

II. — Hernie inguinale étranglée.

Ce n'est pas ici le lieu de traiter du diagnostic différentiel de la hernie étranglée et de la hernie enflammée. Du reste, dans les deux cas, la principale indication est de réduire. De nombreux moyens ont été proposés pour obtenir ou au moins favoriser la réduction : bains, saignée, glace, compression, etc., etc.; je me bornerai à traiter ceux qui sont plus particulièrement du ressort de la médecine opératoire, savoir : 1° la *position*, parce qu'elle se rattache généralement au taxis; 2° le *taxis*; 3° et enfin, pour les hernies véritablement étranglées, l'*opération du débridement*.

1° *La position*. — En général, on place le malade de manière à relâcher à la fois les muscles de l'abdomen et l'ouverture par laquelle passe la hernie : c'est-à-dire couché sur le dos, les épaules et la tête soutenues par deux oreillers, le bassin élevé, et un traversin mis sous les genoux pour tenir les cuisses et les jambes fléchies. Mais une forte flexion, combinée avec une forte abduction de la cuisse, est le meilleur moyen d'élargir l'anneau inguinal; et c'est la position à laquelle on doit donner la préférence.

D'autres ont cherché à ramener les intestins dans le ventre par leur propre poids, en plaçant la masse intestinale dans une position déclive par rapport à la hernie.

Dalesme avait adopté le décubitus sur le côté sain.

A. Paré plaçait le malade la tête en bas et les fesses en haut. Ribes, pour mieux assurer cette position, pliait un matelas en double de telle sorte que le pli supérieur dépassât un peu le bord du pli inférieur, et que la surface du matelas décrivit un plan bien oblique. Le bassin était placé sur le milieu du matelas, et la tête au point le plus déclive, seulement avec un petit traversin au-dessous pour rendre la position moins fatigante.

Sharp dit avoir souvent réussi en suspendant le malade la tête en bas, avec les genoux pliés sur les épaules d'un homme fort et vigoureux. D'autres ont modifié cette position en laissant poser la tête et la poitrine sur un lit, au lieu de les suspendre en l'air. Quelques-uns pensaient favoriser la réduction en imprimant de temps à autre des secousses au malade.

Enfin, Winslow faisait appuyer le malade sur les coudes et les genoux, le ventre tourné en bas, et la tête penchée entre les bras.

On a quelquefois obtenu la réduction par la seule influence de la position de Sharp ou de Winslow, continuée dix à quinze minutes. Ribes ajoutait à la sienne une vessie remplie de glace, appliquée sur la hernie. Je pense qu'il ne s'agissait alors que de hernies légèrement enflammées; et, dans la grande majorité des cas, il est nécessaire de recourir au taxis.

2° *Le taxis*. — On peut pratiquer le taxis dans la plupart des positions indiquées; j'ai déjà dit celle que je préfère. On distingue d'ailleurs le *taxis ordinaire* et le *taxis forcé*.

Taxis ordinaire. — Les manœuvres ont été très variées.

Dionis prescrit simplement d'embrasser la tumeur avec les cinq doigts et de comprimer doucement.

Ledran le premier conseilla d'embrasser la hernie à sa racine, au dessous de l'anneau, avec deux ou trois doigts de la main gauche, et de *manier* le reste de la tumeur avec l'autre main, pour *amollir et délayer les matières endurcies*.

J.-L. Petit passait une main par-dessous la cuisse; ensuite, entourant l'anneau avec l'autre passée sous le ventre, il réunissait les deux mains pour investir et presser la tumeur dans toute son étendue, en recommandant surtout de comprimer doucement.

Goursaud, après avoir embrassé la tumeur entre les deux mains, la portait *en haut, en bas, la tournait en différents sens*, la tirait un peu à soi *comme pour allonger l'anse de l'intestin et procurer plus d'espace aux matières*; et enfin la comprimait latéralement, en cherchant à diriger les matières obliquement vers l'os iliaque.

Richter recommande d'embrasser la tumeur d'une main, de sorte que sa base soit dans la paume de la main; alors il la soulève et la presse du côté de l'anneau; et si cela ne réussit pas, il presse *dans toutes les directions possibles*. Il reproduit aussi la méthode de Goursaud, en ajoutant toutefois le conseil de presser fortement la tumeur, de la *pétrir* avec les doigts. Enfin, il en indique une autre qui a pour but de faire rentrer avant tout les parties serrées dans l'anneau; en conséquence, on porte un ou deux doigts près de l'anneau sur les côtés du sac herniaire, et l'on repousse en dedans les parties sous-jacentes, d'abord avec douceur, puis avec une force croissante; dès que la moindre portion est rentrée, le reste suit généralement de soi-même.

Voilà pour le XVIII^e siècle; sachons maintenant ce que le XIX^e y a ajouté.

Sabatier établit en règle générale qu'il faut varier l'impulsion selon les détours du trajet; et pour la hernie inguinale, par exemple, refouler la hernie *en haut et en dehors, dans la direction de l'anneau*. Boyer veut que l'on commence par faire rentrer la portion de l'intestin la plus voisine de l'anneau; Velpeau prescrit de réduire les premières, les parties qui sont sorties les dernières. Enfin, Seutin, s'attaquant à l'anneau inguinal même, y introduit le doigt indicateur en refoulant la peau du scrotum par-dessous le pédicule de la hernie, dilate et déchire cet anneau de manière à élargir pour les intestins la voie de retour.

Il y a dans tout cela des manœuvres empiriques et des préceptes théoriques. Les théories sont pour la plupart d'imagination pure, heureuses au moins quand elles sont inoffensives. Celle de Sabatier est dans ce cas. Comme il ignorait l'existence du canal, il s'occupe uniquement de franchir l'anneau; et, en réalité, une fois l'anneau franchi, nous n'avons plus prise sur la hernie; ou bien elle rentre d'elle-même, ou nous en sommes réduits à exercer une pression directe sur le canal, aussi peu en rapport avec sa direction qu'avec celle de l'orifice supérieur. L'idée de Boyer est spécieuse; mais il oubliait que l'un des côtés de l'anse intestinale peut avoir contracté des adhérences, et dès lors ne rentrera qu'après tout le reste. Celle de Velpeau serait meilleure encore, si l'on savait toujours distinguer les parties qui sont sorties les dernières. Goursaud, avant eux, croyait, en tirant sur la tumeur, *allonger l'anse de l'intestin et procurer plus d'espace aux matières*; ceci est une théorie pure; il est douteux d'abord qu'on ne fit pas ainsi plus de mal que de bien; mais, grâce au ciel, il est plus que douteux que l'on puisse y parvenir.

Du moins ces théories sont-elles inoffensives; il en est d'autres qui le sont beaucoup moins. La première est celle qui attribue la dureté de la hernie à la présence de *matières durcies*; c'est pour cela que Ledran recommandait de *manier* la tumeur, et Richter de la *pétrir* avec les doigts. Il ne saurait y avoir de matières durcies que dans les hernies du gros intestin, qui sont déjà excessivement rares; et dans ces hernies mêmes la présence de scybales dures est ce qu'il y a de plus rare au monde. Le *maniage* et le *pétrissage* d'une hernie étranglée n'aboutissent qu'à contondre et parfois à rompre l'intestin. Seutin, d'autre part, en déchirant l'anneau inguinal, est conduit par la vieille théorie qui attribuait l'étranglement à cet anneau. Or, dans l'état actuel de la science, il n'y a pas un seul fait positif à l'appui de cette théorie; la manœuvre de Seutin, pour détruire un étranglement imaginaire, aboutit à ce

résultat trop réel d'agrandir le passage de la hernie, et de la rendre ainsi plus volumineuse et plus difficile à contenir.

Notez que je ne parle ici que des hernies étranglées ou enflammées; dans les vieux épiploccèles irréductibles, il y a souvent un avantage réel à *pétrir* fortement la tumeur avec les doigts pour l'assouplir, et peut-être rompre les adhérences; alors même, si l'anneau inguinal est très-étroit, on peut l'agrandir un peu avec le doigt pour faciliter le passage; mais c'est une ressource extrême et dont il ne faut user qu'en cas d'absolue nécessité.

Revenant maintenant aux manœuvres empiriques, il importe, pour les apprécier, de se faire une juste idée du mécanisme de la réduction. L'intestin enflammé ou étranglé n'est d'abord irréductible que parce qu'il est rempli par des liquides ou par des gaz, et principalement par des gaz, pour peu que la hernie ait du volume. Le gargouillement qui annonce la réduction provient essentiellement de la rentrée des gaz, avant que l'intestin ait bougé de place; une pression douce, exercée sur tous les points de la tumeur, a pour effet d'expulser ces gaz par la seule issue qu'ils trouvent libre. Les manœuvres de Dionis et de J.-L. Petit sont à cet égard éminemment rationnelles; les mouvements en haut, en bas, et les *rotations* de Goursaud sont absurdes. Seulement, il faut laisser le passage libre, et pour cela ne pas pousser directement la masse de la hernie contre l'anneau, qu'elle bougerait; c'est pourquoi j'approuve complètement l'emploi des doigts de la main gauche, conseillé par Ledran, pour effiler le pédicule de la hernie, et disposer en quelque façon le sac herniaire en entonnoir. Quelquefois enfin, quand la hernie contient de l'épiploon, il est utile de refouler en dedans les parties situées tout près de l'anneau, à la manière de Richter. On comprend que les autres pressions agissent beaucoup moins favorablement sur l'épiploon que sur l'intestin.

Ainsi, pression égale et continue, effilement du pédicule, refoulement de l'épiploon voisin de l'anneau, tels sont les éléments du taxis rationnel, Je l'exerce fréquemment avec succès de la manière suivante :

Debout à côté du malade, et tournant le dos à la figure, j'embrasse la hernie avec la main droite, le poignet appuyé au-dessus de l'anneau, les doigts repliés sous le scrotum; et je comprime ainsi graduellement en ramenant la hernie vers l'anneau, sans autre manœuvre.

Lorsque la hernie est très-petite, *marronnée*, comme on dit, mais encore en dehors de l'anneau, on presse dessus avec la pulpe des doigts; mais l'étranglement siégeant alors presque tou-

jours au collet du sac, au niveau de l'orifice interne, il ne faut pas beaucoup insister, la réduction étant à peu près impossible.

Quand la hernie étranglée est interstitielle, toute la manœuvre se réduit à presser sur le canal inguinal. Je ne sache pas qu'on ait jamais obtenu de réduction.

En général, le taxis ne doit pas être prolongé au delà de vingt à trente minutes; la règle la plus générale est de ne pas exercer de pression excessive, et, comme dit A. Cooper, d'attendre le succès plutôt de la persévérance de la pression que de la violence. Toutefois une doctrine contraire a cherché à prévaloir, et demande que nous en disions quelques mots.

Taxis forcé. — Amussat disait avoir reçu de Lallement, chirurgien de la Salpêtrière, l'idée de prolonger le taxis fort au delà des bornes généralement établies. Non seulement il l'exerçait d'une manière continue pendant deux, trois, quatre heures et plus; mais afin d'accroître graduellement la force de pression, il s'associait un ou plusieurs aides, de manière à comprimer la tumeur avec deux, quatre ou six mains en même temps.

Lisfranc, partisan du taxis forcé, avait vu deux fois l'intestin rompu et une mort prompte arriver par l'épanchement des matières dans le ventre; et sans renoncer à sa pratique, afin d'en atténuer les périls, il était arrivé à poser cette règle absurde, de ne pas tenter le taxis passé le quatrième jour.

Gosselin a suivi plus récemment ces exemples, mais avec plus de réserve encore; il n'applique pas plus de quatre mains à la fois sur la hernie; ne prolonge pas le taxis au delà de trente à cinquante minutes, et ne le tente pas, pour les hernies inguinales, au delà du troisième jour. Sur dix-neuf hernies inguinales traitées dans ces conditions, il n'a échoué que deux fois.

Ce que je reproche par-dessus tout au taxis forcé, c'est d'être resté jusqu'à ce jour une ressource empirique et aveugle, tempérée tour à tour par la limite non moins aveugle et empirique du quatrième et du troisième jour. On ne distingue pas l'étranglement excessif des hernies marronnées de l'étranglement beaucoup moins serré des hernies plus volumineuses; on ne fait pas même la différence des vrais et des faux étranglements. Sur les dix-sept succès de Gosselin, j'ose dire qu'il y avait plus d'un étranglement faux; et nous verrons pour les hernies crurales, où les vrais étranglements prédominent, que les résultats ont été beaucoup

moins satisfaisants. Du reste, même au point de vue empirique, j'engage les jeunes chirurgiens à méditer sur ce simple fait historique. Le taxis forcé d'Amussat, malgré ses succès, a fini par faire peur à Lisfranc; le taxis forcé de Lisfranc a fait peur à Gosselin; et en ce moment, le taxis forcé de Gosselin fait encore peur à l'immense majorité des chirurgiens.

Le taxis forcé est une méthode qui donne des résultats déplorables, que nous ne sommes que trop souvent appelés à constater. Certes, entre les mains d'un chirurgien de la valeur de Gosselin, ce moyen perd une bonne partie de ses dangers, mais cette proposition a laissé croire aux praticiens qu'avec de la force et de l'insistance, on pouvait arriver à réduire les hernies irréductibles. Intestins contus, déchirés par une trop forte pression, vitalité compromise et gangrène par une malaxation trop énergique et trop prolongée, réduction en masse du sac et de l'intestin étranglé, tels sont les résultats trop fréquents du taxis forcé.

Taxis par la bande de caoutchouc. — Maissonneuve a eu l'idée de comprimer la hernie au moyen d'une bande de caoutchouc avec laquelle on applique un spica de l'aîne, et qui entoure circulairement la hernie lorsque sa forme rend cette manœuvre possible. C'est un moyen aveugle, mais qui, employé avec douceur et sagesse, peut, par un mécanisme sur lequel je reviendrai plus loin, donner de bons résultats, en évitant au chirurgien une grande partie de la fatigue que cause le taxis; mais c'est un moyen le plus souvent dangereux et détestable, car une compression forte exercée avec une bande de caoutchouc atteint rapidement une énergie qui compromet la vitalité de l'intestin et même de la peau, et peut amener la rupture de l'anse herniée. J'ai eu l'occasion d'observer dans un hôpital de province un pareil résultat: la hernie serotale, des plus volumineuses, était sphacélée et infiltrée de gaz, lorsque le chirurgien enleva devant moi la bande de caoutchouc pour me demander mon avis sur l'utilité de l'opération de la hernie étranglée. La pression avec des objets pesants, tels que des sachets remplis de plomb, est tout aussi dangereuse et beaucoup plus illogique.

Ponction et aspiration. — L'invention de la seringue aspiratrice a donné l'idée de pratiquer une ponction de la hernie pour en retirer les gaz. C'est une méthode inutile et dangereuse. Inutile, car, lorsqu'on ne peut faire rentrer les gaz et les matières liquides par le moyen que j'indiquerai plus loin, on peut affirmer que l'obstacle à la rentrée de l'intestin ne tient ni à ces gaz ni à

ces liquides, mais à l'étranglement ou à des adhérences, et la réduction de l'intestin ne s'opérera pas même lorsqu'on l'aura vidé par la ponction. De plus, il ne peut être que périlleux de faire à l'intestin sur lequel on devra exercer le taxis, une plaie, quelque petite qu'elle soit. Si la ponction a donné des succès dans la hernie étranglée, ces succès auraient pu être obtenus par un taxis bien fait.

Comment doit se faire le taxis. — J'ai vu si souvent le taxis pratiqué d'une manière illogique, même par des chirurgiens éminents, qu'il me paraît utile d'insister sur la manière dont on doit procéder. Presque toujours, aussitôt après avoir établi son diagnostic, le chirurgien commence le taxis proprement dit, c'est-à-dire qu'il cherche à refouler l'intestin dans le ventre. C'est une erreur. Si on proposait à un chirurgien de faire passer une vessie de porc pleine d'eau à travers une bague, il commencerait par la vider, en pressant sur elle jusqu'à ce que tout le liquide fût sorti par le petit orifice de l'urèthre, et c'est seulement alors qu'il chercherait à accomplir une manœuvre devenue facile. Il en est de même pour l'intestin. On ne peut faire repasser à travers un anneau étroit un intestin qui renferme des gaz ou des matières liquides, il faut tout d'abord le vider de son contenu. Il n'est pas besoin pour cela de la ponction. Il faut saisir la hernie entre les doigts des deux mains, effiler d'une main la partie qui avoisine l'anneau, pour ne pas produire le phénomène du trou de la carte dans l'expérience d'O'Beirn, et presser de l'autre sur la hernie, qu'on embrasse à pleine main, *mais sans faire aucun mouvement de refoulement*. Cette pression, semblable à celle qu'exercerait la bande de caoutchouc, a pour but et pour effet de faire repasser lentement à travers la petite ouverture correspondant à l'anneau constricteur le contenu de l'intestin. Lorsque la partie voisine de l'anneau, lorsque la partie sortie la dernière a été vidée, quelques mouvements de malaxation font passer dans la partie qu'on vient de vider le contenu des parties plus éloignées, et l'on continue ainsi la pression. Ce n'est qu'après cette évacuation qu'il faut essayer les mouvements de refoulement de la manière indiquée plus haut. Si cette évacuation préalable n'a pu avoir lieu, on peut être assuré que le taxis ne réussira pas, comme on s'en convaincra du reste facilement, et cette réduction du volume par évacuation du contenu de la hernie n'est impossible que si l'anneau constricteur est tellement étroit, que l'intestin s'y trouve fortement serré; dans ce cas, l'intestin ne franchira pas un orifice que n'ont pu franchir des liquides et des gaz. Le débridement est

alors nécessaire. D'autres fois, l'évacuation a lieu, mais l'intestin, quoique vide, ne peut être réduit, il y a probablement alors, outre l'étranglement, des adhérences de l'intestin au sac, et là encore l'opération est nécessaire. En résumé, non pas pour les grosses hernies enflammées dont la thérapeutique est toute différente, mais pour les hernies étranglées, pratiquer le taxis de la manière que je viens d'indiquer, s'aider de la position renversée du malade à la manière de Sharp, s'abstenir surtout de l'absurde pratique des purgatifs, ne pas remettre au lendemain, et si l'on ne peut réduire, opérer de suite, telle doit être la règle.

3° *De l'opération du débridement.* — Cette opération consiste à mettre à nu l'anneau, quel qu'il soit, qui opère l'étranglement, et à le diviser pour faire ensuite rentrer la hernie. La première chose à reconnaître est donc le siège de l'étranglement.

Quand la hernie suit son trajet ordinaire, l'étranglement est toujours au collet du sac. Généralement ce collet se trouve au niveau de l'orifice supérieur; quelquefois, par les progrès de la hernie, il est descendu au niveau de l'anneau inguinal, ou même plus bas; quelquefois enfin, lorsqu'il est ainsi descendu, il s'en forme un autre supérieurement; il y a ainsi deux collets, rarement davantage. Mais quand la hernie s'est échappée par une éraillure du fascia transversalis, l'étranglement peut être opéré par cette éraillure; et peut-être aussi quelquefois par une éraillure semblable de l'aponévrose du grand oblique, que la hernie aura traversée au lieu de l'anneau inguinal.

La hernie ordinaire est logée dans l'enveloppe fibreuse que le fascia transversalis fournit au cordon. En général, le canal déférent et les vaisseaux sanguins restent en arrière de la hernie, sauf la petite artériole du crémaster; et la division de l'enveloppe fibreuse se fait sans aucune crainte. Mais quelquefois les vaisseaux du cordon sont dissociés et éparpillés; et alors il faut prendre garde de rencontrer sous le bistouri soit le canal déférent, soit l'artère spermatique. Dans la hernie directe, qui se fait jour par une ouverture anormale du fascia transversalis, le cordon tout entier est en dehors du sac herniaire, et il est facile de le ménager.

Les couches les plus extérieures à traverser pour arriver sur le sac varient selon le lieu de la section. Quand l'incision se fait au-dessous de l'anneau inguinal, depuis cet anneau jusqu'au fond du scrotum, on n'a à diviser que la peau, le fascia superficialis, le dartos, le crémaster, et, le cas échéant, l'enveloppe fibreuse du cordon. On risque de blesser les artères honteuses externes et la

crémastérique; mais généralement elles sont si petites, qu'on n'a pas même besoin de l'lier. Au-dessus de l'anneau, on a à diviser en outre l'aponévrose du grand oblique, et parfois quelques fibres musculaires de l'oblique interne et du transverse. Là, d'ailleurs, pas d'autres vaisseaux que la tégumentouse abdominale dans les couches sous-cutanées, et la crémastérique immédiatement au-dessus du cordon. Mais quand il s'agit de débrider l'orifice supérieur du canal, là existe une artère qui a fait longtemps l'effroi des chirurgiens; c'est l'artère épigastrique, logée derrière le fascia

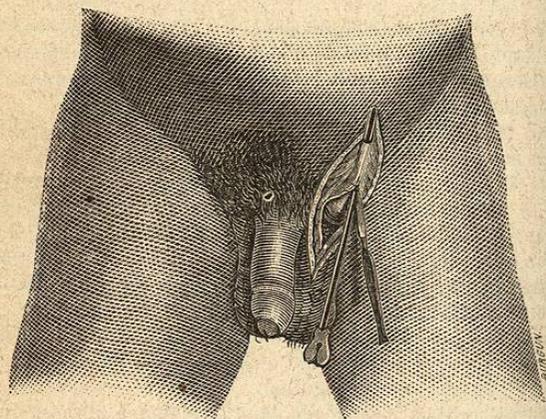


FIG. 592.

Opération de la hernie étranglée.

transversalis, dans la couche celluleuse sous-péritonéale. Cette artère monte obliquement en dedans de l'orifice supérieur, décrivant une espèce d'anse à concavité supérieure sur laquelle passe le cordon spermatique. Quand la hernie est oblique et descend dans le cordon, l'artère est donc au-dessous et en dedans: on peut débrider au-dessus et en dehors sans rien craindre. Mais si la hernie s'est faite directement à travers une éraillure du fascia transversalis, l'artère est au-dessus et en dehors, et serait presque inévitablement coupée par le débridement ordinaire, il est vrai que dans ce cas, si l'opération a été faite comme il convient, on peut constater avant de pratiquer le débridement si la hernie a suivi une voie anormale.

Dans les éditions antérieures de ce livre, Malgaigne s'élevait avec force contre le procédé suivi il y a trente ans pour pratiquer le débridement. En effet, à cette époque, la plupart des chirurgiens mettaient à découvert la hernie dans toute son étendue extérieure, mais ne prolongeaient pas l'incision précisément au point où il est le plus nécessaire de bien voir l'état des choses, c'est-à-dire au niveau de l'étranglement. Malgaigne a montré que c'était ce point qui devait être le centre de l'incision; mais d'un autre côté, il allait trop loin en ne conseillant qu'une incision de 2 à 3 centimètres. Il est bon en effet de mettre à découvert l'intestin hernié pour bien s'assurer de son état et de l'absence d'adhérences. Les préceptes de Malgaigne sont aujourd'hui suivis par tous et il me paraît inutile de reproduire pour la critiquer une pratique généralement abandonnée; je puis donc me contenter de décrire l'opération telle qu'elle doit être faite. Le malade couché sur le dos, les parties où doit être pratiquée l'opération ayant été préalablement rasées, le chirurgien pratique sur le lieu où siège l'étranglement une incision de 5 à 6 centimètres qu'on prolonge plus ou moins suivant l'embonpoint du sujet. En général on fait faire à la peau un pli transversal, dont l'aide tient une des extrémités, et de cette façon l'incision verticale de la peau est faite d'un seul coup sans qu'on ait rien à craindre pour les parties profondes. On continue la dissection avec précaution, soit d'après les règles ordinaires des incisions, soit en coupant les tissus sur la sonde cannelée. Arrivé à l'aponévrose du grand oblique, on la divise en disséquant avec précaution, on coupe ou on refoule le bord inférieur du petit oblique et du transverse et l'on met le cordon ou le sac à découvert. Si le sac est logé dans le cordon dissocié, on ouvre avec précaution l'enveloppe fibreuse du cordon, on regarde avec soin si quelques vaisseaux rampent sur le sac, auquel cas on les écarte et l'on met le sac et le péritoine bien à nu à un centimètre au-dessus et à un centimètre au-dessous de l'étranglement. On aperçoit alors au grand jour la rainure circulaire creusée par l'étranglement, on reconnaît qu'il est opéré par le collet du sac. On peut alors diviser le collet à petits coups, de dehors en dedans, comme le conseille Malgaigne; mais il est mieux à ce moment d'ouvrir largement le sac, ce qui permet d'examiner l'état de l'intestin et d'opérer le débridement avec plus de sécurité en agissant de dedans en dehors. On introduit avec les plus grandes précautions entre le sac et l'intestin une sonde cannelée et c'est sur elle qu'on divise le collet du sac. Si la hernie, au lieu d'être logée dans le cordon, sort plus en dedans de lui, comme on a toutes les

parties sous les yeux on constate facilement ces rapports. On reconnaît donc l'orifice supérieur qui laisse passer le cordon; à son côté interne, on peut voir ou sentir battre l'artère épigastrique; plus en dedans s'aperçoit le trou de *fascia transversalis* qui a laissé passer et qui étrangle la hernie. On peut, dans ce cas, débrider sans ouvrir le sac, et si on ne croit pas avoir rien à craindre quant à l'état de l'intestin, on réduit la hernie sans avoir mis les intestins à découvert. Je dois dire toutefois que les occasions d'agir ainsi sont assez rares, car je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de suivre cette pratique, et le plus souvent, presque toujours même, l'étranglement est au collet du sac et c'est le collet qu'il faut débrider; nous verrons qu'il en est tout autrement pour la hernie crurale.

Il nous faut maintenant parler des complications, qui peuvent être: l'ulcération, la gangrène, la perforation, les adhérences de l'intestin et ce que nous aurons à dire s'appliquera également aux hernies crurales étranglées. Dans la pratique généralement suivie il y a peu d'années encore, toutes les fois qu'il y avait gangrène, ou seulement menace de gangrène, perforation, même très petite de l'intestin, la règle était de ne pas opérer la réduction des parties malades et de laisser se produire une fistule stercorale ou un anus anormal. Depuis une quinzaine d'années d'autres idées ont été défendues et ont amené à réduire l'intestin après l'avoir suturé ou même après l'avoir réséqué. C'est une question que nous devons examiner. Voyons d'abord ce qui concerne les petites perforations.

Nous devons tout d'abord distinguer deux cas: les perforations accidentelles, très petites, dues à un accident opératoire pendant le débridement, ou pendant la destruction de quelques adhérences; et celles qui sont dues à l'ulcération d'un point de l'intestin. Dans le premier cas l'intestin est relativement sain et dans des conditions qui permettent de compter sur la réussite de la suture, on est donc autorisé à fermer la plaie par la suture et à réduire l'intestin, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'autre complication. Le second cas, surtout, a préoccupé les chirurgiens. Il comprend les faits dans lesquels une petite perforation par ulcération ou gangrène limitée s'est faite spontanément sous l'influence de l'étranglement. Lawrence avait proposé, en s'appuyant sur une observation de hernie crurale, de réduire, sans même faire de suture, l'intestin présentant de petites perforations; Velpeau avait suivi quelque temps cette pratique; mais des exemples trop nombreux sont venus en démontrer tout le danger et elle est aujourd'hui universellement condamnée. Deux ou plutôt trois

autres pratiques sont en présence: 1° passer un fil au travers des lèvres de l'ulcération afin de retenir celle-ci en rapport avec la plaie, tandis qu'on fait rentrer tout le reste. C'est le conseil de Malgaigne. Dans ce cas le fil n'agit que comme un lien et non comme suture et l'on a grande chance de voir survenir une fistule stercorale; 2° faire la suture avec ou sans avivement ou résection des bords de l'ulcération et réduire l'intestin; 3° faire la suture et s'abstenir de la réduction. Il est un point sur lequel on peut être facilement d'accord, c'est l'utilité de la suture, et il ne faut pas hésiter à la pratiquer. Quant à la réduction, malgré les observations favorables réunies par Barette, je trouve plus prudent de ne pas la faire et il me paraît préférable de maintenir pour quelques jours les fils au niveau de la plaie cutanée qu'on ne ferme pas complètement. Si la suture échoue, mieux vaut une fistule stercorale qu'un épanchement intra-péritonéal; si elle réussit, une fois la chute du fil effectuée, l'intestin se réduira facilement car les adhérences sont peu probables. Je préfère ce parti comme plus prudent, bien qu'on puisse objecter que l'action même de retenir l'intestin immobile dans la plaie puisse amener un tiraillement défavorable au succès de la suture. Du reste on ne peut poser ici de règle absolue; si la perforation est petite, si le reste de l'intestin est sain on pourra être autorisé à réduire; mais comme une perforation spontanée suppose presque toujours l'altération assez étendue de l'intestin, de mauvaises conditions pour la réunion, la présomption est du côté de la non réunion. Au lieu de faire la suture A. Cooper, Laugier, Tatum, Rivière ont fait avec succès une ligature latérale en faisant à l'intestin un pli comprenant la perforation.

La gangrène de l'intestin était il y a peu de temps encore regardée comme une indication formelle de ne pas réduire la hernie et d'attendre la formation d'un anus contre nature. Aujourd'hui quelques chirurgiens préconisent la résection et réduction de l'intestin suturé. Cette pratique n'est pas nouvelle. Ramdohr en 1727 réséqua deux pieds d'intestin gangrené dans une hernie inguinale étranglée, invagina les deux bouts, fit la suture et réduisit. Le malade guérit. De 1727 à 1794 nous ne retrouvons que sept observations analogues dues à Remond, Duverger, Schmidt, Nollson, Vincent, Nayler, et de 1806 à 1836 six autres cas d'A. Cooper (deux cas) Molwitz, Steinmetz (deux cas), Dieffembach; puis l'opération paraît abandonnée non seulement à cause de ses dangers, mais aussi sous l'influence des progrès que Dupuytrén fit faire à la thérapeutique de l'anus contre nature. Depuis 1875 au contraire, sous l'influence des idées qui ont poussé les chirurgiens à recourir aux opérations