

inguinal. Seutin dit avoir appliqué ce procédé depuis 1849, et en avoir obtenu assez de succès pour ne plus recourir à la kélotomie. Ce serait là un fait des plus importants s'il n'était, à notre avis, exceptionnel.

M. Chassaignac a beaucoup insisté, à la Société de chirurgie, sur les inégalités de pression exercée sur les viscères dans l'étranglement. Ces remarques sont parfaitement justes, et il n'est pas de chirurgien qui n'ait observé des faits semblables. Aussi l'attention a-t-elle été attirée sur tout le contour de l'intestin, dont un point seulement subit une pression violente et s'ulcère, tandis que le reste de l'organe n'est pas altéré. On a également donné le conseil de débrider là où la striction est le plus prononcée, et où l'on rencontre un repli falciforme saillant. L'opérateur peut quelquefois passer le doigt tout entier dans l'abdomen, entre l'intestin et une partie de son cercle constrictor, sans que l'étranglement en soit diminué, ni les obstacles à la réduction moins grands; on s'exposerait même à causer des déchirures si l'on voulait amener à soi l'intestin avant la section des brides, qui sont comme implantées dans son épaisseur.

Débridement. Il consiste à diviser par l'instrument tranchant les tissus qui compriment le col de la hernie, en empêchant la réduction et en déterminent l'étranglement.

Le débridement est une méthode universellement adoptée, et dont les procédés sont nombreux.

Nous avons déjà cité les principaux instruments mis en usage pour la levée de l'étranglement (voy. p. 437); ce sont: le bistouri de Bienaise, le bistouri concave et boutonné de Pott, celui de J. L. Petit; celui de A. Cooper, dont le tranchant n'a que 0^m,012 d'étendue et s'arrête à 0^m,004 du bouton terminal; celui de Dupuytren, qui est concave etc., et beaucoup d'autres plus ou moins tombés dans l'oubli, à l'exception du bistouri boutonné de A. Cooper, que l'on peut remplacer par un bistouri boutonné droit ordinaire très-étroit, dont le bout est terminé par une extrémité quadrangulaire mousse.

M. Sédillot se sert d'un bistouri caché, dont la lame, très-étroite et boutonnée, est protégée par une gaine mobile. L'introduction de cet instrument entre l'intestin et le tissu constrictor n'est pas ordinairement difficile, et dès que le bord correspondant à la lame est dirigé contre l'anneau, on retire à soi la gaine protectrice par la simple pression du bouton, avec le pouce, et le tranchant mis à nu est légèrement poussé contre l'étranglement pour le diviser. Cette opération se répète sur plusieurs points, selon les indications.

Direction à donner au débridement. Incisions multiples. Si l'on ne savait combien les moindres circonstances peuvent exercer d'influence sur nos jugements, on serait extrêmement surpris de voir les plus habiles chirurgiens être en désaccord sur la direction à donner au débridement. Sharp, Lafaye, Pott, Sabatier ont conseillé de diviser l'anneau *en haut et en dehors*, dans la hernie inguinale, afin d'éviter plus sûrement l'artère épigastrique, située en dedans de la hernie dans le plus grand nombre des cas. Verduc, Garengot, Heister, Bertrandi débridaient, au contraire, *en dedans*. Chopart et Desault réservaient le débridement *en dehors* pour les hernies inguinales externes, et le débridement *en dedans* pour les hernies internes: cette pratique serait parfaite s'il était toujours possible de distinguer ces deux variétés de hernies; mais la position du cordon, situé en arrière et sur le côté interne de la tumeur dans le premier cas, en avant et en dehors dans le second, n'est pas assez certaine pour faire admettre la distinction de ces auteurs. J. L. Petit, A. Cooper, Scarpa, Richerand, Dupuytren etc. ont pratiqué le débridement directement *en haut*, afin de se rapprocher le plus possible de la direction de l'artère.

Cette grande divergence d'opinions semble démontrer que le sens dans lequel on pratique le débridement n'est pas aussi important qu'on l'a cru, chacun ayant apporté de nombreux exemples de succès à l'appui de sa méthode, et la lésion de l'épigastrique paraissant en effet rare. Aussi Scarpa, et surtout Vidal, de Cassis, ont proposé de ne pas opérer le débridement dans un seul sens et sur un seul point, mais de le rendre multiple en incisant dans une petite étendue le contour de l'anneau fibreux qui étrangle les viscères. C'est évidemment la pratique la plus rationnelle, et la plus sûre pour éviter l'hémorrhagie.

Procédé ordinaire. On place l'ongle de l'indicateur gauche entre les viscères et le cercle séro-fibreux qui les étrangle; on conduit le bistouri boutonné à plat sur la pulpe de ce doigt, tournée vers les téguments, et l'on en fait pénétrer l'extrémité au delà de l'étranglement. On opère la section du tissu fibreux qui le détermine, en relevant le tranchant de l'instrument en dehors, et en le pressant contre l'obstacle par un simple mouvement de bascule.

Bell a fait connaître un autre procédé de débridement, dans lequel on divise, de dehors en dedans, les lames aponévrotiques qui occasionnent l'étranglement, en les coupant fibrilles par fibrilles avec la pointe d'un large bistouri convexe; on ne doit pas en dépasser l'épaisseur; on risquerait peu de blesser l'artère, mais il serait presque impossible de ne pas blesser l'intestin, s'il était

profondément sillonné par le bord mince et falciforme de l'ouverture.

On pourrait encore, dans quelques cas, se servir d'une sonde cannelée, pour soulever l'anneau constricteur qui produit l'étranglement, et que l'on inciserait, avec la précaution de comprimer de chaque côté les parties herniées, pour éviter de les blesser. Cette manœuvre est ordinairement difficile et peu sûre; la spatule cannelée de Vidal trouverait dans ce cas son application.

Le chirurgien rencontre souvent l'anse intestinale fortement déprimée par l'étranglement, et, pour peu que l'inflammation et les accidents datent de quelques jours, il doit s'astreindre à beaucoup de ménagements, afin de ne pas déchirer des tissus dépourvus en partie de consistance et déjà frappés d'un commencement d'ulcération. Si quelques pertuis ulcératifs étaient formés, la moindre traction les agrandirait et exposerait au danger d'un épanchement mortel, tandis que l'établissement d'un anus accidentel, par une simple ponction de l'intestin, serait infiniment moins à redouter, les adhérences protectrices déjà produites étant ménagées et permettant d'espérer une complète guérison.

Si l'intestin est frappé de gangrène et perforé, avec issue des matières dans le sac herniaire, le débridement est contre-indiqué, et un anus artificiel doit être établi.

Lorsque rien ne s'oppose au débridement, on le pratique, comme nous l'avons dit, par quelques incisions multiples portées d'abord sur les points les plus accessibles de l'étranglement. Quelquefois l'intestin, assez libre d'un côté, est fortement comprimé de l'autre; c'est sur ce dernier que le débridement doit être particulièrement dirigé.

4^e Réduction des parties herniées. Il ne faut pas s'alarmer de la coloration noirâtre de l'intestin, souvent causée par la congestion sanguine, et essentiellement distincte de la gangrène, qui détruit tout ressort dans les tissus et produit de véritables eschares sous forme de plaques grisâtres, brunes, circonscrites, flasques, assez semblables à du papier gris mouillé. Il est prudent, avant d'opérer la réduction, d'amener dans la plaie quelque nouvelle portion d'intestin pour s'assurer que l'étranglement est bien levé, et que l'intestin n'a pas été coupé ou n'est pas gravement lésé dans le point qui supportait la pression; il faut agir avec douceur, et ne pas tirer hors de l'abdomen plus de quelques centimètres de l'anse herniée. Dès qu'on en a reconnu l'intégrité, on la réduit en la poussant graduellement vers le point qui offre le moins d'obstacles. L'anse intestinale est souvent très-épaisse et résistante, au point que l'on pourrait la croire distendue par du gaz ou un liquide;

mais dans le plus grand nombre des cas cette apparence est due à la tuméfaction congestionnelle. Si l'intestin a de la tendance à ressortir, on en soutient la circonférence avec les doigts de la main gauche, et l'on en comprime le centre avec l'indicateur droit. La réduction est en général lente et difficile dans les premiers moments, mais ensuite elle marche avec rapidité, et les dernières portions de l'intestin semblent même souvent rentrer toutes seules.

Si l'on rencontrait quelque obstacle insurmontable, on devrait ramener au dehors les parties déjà réduites et porter le doigt dans l'abdomen, pour bien reconnaître la nature et le siège des difficultés. Un collet refoulé derrière les parois abdominales, par une sorte de décollement du péritoine, est ordinairement la cause, soit de l'irréductibilité, soit de la reproduction de la hernie. M. Sédillot en a vu un exemple curieux sur une femme de soixante-quatorze ans, opérée d'une hernie crurale. La hernie paraissait bien réduite, et la malade était pansée et couchée, lorsqu'à la suite d'efforts de toux et de mouvements brusques plusieurs anses intestinales vinrent former à l'aîne une tumeur du volume de deux poings. L'interne de garde chercha en vain à opérer la réduction. M. Sédillot, en introduisant le doigt dans l'anneau, trouva une sorte d'entonnoir dont le goulot péritonéal, refoulé en arrière, faisait obstacle à la rentrée des intestins, qui étaient refoulés entre la paroi abdominale et le péritoine. Il accrocha le rebord de ce dernier avec le doigt recourbé en crochet, et en pratiqua le débridement avec des ciseaux. La réduction devint dès lors facile, et la malade guérit parfaitement.

Dans un autre cas, sur un vieillard qui était venu à pied à l'hôpital, la pelote intestinale herniée était réunie par des néoplasmes, et ne put être réduite après le débridement. Portant le doigt dans l'abdomen, M. Sédillot trouva les viscères réunis par des adhérences, de sorte qu'il n'y avait pas de place pour la rentrée des parties herniées. Il fut obligé d'en faire une avec le bout du doigt, en décollant les anses intestinales au pourtour de l'anneau, et il parvint alors à opérer la réduction. On attendait les plus graves accidents d'une péritonite aussi étendue, mais il n'en fut rien, et le malade guérit.

On ne saurait citer cet exemple, à l'appui de la fameuse doctrine de J. L. Petit, sur l'irréductibilité, par perte des droits au domicile, des parties longtemps herniées. L'extrême extensibilité de la cavité abdominale dans la grossesse et les hydrospisies montre assez le peu de valeur de cette théorie et ne permet pas d'admettre l'irréductibilité, par défaut de place, dans un péritoine sain.