac, d'augmenter la dilatation ainsi obtenue par des tractions exercées soit avec le doigt, soit avec un instrument moussé, tel qu'un crochet, des ciseaux courbes portés sur le plat, etc., etc. En agissant de la sorte, en effet, on obtient une dilatation suffisante pour permettre la réduction, et l'on n'a point à craindre les accidents qui résultent de l'action de l'instrument tranchant: la section étendue du péritoine, et surtout l'écoulement dans l'abdomen d'une certaine quantité de sang provenant des vaisseaux divisés.

3° Enfin, dans un travail récent, Marc Girard (1) a cru pouvoir conclure que la réduction d'un intestin malade était le plus souvent le point de départ des complications fatales, et il en a déduit le précepte d'abandonner dans tous les cas l'intestin au dehors. Les observations

(1) *De la kélotomie sans réduction.* Thèse de Montpellier, 1868.

réunies par l'auteur ne prouvent qu'une chose, c'est que l'exposition de l'intestin à l'air n'est pas toujours suivie d'accidents funestes, et que l'on peut sans crainte abandonner dans la plaie une anse intestinale, lorsqu'on soupçonne l'existence de lésions dont on ne peut déterminer l'étendue et la profondeur. Aucun chirurgien n'a suivi la pratique de Girard, et les résultats que donne l'opération de la kélotomie pratiquée dans de bonnes conditions sont assez satisfaisants pour que l'on ne soit pas autorisé à soumettre à l'expérience une méthode dont le principe est en opposition avec les notions générales de physiologie pathologique.

Nous passons sous silence un certain nombre de modifications proposées à l'opération de la hernie étranglée; telle est l'opération de Rousset, dans laquelle on ouvre le ventre au voisinage de l'orifice herniaire, pour chercher les bouts de l'intestin qui s'y engagent et les réduire par des tractions exercées de dedans en dehors.

A part quelques faits exceptionnels, quand le taxis a échoué comme lorsqu'il ne doit point être pratiqué, c'est à l'antique procédé de Franco, à l'opération de la kélotomie, que l'on a recours, réservant le débridement externe préconisé par J.-L. Petit, pour certains cas spéciaux.

Résultats fournis par l'opération de la hernie. — Il ressort de l'étude des statistiques publiées par Malgaigne, Gosselin, Collis, etc., que la gravité de l'opération se tire principalement du retard qu'on a mis à y recourir; que le mode opératoire lui-même n'a qu'une influence de second ordre sur les résultats; et que, à la suite de l'opération, les malades meurent bien plus de l'évolution pathologique qui a débuté avec l'étranglement, des lésions intestinales et de leurs conséquences (troubles circulatoires, nerveux, etc.), que du traumatisme opératoire et de ses suites. Nous pouvons ajouter que, s'il vaut mieux ne pas risquer d'aggraver ces lésions par un taxis trop énergique et trop prolongé, s'il est préférable, lorsque le cas le permet, d'avoir recours à l'opération sans ouverture du sac, il est surtout de la plus haute importance que l'opération, quelle qu'elle soit, soit pratiquée le plus tôt possible. En d'autres termes, le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint d'étranglement herniaire ne doit quitter ce malade qu'après avoir levé l'étranglement, soit par le taxis, soit par l'opération.

Pansements et soins consécutifs à l'opération. — Nous avons dit que le pansement était à la discrétion du chirurgien, qui le règle suivant ses habitudes. Un pansement à plat avec de la charpie ou un tissu trempé dans un liquide antiseptique nous paraît préférable. On a vu qu'il faut en général s'abstenir de tenter une réunion immédiate. Pour éviter l'évaporation trop rapide, le pansement est recouvert d'un taffetas gommé et maintenu avec un spica de l'aine un peu serré, surtout si l'on craint de voir se produire encore dans la journée des nausées et des efforts de vomissement. Puis le malade est replacé dans son lit, le ventre relâché, les cuisses maintenues fléchies au moyen d'un traversin passé en travers sous ses genoux.

Persuadés que la gravité de l'étranglement résidait surtout dans l'arrêt des matières qu'il détermine, et dominés encore par l'idée de l'engouement, les anciens chirurgiens, après l'opération de la hernie étranglée, comme après la réduction par le taxis, voulaient obtenir à tout prix la liberté du ventre dès les premières heures. A cet effet, ils prescrivait un purgatif, dont on réitérait même l'administration s'il restait sans résultat.

Cette pratique présente deux inconvénients : celui de fatiguer par des évacuations abondantes un organisme déjà épuisé, et celui de favoriser, s'il existe quelque perforation larvée ou même un peu de péritonite latente, le développement ou l'aggravation de cette redoutable complication.

Aussi, quelques chirurgiens ont-ils pensé qu'il était plus avantageux d'agir en sens inverse et de diminuer les contractions intestinales en administrant de l'opium. Cette pratique fut surtout soutenue par Monod, Demarquay et Le Fort à la Société de chirurgie (séances des 4 et 11 janvier 1865), et ce dernier insista plus fortement encore sur la nécessité de substituer l'opium aux purgatifs (1).

Presque tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour rejeter les premiers jours l'emploi des purgatifs et pour attendre les évacuations spontanées. S'il y a de la douleur de ventre, de l'érythisme nerveux, s'il y a quelques symptômes de péritonite commençante, on donnera de l'opium à doses fractionnées; l'emploi de ce médicament serait au contraire formellement contre-indiqué s'il existait du ballonnement du ventre, de l'inertie de l'intestin, et surtout de la gêne respiratoire et de l'anxiété. Dans la majorité des cas, on s'en tiendra à l'expectation pure et simple, et, sans chercher à prévenir les accidents consécutifs par un traitement interne, on se bornera à les combattre s'ils se présentent.

Si le troisième ou le quatrième jour au plus tard il n'était pas survenu d'évacuations alvines, on serait pleinement autorisé à les provoquer au moyen d'un purgatif administré par la bouche ou en lavement.

Dans les cas où il surviendrait de la sensibilité du ventre, où les évacuations, trop abondantes, se changeraient en une véritable diarrhée, ce que l'on observe à la suite des étranglements graves et ce qui est toujours d'un pronostic fâcheux, on aurait recours à l'opium, donné en quantité suffisante pour amener la cessation des phénomènes anormaux.

La diète ne doit pas être trop prolongée, surtout chez les personnes âgées, affaiblies par une maladie antérieure, ou chez celles qui ont été atteintes d'un étranglement grave. Il faut, dès les premiers jours, s'attacher à relever les forces du malade; un grand nombre des opérés qui succombent meurent en effet dans un état d'épuisement que paraît avoir déterminé l'étranglement lui-même. On aura soin de ne pas laisser trop

(1) Le Fort, *Gazette hebdomadaire*, n° du 17 février 1855.

longtemps dans l'immobilité absolue et dans le décubitus dorsal les malades qui seraient atteints d'une affection antérieure des poumons, et l'on se tiendra prêt à agir avec vigueur contre les complications thoraciques dont s'accompagne souvent chez eux l'étranglement herniaire.

Enfin, quand le malade sera guéri de l'opération, que la cicatrice sera solide, on devra conseiller formellement à l'opéré de se munir d'un nouveau bandage, sans lequel il serait exposé à voir une nouvelle hernie se produire.

C. RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES INDICATIONS QUE PRÉSENTE L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES. — Il est peu d'affections chirurgicales qui laissent autant à l'imprévu que l'étranglement herniaire. Mais les conditions différentes que présente chaque cas particulier, s'effacent devant les indications générales, qui peuvent être établies avec une grande précision pour les diverses catégories où l'on peut ranger tous les faits. Le volume de la hernie et la durée de l'étranglement sont les deux conditions principales auxquelles le chirurgien devra avoir égard dans le traitement de l'étranglement herniaire.

Nous supposerons donc successivement les cas suivants : la hernie est petite, moyenne ou volumineuse; et nous verrons pour chacun d'eux comment il faut se conduire suivant l'ancienneté de l'étranglement.

A. *La hernie est petite :*

1° Si l'on est appelé dans les vingt-quatre ou dans les trente-six heures au plus à partir du début des accidents, on n'a guère à craindre l'existence de lésions graves de l'intestin. Si donc les signes locaux, l'état du ventre et l'état général indiquent que la hernie renferme indubitablement de l'intestin, il est de règle de procéder immédiatement aux tentatives de réduction.

Le malade sera placé dans l'anesthésie chloroformique, et l'on essaiera un taxis méthodique et suffisant pendant un temps qui n'excèdera pas vingt minutes. Les efforts de réduction restent-ils infructueux, on procédera immédiatement à l'opération. Le chirurgien évitera d'abord d'ouvrir le sac, et il cherchera à réduire après avoir pratiqué le débridement externe suivant la méthode de Petit. S'il n'y pouvait parvenir, il ouvrirait le sac et terminerait l'opération par le procédé ordinaire.

2° Lorsque trente-six heures se sont écoulées, les chances de gangrène ou de perforation intestinale augmentent. Aussi, dans ces conditions, fera-t-on sagement de s'en tenir à quelques tentatives de taxis très-modérées et très-courtes et de recourir aussitôt à l'opération. Je ne conseillerais pas, à cette date, de tenter la réduction sans ouvrir le sac.

3° Lorsque quarante-huit heures se sont écoulées depuis le début des accidents, la crainte de réduire un intestin perforé ou gangrené doit déterminer le chirurgien à proposer et à pratiquer immédiatement l'opération avec ouverture du sac, sans aucun taxis préalable. On se contente