

le sac herniaire de sa capsule d'enveloppe (fascia propria). On isole ainsi le pédicule de la hernie, et l'on peut très bien examiner la disposition des tissus à ce niveau relativement à l'anneau. Avec les précautions antiseptiques ce procédé n'offre aucun danger, et il est indiqué avant tout dans les cas où l'on veut pratiquer en même temps l'opération radicale de la hernie. Cependant l'exécution du procédé de BUSCH peut rencontrer dans certaines conditions de sérieuses difficultés, et dans les hernies volumineuses on a des motifs suffisants de ne pas le mettre tout d'abord en pratique. Dans ces cas nous avons pour habitude de prolonger considérablement l'incision à sa partie supérieure, de façon à dénuder autant que possible le collet du sac à sa sortie de l'anneau. Ce dernier peut être alors parfaitement isolé par dissection, et l'on reconnaît facilement si la membrane dont il s'agit vient de l'extérieur et passe au-devant de l'anneau, ou si elle est, au contraire, située à l'intérieur de l'anneau, ou enfin si l'on a déjà ouvert un sac directement en contact avec le bord libre de l'anneau, à savoir le sac herniaire. Lorsque ce dernier n'est pas trop fortement tendu, on peut, entre le pouce et l'index, soulever un pli de sa surface et s'assurer par la palpation si dans ce pli se trouve comprise la paroi d'un autre sac — l'intestin — ou un corps plus dur, l'épiploon.

Une autre cause de difficultés, rare il est vrai, ce sont les **kystes** de la paroi du sac herniaire et les anomalies de développement de ce dernier. Les kystes peuvent être, d'ordinaire, facilement reconnus, car leur cavité est close de toutes parts. Il en est de même, d'une façon analogue, des hydrocèles. Ces dernières, du reste, peuvent être, en général, reconnues encore plus facilement grâce à leur situation et à leurs relations avec le testicule et le cordon (voir hydrocèle). Il est encore plus rare que des sacs herniaires doubles, une hernie inguinale enkystée etc., soient une cause d'embarras dans le cours de l'opération.

Pour **ouvrir le sac herniaire** on soulève à l'aide de pinces un pli que l'on incise en dédolant. Lorsque le sac est fortement distendu par du liquide, on peut plonger directement la pointe du bistouri à travers sa paroi; si l'instrument arrive dans un espace vide et que du liquide herniaire s'écoule par la plaie, on peut admettre comme à peu près certain que l'on arrivé dans la cavité du sac. On introduit alors une sonde cannelée sur laquelle on incise la paroi du sac sur toute la longueur de la plaie cutanée. Mais il peut arriver également que l'intestin ait contracté avec la paroi interne du sac des adhérences lâches et récentes, ou anciennes et formées de tissu conjonctif. Une autre possibilité que nous devons aussi mentionner, c'est que l'incision porte précisément sur un point de la hernie dépourvu de sac herniaire, l'intestin se trouvant en contact direct avec le fascia propria (hernies cœcales, etc.). Cette disposition anatomique a souvent pour conséquence l'ouverture de l'intestin dans le cours de l'opération, mais elle est heureusement très rare, car, le plus ordinairement, la partie de l'intestin non revêtue par le sac séreux est située sur les côtés et non pas sur la ligne médiane de la tumeur herniaire.

L'adhérence de l'intestin peut être assez souvent reconnue à l'épais-

seur et à la consistance plus grandes de la paroi du sac et à l'impossibilité de déplacer cette dernière sur les membranes sous-jacentes. Elle exige de grandes précautions dans l'ouverture du sac qui devra être pratiquée de la manière indiquée plus haut. Les adhérences récentes, outre qu'elles permettent de conclure que l'on se trouve dans le sac herniaire, peuvent être en général séparées, soit avec les doigts, soit avec la sonde cannelée à extrémité mousse qui a servi également pour l'incision du sac. Les anciennes adhérences ne sont presque jamais générales. Lorsqu'elles occupent une certaine étendue, et qu'on ne peut pas facilement les séparer avec les ciseaux (de Cooper), il est souvent préférable de laisser sur l'intestin une portion du sac herniaire. Les adhérences en forme de brides sont sectionnées avec les ciseaux et le bistouri, le tranchant de l'instrument étant dirigé contre le sac herniaire.

Nous ne conseillons pas de diviser le sac herniaire directement jusque dans l'anneau. En effet, on peut mieux s'orienter, et l'on ne s'expose pas à refouler le contenu de la hernie entre le péritoine et le fascia transversalis lorsqu'on a soin de laisser intacte une petite portion du sac au niveau de l'anneau. Nous avons supposé naturellement que dans les cas où l'agent de constriction est extérieur au sac herniaire, et où il n'existe pas de contre-indications à la herniotomie externe, on doit d'abord, avant d'ouvrir le sac, opérer le débridement des tissus qui sont la cause de l'étranglement. Mais si, une fois le sac ouvert, on constate qu'il existe à l'extérieur de ce dernier des obstacles à la réduction, on devra les faire disparaître par la méthode que nous avons décrite à propos de la herniotomie externe; on débridera, si possible, de l'extérieur à l'intérieur.

Autrefois on redoutait beaucoup l'hémorragie au moment du débridement de l'anneau; aussi la dilatation simple au moyen de différents dilatateurs avait-elle acquis la faveur de nombreux chirurgiens (LEBLANC, ARNAUD, BRUNINGHAUSEN, etc.). Dernièrement encore LINHART conseilla la dilatation avec le crochet d'ARNAUD. Si l'on veut essayer cette méthode de dilatation de l'anneau de constriction, on peut se servir dans ce but à peu près de toutes les formes de crochets mous-ses que l'on introduit dans le point rétréci. Dans la grande majorité des cas ce procédé est à rejeter, car en débridant l'anneau de l'extérieur à l'intérieur on peut voir parfaitement les vaisseaux qui donnent du sang et faire sans aucune difficulté les ligatures nécessaires.

Avant de procéder au débridement de l'anneau, l'opérateur est tenu d'examiner minutieusement le contenu du sac et de s'assurer s'il n'existe pas déjà des signes de gangrène des tissus au niveau du corps ou du pédicule de la hernie. C'est le sillon de nécrose correspondant à l'anneau d'étranglement dont la constatation offre le plus de difficultés, et si l'on soupçonne l'existence d'un pareil sillon, on devra s'abstenir de soumettre l'anse herniée à des manipulations de quelque importance, telles que

des tractions. Pour aller à la recherche du siège de l'étranglement, on fera bien de saisir le sac herniaire avec des pinces ou des égrignes, et de l'attirer de façon à produire une certaine tension de ses parois. Puis, après avoir acquis la conviction qu'il n'existe dans l'intérieur du sac aucune disposition anormale capable de produire l'étranglement, on introduit l'index ou l'auriculaire dans le collet du sac dans le but de découvrir le siège de la constriction. Lorsque ce dernier se trouve réellement dans le collet du sac, il se présente le plus ordinairement sous la forme d'un repli circulaire à bord net, tranchant; l'orifice limité par ce repli laisse pénétrer le doigt, tantôt plus tantôt moins suivant les circonstances. L'anse intestinale remplie et tendue entoure de toutes parts le doigt explorateur, et il n'est guère possible de la faire écarter suffisamment par un aide. Quant au **débridement**, on l'opérait autrefois le plus souvent au moyen d'un bistouri boutonné auquel on donnait comme conducteur une sonde cannelée introduite dans le point rétréci. On imagina des sondes particulières (sonde ailée de HEISTER) construites dans le but d'empêcher l'intestin de venir s'étaler sur la rainure de l'instrument. L'intestin a été souvent blessé par ce mode de débridement, soit que le bec de la sonde perforât directement les parois intestinales, soit que le bistouri rencontrât l'intestin le long de la rainure du conducteur. Aussi la sonde cannelée a-t-elle été assez généralement abandonnée, et l'on se sert plutôt du doigt pour guider le bistouri. Quant à ce dernier instrument, il consiste en un bistouri boutonné, droit ou un peu concave, à lame courte. Si la lame est trop longue on peut, du reste, facilement la raccourcir en l'enveloppant de sparadrap. Lorsqu'on a sous la main un herniotome, on peut s'en servir si l'on en a l'habitude. C'est un bistouri à lame courte et à extrémité boutonnée un peu allongée en forme de cône bien arrondi.

Lorsque l'orifice herniaire est assez large pour permettre l'introduction du doigt, on applique la lame du bistouri à plat contre la face palmaire du doigt, et on la fait pénétrer ainsi jusqu'à l'anneau de constriction. On imprime alors au bistouri un tiers de tour suivant l'axe longitudinal, de façon que la lame se trouve dirigée contre l'anneau d'étranglement. Le débridement lui-même s'opère alors par pression du doigt contre le dos de la lame; c'est en tout cas le procédé qui permet le mieux de n'inciser que les parties tendues. Si l'on veut ne pratiquer qu'une seule incision (laquelle doit avoir d'abord une profondeur d'environ 6 à 8 millim.), on peut ensuite agrandir, au besoin, l'ouverture en portant de nouveau le tranchant du bistouri dans la même direction contre les parties tendues que rencontre le doigt. Mais si la première incision est insuffisante, il est plus sûr d'en pratiquer une seconde à une petite distance de l'autre et par le même procédé. C'est cette dernière méthode déjà fort ancienne que VIDAL a conseillée de nouveau dernièrement sous le nom de **débridements multiples**.

En règle générale, le débridement doit être considéré comme suffisant lorsqu'on peut introduire le doigt à côté de l'intestin jusque dans la cavité abdominale.

Si, au début, la coarctation est telle qu'il soit impossible d'y faire pénétrer le bout du doigt, la face palmaire dirigée en haut, on peut se contenter d'introduire le bistouri à plat sur la face dorsale, c'est-à-dire sur l'angle; puis dès que le doigt peut pénétrer plus profondément, on le retourne pour lui faire prendre la position ordinaire.

Actuellement, nous avons pour habitude de débrider également de l'extérieur à l'intérieur la partie rétrécie du collet du sac. Nous divisons d'abord le sac jusqu'au siège de la coarctation, puis nous soulevons cette portion rétrécie à l'aide de pinces à griffes ou d'un crochet de ROSER que nous introduisons dans le collet du sac, et sur lequel nous divisons les tissus de l'extérieur à l'intérieur.

Une fois le débridement opéré, on procède à la **réduction**. On attire d'abord légèrement l'intestin, et par une pression douce on évacue son contenu, puis on examine attentivement toutes les parties de l'anse intestinale, surtout le sillon d'étranglement, et l'on ne pratique la réduction que lorsqu'on a bien constaté l'absence de points gangrenés ou suspects. Parfois on ne réussit pas à vider l'anse intestinale, et l'on doit toujours soupçonner alors l'existence d'autres obstacles à la réduction. Dans ce cas on introduit d'abord le doigt dans la cavité abdominale et l'on cherche s'il existe, peut-être, un autre rétrécissement sur un point plus élevé du collet du sac (voir plus loin), ou un second sac superposé au premier, ou enfin une torsion de l'intestin hernié, etc. S'il l'on constate quelque obstacle de ce genre, on devra préalablement le faire disparaître. Parfois, cependant, la pression est si forte dans l'anse intestinale herniée, surtout dans les cas d'affection inflammatoire, que les tentatives de réduction, loin d'être couronnées de succès, ont pour conséquence d'attirer de nouvelles portions d'intestin hors de la cavité abdominale. On peut alors obtenir un certain résultat en exerçant une pression continue sur le paquet intestinal en même temps que l'on cherche à réduire tout d'abord l'anse sortie en dernier lieu. Une anesthésie profonde par le chloroforme est ici indispensable. Lorsque, malgré tout, la réduction ne peut être opérée, on obtient parfois de bons résultats, soit de la ponction simple avec une aiguille ou un fin trocart, soit de la ponction avec aspiration du contenu intestinal; on devra alors, avant de procéder à la réduction, s'assurer si les orifices de ponction sont d'un calibre tel que l'on soit obligé de laisser les anses herniées à l'extérieur; le plus souvent, il est vrai, ces orifices se ferment aussitôt après l'évacuation du contenu de l'intestin. Dans quelques cas, c'est la distension de l'intestin par des matières fécales solides qui met obstacle à la réduction; on peut alors inciser l'intestin, évacuer son contenu, réunir la plaie par des sutures et réduire ensuite l'anse intestinale; ce procédé a été em-