

rétrograde des contractions de l'intestin ramené vers le mésentère, qui en forme le point d'appui.

La compression avec des bandes de caoutchouc remplit très-bien ces indications : M. Maisonneuve en a publié de nombreux succès. On a donné le nom de *réducteur herniaire* à un bandage composé d'une plaque lombaire et d'une pelote inguinale, analogue à celle du compresseur de J. L. Petit. Une ceinture réunit la plaque ou contre-appui à la pelote ; si le pas de vis ne paraît pas exercer une pression assez forte et régulière, on a recours à des bandes de caoutchouc, dont l'emploi immédiat nous paraît très-préférable.

On favorise encore le taxis par la belladone et les anesthésiques, dont l'efficacité, comme moyen de résolution musculaire, est incontestable.

Kélotomie. Lorsque les tentatives de taxis sont restées infructueuses, et ne peuvent être reproduites en raison de la gravité des accidents, on a recours à la herniotomie ou kélotomie. C'est une opération par laquelle on met les parties à nu, et on lève les obstacles qui s'opposent à leur réduction. Les principaux temps de la kélotomie sont : 1^o l'incision des enveloppes herniaires ; 2^o l'ouverture du sac ; 3^o la levée de l'étranglement ; 4^o la réduction et les soins que réclament les viscères qui ont contracté des adhérences ou ont éprouvé des altérations ; 5^o enfin le pansement, qui doit tendre au double but de fermer la plaie et de prévenir toute récurrence de la hernie.

Quelques chirurgiens ont considéré l'état de faiblesse et de collapsus, dans lequel tombent les malades affectés d'étranglement, comme une contre-indication à l'emploi du chloroforme. L'expérience ne nous a pas semblé confirmer cette observation, et nous avons anesthésié des personnes tombées dans un très grand abattement. Il faut cependant redoubler de précautions ; et si la prostration était extrême, la voix et la respiration affaiblies, la peau froide et le pouls imperceptible, la prudence conseillerait de s'abstenir des inhalations chloroformiques.

1^o *Incisions des enveloppes herniaires.* Le malade doit être couché sur un lit élevé, pour éviter au chirurgien l'excessive fatigue de rester courbé pendant une opération dont la durée est souvent considérable. Le tronc et les membres inférieurs du malade sont légèrement fléchis, afin de mettre les parties dans le relâchement. Le chirurgien se place à droite, et est assisté de plusieurs aides, dont deux maintiennent le patient, un troisième éponge la plaie etc., et un quatrième présente les instruments et les pièces de pansement. Plusieurs bistouris droits, convexes, boutonés, dont un concave, comme celui de Pott, ou à gaine, comme

celui de Charrière, auquel M. Sédillot a fait mettre un bouton ; des pinces à dissection, des ciseaux ; la spatule cannelée de Vidal, sorte de reproduction de la sonde ailée de Méry ; quelques sondes cannelées d'argent, flexibles avec ou sans cul-de-sac ; des fils et des aiguilles à ligature, des éponges et de l'eau chaude et froide ; un linge fenêtré enduit de digestif ; des boulettes de charpie, des plumasseaux, des compresses ; un bandage triangulaire, composent l'appareil.

La peau, convenablement rasée et nettoyée, est divisée selon le plus grand diamètre et dans toute la longueur de la tumeur. On peut pratiquer cette incision de dehors en dedans, pour peu que les téguments soient tuméfiés et adhérents ; autrement on fait soulever un large pli transversal de la peau, et on le coupe à plein tranchant du sommet vers la base, ou en sens contraire, en le traversant par un mouvement de ponction, le dos de l'instrument tourné du côté de la tumeur. Il est rare que l'incision opérée sur un repli de la peau ait une longueur suffisante ; il faut en prolonger les extrémités vers la partie inférieure du sac herniaire, qui retient les liquides et devient une source de graves accidents lorsqu'il n'a pas été complètement fendu, et vers la partie supérieure jusqu'au delà du point que l'on suppose être le siège de l'étranglement. Si la hernie était très-large et volumineuse, on pratiquerait une incision en T, en V, ou cruciale, en ayant le soin d'en étendre une des branches dans le sens le plus déclive.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels on a cité Louis, pénétraient du premier coup de bistouri dans le sac herniaire : c'est une pratique dangereuse, qui expose à blesser l'intestin et à causer la mort du malade. Il faut, au contraire, user des plus grandes précautions pour mettre à nu le sac herniaire, et ce temps de l'opération exige tout autant de sagacité que de prudence et de savoir. En effet, l'épaisseur des parties qui entourent la hernie peut varier par un assez grand nombre de complications, telles que l'inflammation, le gonflement et l'induration des lames celluluses, le développement de kystes séreux, d'abcès, de ganglions et de pelotes adipeuses interposées, qui présentent quelquefois l'apparence du sac herniaire, et font prendre le change.

Il est convenable, en raison de ces difficultés, de soulever successivement les différentes enveloppes du sac avec une pince à dissequer, de les inciser de dehors en dedans, et d'en achever la division sur une sonde cannelée, ou avec des ciseaux à pointes mousses. On redouble d'attention en se rapprochant des parties profondes, et l'on reconnaît presque toujours le sac sans difficultés. Dans la hernie inguinale, le cordon spermatique s'est quelquefois

rencontré au devant de la hernie, et le canal déférent et l'artère spermatique ont été blessés : c'est un danger dont il faut être prévenu. Les artères superficielles fournissent ordinairement peu de sang.

Absence du sac herniaire. Quelques hernies, celles de la vessie et d'une portion du cæcum, manquent de sac herniaire, de sorte que le danger de chercher un sac qui n'existe pas n'est pas moins réel que celui de réduire en bloc un intestin étranglé dont le sac est méconnu. Un malade de Velpeau succomba dans de pareilles conditions, et le professeur Roux a dit à la Société de chirurgie avoir excisé une portion de la vessie, prise pour un peloton cellulo-graisseux. La difficulté est donc réelle et exige toute l'attention de l'opérateur. Le diagnostic d'une hernie de la vessie est assez facile, et les couches musculaires de ce viscère ne peuvent être confondues avec celles de l'intestin. En tout cas, mieux vaudrait percer l'intestin que de réduire un étranglement.

Réduction de la totalité du sac. J. L. Petit avait donné le conseil de ne pas ouvrir le sac herniaire et de chercher à le réduire en totalité lorsque aucune adhérence n'y mettait obstacle et que l'on avait levé l'étranglement. On a généralement renoncé à ce procédé, très-dangereux si les causes de l'étranglement sont en dedans du sac herniaire. Toutefois, dans les hernies récentes, où un anneau fibreux est manifestement le siège des accidents, la pratique de J. L. Petit a été adoptée par A. Cooper et beaucoup d'autres chirurgiens. On a également essayé la réduction au travers du sac mis à nu ; tentative légitime dans le cas où l'on ne prévoit pas d'altérations viscérales. Le sac se réduit plus tard spontanément, et la péritonite est moins à craindre.

2^e Ouverture du sac herniaire. On a cité des exemples de sacs épais, adhérents ou directement en rapport, sans sérosité intermédiaire, avec les parties herniées ; ces cas sont exceptionnels. On trouve habituellement le sac mince, un peu transparent, mobile et soulevé par un liquide plus ou moins abondant. L'ouverture, dans ce dernier cas, est assez facile. On saisit la poche péritonéale avec une pince, et on l'incise en dédolant. On peut aussi en faire saillir un point, par la compression de la sérosité qui y est contenue, et le diviser avec le bistouri ou des ciseaux. Si le sac est épais, on l'intéresse couche par couche, et l'on se sert de pinces pour l'attirer à soi et l'éloigner des parties subjacentes.

Les adhérences présentent plus de causes d'erreur et de danger que l'épaisseur même du sac. Comme elles ne sont jamais complètes, on cherche le point où le sac est resté mobile pour y pénétrer.

Dès qu'on est arrivé dans la cavité que l'on suppose être celle du sac herniaire, on agrandit l'incision en la continuant en haut et en bas jusqu'aux limites de la tumeur. L'écoulement d'une petite quantité de liquide jaunâtre et plus ou moins louche, le poli de la surface intestinale, ou la disposition membraneuse et arborisée de l'épiploon, ne laissent pas, en général, d'incertitude sur le diagnostic, et le doigt porté vers le sommet de la hernie en constate le point de communication avec l'abdomen.

Il n'est pas cependant un seul chirurgien qui n'ait douté, une ou plusieurs fois, et ne se soit demandé s'il était réellement dans le sac herniaire. L'intestin est souvent noirâtre, épaissi, gorgé de sang veineux, induré, méconnaissable ; l'épiploon est globuleux, résistant, carnifié. Comment arriver à la vérité ? On a conseillé d'étudier la surface péritonéale et la direction des fibres de l'intestin et d'autres caractères aussi obscurs et aussi douteux. M. Sédillot a proposé un moyen que personne n'a cité, bien que son auteur l'ait fait connaître depuis plus de dix ans, et que nous maintenons comme excellent et seul capable de mettre à l'abri de l'erreur, dans tous les cas où la hernie est pourvue d'une enveloppe péritonéale. Il consiste à porter le doigt dans l'ouverture faite par le débridement : si le doigt arrive dans la cavité abdominale, on a certainement ouvert le sac. Si, au contraire, le doigt reste en dehors du péritoine, et ne pénètre pas dans sa cavité, le sac herniaire est situé plus profondément et n'a pas encore été incisé ou n'existe pas. C'est alors qu'on doit s'assurer de la structure des tissus que l'on a sous les yeux, et si l'on ne constate pas la présence d'une couche musculaire appartenant au cæcum ou à la vessie, on peut inciser sans crainte, pour rechercher le sac herniaire, nécessairement situé plus profondément.

3^e Levée de l'étranglement. L'étranglement offre, comme nous l'avons déjà signalé, de très-nombreuses variétés dans ses causes, son mécanisme, son siège, ses complications. S'il existe en dedans du sac, on divise avec le bistouri ou des ciseaux les brides, anneaux ou collets qui le produisent, et on rétablit ainsi la libre continuité de l'intestin, qu'il faut, dans certains cas, dégager de collets multiples, d'éraillures de l'épiploon, du sac ou de la tunique vaginale.

Dilatation des anneaux. Thévenin, Arnaud et Leblanc avaient proposé d'élargir l'anneau herniaire par dilatation, au moyen de divers instruments de leur invention ; cette méthode a été généralement abandonnée. Le professeur Seutin croyait cependant possible de déterminer la rupture de l'anneau fibreux, cause de l'étranglement, à l'aide du doigt indicateur, introduit dans le canal