

Le cas que nous avons rapporté faisait exception, parce que des adhérences constituaient un obstacle mécanique des plus évidents.

La gangrène de l'épiploon a été traitée de quatre manières différentes. On a séparé les parties mortifiées près des tissus sains. Ou bien, comme Caqué, de Reims, on a coupé dans le vif, et opéré la réduction sans craindre l'hémorrhagie des vaisseaux épiploïques : neuf cas de succès ont été cités par Caqué à l'appui de sa conduite ; Velpeau, qui l'a imité, a vu son malade succomber. Pour plus de sûreté, on a tordu ou lié les vaisseaux après l'opération précédente et l'on a réduit ensuite, ce qui réussit ordinairement, malgré les dangers exagérés que J. L. Petit attribuait dans ce cas à la ligature : telle était la pratique de Boyer, dont personne ne saurait méconnaître la judicieuse prudence. Reste un dernier mode de traitement en usage de nos jours, qui consiste à retenir l'épiploon dans la plaie, qu'il soit gangrené ou simplement induré et adhérent. Dans tous les cas où l'épiploon est reporté dans l'abdomen après avoir subi une excision partielle, il contracte des adhérences avec les parois de la cavité du ventre, et expose à l'étranglement interne par l'enroulement des intestins autour de la corde qu'il représente, tout autant que s'il est arrêté dans la plaie de l'aîne. Dans ce dernier cas, il expose à des tiraillements incommodes lorsque les malades veulent se renverser en arrière. Cependant quelques chirurgiens admettent que l'épiploon a l'avantage de fermer la plaie par une espèce de bouchon mécanique propre à empêcher plus tard la récurrence de la hernie. Cet avantage a même paru si grand à certains opérateurs, parmi lesquels on en compte de très-distingués, tel que Stevens, qu'ils ont érigé en précepte de retenir constamment l'épiploon dans la plaie, alors même qu'il est sain et facilement réductible. Nous ne partageons pas cet avis, et nous ne redoutons pas, comme Robert, notre si estimable et regretté collègue, les épiploïtes suppurées ; aussi réduisons-nous l'épiploon sain ou même légèrement induré sans voir survenir aucun accident.

Les pelotes adipeuses développées dans l'épaisseur des enveloppes du sac herniaire sont excisées lorsque le pédicule en est étroit, et si ce dernier est très-large et renferme des vaisseaux, il est lié avec un ou plusieurs fils. L'excision est préférable lorsqu'on peut se mettre à l'abri de l'hémorrhagie. Dans tous les cas, il n'y faut recourir qu'après avoir parfaitement constaté la nature de la tumeur, attendu que l'épiploon, étendu en forme de coiffe sur une anse intestinale, a quelquefois présenté l'apparence d'une simple tumeur graisseuse.

Il est indispensable de constater la réalité de la réduction en portant l'extrémité du doigt dans la cavité abdominale. On a vu, comme nous l'avons dit, les viscères refoulés contre un collet mobile, entre les couches musculaires de la paroi abdominale, ou entre le fascia transversalis et le péritoine, et des accidents mortels en être la conséquence.

On s'est demandé s'il faut réduire le sac ; c'est inutile, et dans un grand nombre de cas impossible, en raison des adhérences. La rentrée du sac se fait peu à peu, ou des exsudations plastiques et des granulations s'y développent et en déterminent l'oblitération.

Lorsque le sac est volumineux, épaissi et facile à détacher, nous en excisons habituellement la plus grande partie.

5° *Pansement.* On fait le pansement à plat en couvrant la plaie d'un linge fenêtré enduit de cérat, sur lequel on dispose des boulettes de charpie soutenues par quelques compresses et un bandage triangulaire. On provoque ainsi la formation du tissu inodulaire, qui donne plus de chances de guérison radicale. La réunion par première intention, même par la suture, a aussi été tentée. Nous croyons cette conduite dangereuse, et nous n'oserions la recommander.

*Kélotomie sous-cutanée.* Cette méthode, proposée en 1841 (*Gaz. méd.*, p. 313), et condamnée par tous les hommes d'expérience, a été cependant adoptée par un médecin distingué. M. Bouchut a conseillé de lever l'étranglement en faisant pénétrer un instrument sous la peau, entre le sac et l'anneau, si la constriction est exercée par ce dernier, ou entre les organes herniés et le collet du sac, quand celui-ci cause l'étranglement. Son instrument consiste dans une sorte de canule terminée par un léger renflement et renfermant une lame qui en sort à volonté. Quand on pense aux difficultés que le chirurgien rencontre dans la pratique de la kélotomie ordinaire, alors qu'il a les objets sous les yeux, et aux erreurs dans lesquelles il peut néanmoins tomber, si expérimenté qu'il soit, on se sent porté à qualifier très-sévèrement cette proposition, qui n'est malheureusement pas restée à l'état de projet.

*Kélotomie sans réduction des parties herniées.* M. le docteur Girard a proposé, comme méthode nouvelle de kélotomie, le débridement sans réduction des parties herniées (in-8°, J. B. Baillière et fils, 1868). Ce chirurgien prétend que tous les dangers de la kélotomie tiennent à la réduction de l'intestin qui, jouant le rôle de corps étranger, cause des péritonites mortelles. Nous repoussons formellement cette doctrine pour trois raisons principales :

1<sup>o</sup> la cavité abdominale ne diminue pas de capacité ; et la perte du droit de domicile des parties herniées n'est qu'une hypothèse gratuite pour expliquer certaines irréductibilités dont la vraie cause réside dans des adhérences pathologiques ; 2<sup>o</sup> si l'opinion de M. Girard était fondée, le taxis suivi de réduction devrait déterminer fréquemment la mort : or chacun sait qu'en pareil cas les accidents disparaissent, au contraire, avec la plus grande rapidité ; 3<sup>o</sup> tous les intestins herniés ne sont pas adhérents, et ils ont, après le débridement, la plus grande tendance à s'échapper de l'abdomen où la réduction, aidée de la position et d'une certaine compression, peut seule les maintenir.

En cas d'adhérences, néanmoins, et d'altérations organiques de l'intestin, il est plus rationnel et plus prudent, ainsi que nous l'avons déjà dit, de laisser l'intestin dans le sac herniaire, que d'en opérer la réduction, qui expose à la rupture et à des épanchements mortels.

*Hernies réduites avec persistance de l'étranglement.* Quelquefois les accidents de l'étranglement persistent après la réduction des hernies. Le doigt introduit dans la plaie sent presque toujours alors le fond de la tumeur, que la palpation abdominale fait également reconnaître. Voici la conduite à suivre : le malade, debout ou à genoux, se livre à des efforts respiratoires propres à pousser la hernie en bas, et à la faire sortir de nouveau. Si ces manœuvres restent sans résultat, on cherche à saisir les parois du sac, et à les attirer en dehors ; et si les parties herniées ne suivent pas, on tâche de les accrocher avec le doigt ou une pince moussée, et l'on agrandit même la plaie au besoin pour les faire ressortir. On recherche ensuite les causes de la persistance de l'étranglement, et on y remédie. La conduite du chirurgien est souvent très-difficile et très-délicate dans de pareils cas. Les symptômes d'une péritonite ont été confondus avec ceux de l'étranglement : la paralysie de l'intestin, par suite de la pression qu'il a subie, ou les plicatures dont il est resté le siège, peuvent prolonger les accidents, amener une tympanite et la mort. La plus grande attention et une expérience éclairée sont les meilleures conditions de diagnostic et de succès.

*Suites de l'opération.* La péritonite est le danger le plus imminent de la kélotomie. Quelques chirurgiens voient, pour ainsi dire, tous leurs malades y succomber, parce qu'ils opèrent trop tard. Quand on a promptement recours au débridement, les guérisons sont nombreuses, et en suivant cette règle, on sauve la presque totalité des malades. Les saignées générales et locales, les applications émollientes, sont souvent utiles. Quand les selles se

rétablissent au bout de quelques heures, le pronostic est favorable ; tandis que la continuation de la constipation doit inspirer de sérieuses inquiétudes. On a dit que des évacuations abondantes, succédant immédiatement au débridement, sont de mauvais augure. Les praticiens sont partagés sur l'utilité des purgatifs. Nous nous sommes toujours bien trouvés de l'emploi de vingt à trente grammes d'huile de ricin à l'exemple de Boyer, administrés quatre ou six heures après l'opération, lorsqu'il n'y a pas eu de garde-ropes. L'immobilité, le relâchement des parois abdominales, les boissons adoucissantes, la diète et une température un peu élevée et constante sont dans les premiers moments des indications de rigueur. On voit quelquefois survenir un écoulement stercoral par la plaie, plusieurs jours après l'opération : il est dû à une perforation consécutive d'un point altéré de l'intestin, et constitue une fistule stercorale d'une durée plus ou moins grande et habituellement sans gravité en raison des adhérences développées qui s'opposent à un épanchement dans le péritoine. Cette complication montre quelle précaution on doit mettre dans l'examen de l'intestin avant de le réduire et quelle réserve on doit apporter dans le pronostic.

L'usage d'un bandage herniaire est nécessaire après la cicatrisation de la plaie. On fortifie ainsi les adhérences ; on favorise le rétrécissement de l'ouverture et du trajet de la hernie, et en prévenant la récurrence, on multiplie les chances d'une guérison radicale.

## HERNIE INGUINALE.

*Anatomie.* La région inguinale, où s'opèrent les diverses variétés des hernies de ce nom, représente un triangle limité en haut par une ligne fictive étendue horizontalement de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord externe du muscle droit ; en bas par le ligament de Fallope (arcade crurale, ligament de Poupart), et en dedans par le muscle droit lui-même.

Le canal inguinal, destiné au passage du cordon testiculaire chez l'homme, et du ligament rond chez la femme, est situé dans ce triangle, et offre à considérer un trajet et deux orifices, l'un interne et l'autre externe.

L'orifice interne, ou intra-abdominal, formé par l'ouverture du fascia transversalis, dans laquelle passe le canal déférent, correspond à une dépression du péritoine, située en dehors de l'artère épigastrique et désignée sous le nom de *fossette inguinale externe*.

L'orifice externe, ou anneau inguinal, est dû à l'écartement des fibres de l'aponévrose du muscle grand oblique, partagées en deux