

intervention opératoire. Il importe, par conséquent, de ne pas suivre une ligne de conduite invariable, telle que l'a tracée, par exemple, GOSSELIN, lequel voulait que l'on opérât les hernies inguinales au bout de 24 à 48 heures, et les hernies crurales au bout de 12 à 24 heures.

Si nous ajoutons que les hernies volumineuses, les hernies avec adhérences ou contenant une grande masse d'épiploon, ont un pronostic plus mauvais que celles qui ne se présentent pas avec ces caractères, nous aurons terminé cet aperçu des circonstances qu'il importe de prendre ici en considération.

D'après ce que nous venons de dire, on ne peut donc formuler des **indications** tout à fait sûres, valables pour tous les cas. Les étranglements aigus doivent être opérés le plus tôt possible, dans certains cas déjà au bout de 6 à 12 heures, après que l'on a fait une ou tout au plus deux tentatives de taxis et appliqué sur la hernie des vessies de glace. Si le taxis n'est pas couronné de succès, on laisse le malade sous l'influence du chloroforme et l'on procède immédiatement à l'opération. Dans les cas chroniques on peut temporiser plus longtemps et faire plusieurs séances de taxis, dans l'intervalle desquelles on fera bien d'essayer des injections d'eau au moyen d'un long tube de caoutchouc. Mais dès qu'apparaissent des symptômes inquiétants, tels que des vomissements de matières fécales, le hoquet, la petitesse du pouls, dès que l'on remarque une tendance au refroidissement des extrémités, il n'est pas permis de différer plus longtemps l'opération.

§ 114. — Une grande partie des dangers de la herniotomie reconnaissent pour cause **l'ouverture de la cavité péritonéale** au moment de l'incision du sac herniaire. C'est ce qu'avaient entrevu de très bonne heure les chirurgiens; déjà FRANCO avait tenté, dans certains cas appropriés, de *débrider l'anneau, cause de persistance de l'étranglement*, et d'opérer la réduction de l'intestin sans ouvrir le péritoine. Mais c'est à J. L. PETIT que nous devons d'avoir, par sa parole et par ses actes, introduit cette méthode opératoire dans la pratique chirurgicale. En France la doctrine de l'étranglement par le collet du sac dans tous les cas sans exception (DUPUYTREN, MALGAIGNE), fut un obstacle théorique à l'introduction de la herniotomie externe. En Allemagne également de grandes autorités chirurgicales (DIEFFENBACH) condamnèrent cette méthode. Par contre en Angleterre, grâce aux conseils de COOPER, le nombre de ses partisans s'accrût notablement (KEY, B. COOPER, TEALE, PAGET, etc.), et bientôt les chirurgiens allemands suivirent leur exemple (ROSER, DANZEL, SCHUH, BUSCH, SCHMIDT, DOUTRELEPONT, etc.) Nous croyons que la méthode antiseptique est appelée à restreindre les indications de la herniotomie externe, mais nous ne sommes nullement de l'avis de nombre de chirurgiens qui voudraient que l'on laissât tout à fait de côté cette opération. Tout d'abord, nous pensons qu'il est indiqué d'en faire l'essai chez les enfants qui salissent leur pansement, de même que chez

les personnes faibles d'esprit ou très malpropres. Dans tous ces cas il est certainement fort désirable que la réduction de la hernie puisse s'opérer une fois l'anneau débridé. Mais même abstraction faite de ces indications spéciales, nous sommes d'avis que de nos jours encore, le médecin fera bien de se contenter de la herniotomie externe lorsque les circonstances sont telles qu'il n'a pas à douter de l'état d'intégrité de l'anse intestinale herniée, et qu'après l'incision de l'anneau, une très légère pression suffit à faire rentrer le contenu du sac dans la cavité abdominale. Pour le traitement consécutif on n'a guère affaire alors qu'à une plaie cutanée; la cavité péritonéale est restée fermée et le danger de péritonite se trouve par le fait éliminé. Nous savons, il est vrai, qu'en observant strictement les règles de l'antiseptie, on n'a pas à craindre une péritonite septique par infection venant de l'extérieur. Mais pour mener à bien le traitement consécutif, il faut avoir déjà acquis un certain degré de sûreté dans l'emploi de la méthode antiseptique, et même alors — tout praticien sera de notre avis — les conditions de la pratique, surtout à la campagne, sont telles que souvent le médecin le mieux exercé dans l'art de l'antiseptie, ne peut absolument pas prendre sur lui la responsabilité d'un traitement aussi difficile. Aussi pensons-nous que dans de pareilles conditions il est très avantageux pour l'opéré que l'on s'abstienne d'ouvrir le péritoine, et qu'on évite ainsi le danger d'une péritonite septique par infection venant de l'extérieur.

Mais, je le répète ici expressément, l'opération en question a ses limites en général bien caractérisées. Le moindre soupçon d'une gangrène de l'intestin, la longue durée de l'étranglement, la réduction incomplète, ou une certaine difficulté de réduction à la suite de l'incision de l'anneau, sont autant de motifs de ne pas se contenter de la herniotomie externe; dans ces cas, en effet, l'incision du sac est nécessaire. De nos jours, si l'on est appelé à opérer dans des conditions favorables, dans des cliniques chirurgicales et avec l'assistance d'aides exercés, on donnera certainement la préférence à cette dernière opération, surtout que, dans un assez grand nombre de cas, la réduction de la hernie doit être suivie de l'opération radicale.

La **herniotomie externe**, de même que la herniotomie interne, doit être pratiquée suivant les règles de l'antiseptie (voir § 115). Le **procédé opératoire** est en somme fort simple.

L'incision doit être faite parallèlement à l'axe longitudinal de la hernie; suivant l'abondance du tissu adipeux de la région, suivant que le bord supérieur de la hernie recouvre plus ou moins l'anneau, on donne à cette incision une longueur de 1,5 à 5 centimètres, qui permette de bien voir l'anneau, le collet du sac et les parties avoisinantes. On divise ensuite les couches de tissu conjonctif au-devant de l'orifice externe du canal inguinal s'il s'agit d'une hernie inguinale, ou au-devant de la partie correspondante du ligament de Poupart et du prolongement falciforme

etc. dans la hernie crurale ; puis on ouvre le fascia propria entre deux pinces, et l'on met à nu la partie supérieure du sac en rapport avec l'anneau.

BUSCH veut que l'on isole ensuite complètement le sac herniaire de sa capsule d'enveloppe (fascia propria). Il conseille de contourner le sac avec le doigt et de le sortir de l'espèce de niche dans laquelle il est renfermé, ce qui permettrait de mieux se rendre compte de toutes les particularités qu'il peut présenter. Pour ma part, j'ai toujours pu me dispenser de cet acte préliminaire qui complique l'opération d'une façon assez notable ; il suffit de bien isoler la partie supérieure du sac, ce qui n'offre jamais de difficultés lorsqu'on a eu soin de mettre à nu le contour de l'anneau ; cependant, avec les précautions antiseptiques, le procédé de BUSCH est dépourvu de danger.

Dans les cas vraiment favorables, on peut alors très souvent, par l'exploration digitale, faire le diagnostic du siège de l'étranglement. On sent sous le doigt des faisceaux fibreux fortement tendus à bords bien limités donnant la sensation d'un cordon ou d'un fil, au devant duquel se trouve la hernie fortement tendue également. Il ne s'agit point là toujours de l'anneau lui-même. Assez souvent, en effet, on rencontre des couches adventices qui entourent la paroi externe du sac (fascia peritonei) en formant des anses, et lorsqu'on incise ces tissus, on constate parfois qu' aussitôt après la section d'un dernier faisceau mince comme un fil, la tension cesse tout à coup dans la hernie dont la réduction peut être alors immédiatement obtenue. Si l'on trouve de ces cordons en avant de l'anneau et sur le collet du sac, on fera bien de les sectionner dans tous les cas avant de pratiquer le débridement de l'anneau lui-même. Cette section de l'anneau peut être opérée de différentes manières, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans. **L'incision de dehors en dedans (HESSELBACH, KEY) a des avantages incontestables.** On commence l'incision entre deux pinces à quelques lignes au-dessus du bord libre de l'anneau, puis on divise peu à peu les tissus jusqu'au niveau de ce bord. On peut obtenir le même résultat en introduisant une sonde cannelée sur laquelle on opère la section de l'anneau. On va ensuite à la recherche d'autres faisceaux et cordons de tissu conjonctif que l'on divise de la même manière. Pendant ce temps de l'opération la tumeur herniaire qui tend à se porter en avant, doit être refoulée en arrière et maintenue dans cette position. Le crochet de ROSER m'a rendu d'excellents services pour la section des cordons fibreux profondément situés. Cet instrument est introduit par son extrémité mousse au-dessous des faisceaux en question, que l'on peut attirer verticalement vers la plaie et diviser avec le bistouri, le tranchant dirigé contre le crochet. Une légère pression sur la hernie doit suffire alors à en opérer la réduction, sinon on procède à l'ouverture du sac herniaire.

La petite plaie est réunie par des points de suture à sa partie supé-

rieure, tandis qu'en bas elle reste ouverte pour le passage du drain. Si l'on applique ensuite un pansement antiseptique, on obtient pour ainsi dire toujours la réunion par première intention. Au bout de huit jours l'opéré peut déjà se lever et se livrer à des travaux peu pénibles.

Bien que nous ayons plaidé en faveur de la herniotomie externe, nous ne sommes cependant point partisan des tentatives ayant pour but de lever l'étranglement à travers une petite ouverture de la peau, et en quelque sorte par la méthode sous-cutanée. En France des opérations de ce genre ont été pratiquées par GUÉRIN et BOUCHUT ; en Allemagne, MAX LANGENBECK opère de la manière suivante : il fait à côté de la hernie une petite incision, puis, avec le doigt, il se fraye un passage à travers le tissu conjonctif, jusque sur le siège de l'étranglement. Enfin, avec le bout du doigt recourbé en crochet il déchire l'anneau ; si ce moyen ne suffit pas, il a recours à un crochet mousse, mais ne se sert du bistouri que dans des cas exceptionnels.

L'avantage de ce procédé sur l'incision externe est des plus douteux, car le traumatisme n'est guère plus léger que dans l'autre manière d'opérer ; d'autre part, avec la méthode de LANGENBECK on opère au hasard, et l'on se prive ainsi d'un des principaux avantages de la herniotomie externe, telle que nous l'avons décrite plus haut.

§ 115. — La **herniotomie avec ouverture du sac** peut avoir été précédée de l'incision externe, ou bien il existe des motifs suffisants pour adopter d'emblée la herniotomie interne. Quant au procédé opératoire, il ne diffère de celui de la herniotomie externe que par la longueur plus grande que l'on est généralement obligé de donner à l'incision des téguments.

Les **précautions antiseptiques** doivent être encore, si possible, plus rigoureusement observées. De même que dans l'opération radicale antiseptique décrite antérieurement, il est absolument nécessaire de faire précéder l'opération d'un nettoyage complet de la région (après l'avoir rasée et nettoyée avec la brosse et le savon, on la lave avec une solution forte d'acide phénique ou avec une solution de sublimé).

Le premier acte de la désinfection consiste à laver avec de l'eau et du savon tout le champ opératoire et à raser les poils des parties génitales. Chez les personnes malpropres on se servira de préférence pour ce lavage d'une solution de sublimé. Les instruments sont d'abord désinfectés dans l'eau bouillante et mis ensuite dans une solution phéniquée ; il en est de même des éponges, à moins qu'on ne préfère renoncer à leur emploi et se servir de tampons de gaze de Lister. Pour l'assistance directe, c'est-à-dire pour les manipulations à faire dans la plaie elle-même, il convient de n'admettre qu'un seul aide, dont les doigts auront été préalablement bien désinfectés.

Le procédé à employer pour l'incision cutanée est, en somme, assez indifférent. Lorsqu'on est suffisamment exercé et muni de bons bistouris, on peut faire l'incision à main libre en ayant soin de tendre la peau entre