

toutes les fois qu'elles pouvaient paraître non pas mauvaises, mais seulement justifiées, les observations se sont multipliées et Barette dans son travail en rapporte 36 pour la période s'étendant de 1875 à 1883.

L'opération en elle-même est assez simple. On attire au dehors l'intestin de manière à mettre à découvert les parties restées saines au delà de la portion gangrenée. On retranche par deux incisions perpendiculaires toute la partie gangrenée et s'il y a lieu on excise une portion triangulaire du mésentère. Cela fait, on réunit par la suture les deux bouts supérieur et inférieur et la suture faite on réduit l'intestin dans le ventre.

Quel a été le résultat de ces 36 opérations? 20 des opérés sont morts, 16 ont guéri dont un avec anus contre nature; c'est donc une mortalité de 55 p. 100, alors qu'il s'agit d'une statistique forcément mitigée par la non-publication plus que probable de beaucoup de cas malheureux. Cela seul suffirait pour condamner l'opération; mais il y a d'autres raisons. D'abord un traumatisme chirurgical infligé à un intestin déjà irrité par l'étranglement et à un malade déprimé par les phénomènes nerveux réactionnels accompagnant la hernie étranglée n'est pas sans avoir une gravité exceptionnelle. Au contraire, la formation d'un anus anormal, lorsque l'étranglement a été levé et qu'il n'y a d'autre processus pathologique que l'élimination d'une anse intestinale gangrenée, se fait sans péril pour le malade.

Il n'y a donc d'autre avantage que de lui éviter l'inconvénient d'un anus anormal. Mais cet anus anormal peut se limiter à une fistule stercorale qui elle-même peut se guérir spontanément, et s'il faut plus tard recourir à l'entérotomie et aux opérations plastiques pour guérir l'anus contre nature, le danger n'est pas à comparer avec celui de la résection, de la suture et de la réduction. Ici en effet on joue à pile ou face la vie du malade. Si la suture tient, c'est la guérison et un beau succès; si elle cède, c'est l'épanchement stercoral intra-abdominal et la mort. Pour ma part, je n'hésite pas, je continue à suivre les préceptes qu'une longue expérience clinique a inspirés à nos maîtres. Faire autrement n'est pas toujours faire mieux et le nouveau n'est pas toujours synonyme de progrès.

L'épiploon gangrené doit être réséqué ou du moins retenu à l'extérieur; c'est une loi qui n'est pas contestée; mais, lorsqu'il paraît sain, les chirurgiens sont en dissidence. Malgaigne a commencé par le réduire et a d'abord réussi; puis sont venus les revers, et l'épiploon jugé sain s'est enflammé et même parfois gangrené dans le ventre. Il y a peu à gagner, il y a tout à perdre

à le réduire; donc, on doit se faire une règle générale de le laisser au dehors ou de le réséquer.

Une complication également embarrassante est la présence d'adhérences. Celles de l'épiploon, récentes ou anciennes, ne font nulle difficulté. On les dissocie avec précaution, en se servant du doigt ou du bistouri, pour s'assurer qu'il n'y a pas d'intestin inclus dans la masse épiploïque; on dissèque les adhérences de l'épiploon au sac et l'on résèque l'épiploon d'abord, le sac ensuite pour tenter ce que l'on appelle la cure radicale.

Mais ce qui importe ce sont les adhérences de l'intestin, soit qu'elles réunissent les deux parties de l'anse accolées l'une à l'autre, ou des anses entre elles, soit qu'elles unissent l'intestin au sac ou à l'épiploon.

Au point de vue pratique elles se montrent sous trois formes : des exsudats mous, sans organisation, qu'on sépare facilement avec le doigt; d'autres ayant subi déjà un commencement d'organisation permettant également de libérer l'intestin avec le doigt ou la sonde cannelée, mais laissant suinter un peu de sang. Dans l'un ou l'autre cas on détruit facilement ces adhérences, sans danger pour l'intestin, et l'on est autorisé à réduire. Mais, parfois les adhérences sont très solides, tout à fait organisées et on ne pourrait libérer l'intestin que par la dissection. Si on cherche à les détruire, on risque, comme cela est arrivé à Jobert, à Michon et à Trélat, de déchirer l'intestin, et si, après suture, les opérés ont guéri, la blessure n'en était pas moins une sérieuse complication. D'après le travail de Barette dix-neuf cas d'adhérences traitées par la dissection et la réduction auraient donné dix-sept guérisons et seulement deux morts. Mais, quand on analyse les observations, on voit que les conclusions chiffrées doivent être fort modifiées. Il faut d'abord retrancher quatre cas de Bourguet, Trélat, Mongeot, A Cooper dans lesquels il y a eu non pas dissection, mais simple décollement d'adhérences molles; on doit même y ajouter le cas de Foryer dans lequel il n'y avait que des adhérences membranueuses. On doit retrancher celui de Garengot, puisque la dissection a dû être abandonnée comme impossible, ceux d'A. Cooper et de Bourguet dans lesquels la réduction n'a pas été faite. Il ne reste donc que les dix observations publiées par Dionis, Richer, Scarpa, Jobert, Michon, Broca, Labbé, Trélat et Bell; mais ce petit nombre de faits heureux publiés ne suffit pas pour juger une question aussi délicate de pratique.

C'est au chirurgien à prendre conseil des circonstances et sa conduite devra varier avec la fermeté et l'étendue des adhérences. Si elles sont peu étendues, et portant sur une partie de l'intestin

non ramollie par l'inflammation, la dissection et la réduction pourront être tentées. Si elles sont larges, résistantes et comme dans les cas de Garengoet, Arnaud, J.-L. Petit, Dionis étendues à une grande partie de la hernie, il vaut mieux les respecter, opérer le débridement et attendre. Il pourra se faire comme dans les cas de J.-L. Petit et de Merger un anus contre nature qui se guérira spontanément, mais devrait-on intervenir plus tard pour le guérir, mieux vaut encore cela que de réduire dans le ventre une anse intestinale déchirée et suturée et même un intestin que la dissection des adhérences a disposé à l'inflammation et à de nouvelles adhérences intra-abdominales prédisposant à l'étranglement interne.

III. — Hernie crurale.

Anatomie chirurgicale. — L'anneau crural, qui livre passage à la plupart des hernies du même nom, est une ouverture triangulaire circonscrite en haut et en avant par le ligament de Fallope, en bas et en arrière par le pubis, en dehors par le *fascia iliaca* recouvrant les muscles psoas et iliaque; l'angle interne, le seul qui mérite d'être noté, est occupé par le ligament de Gimbernat. Sa largeur est sujette à varier; toutes les parties étant en repos, sur un homme bien constitué, Malgaigne l'a trouvée d'environ 3 centimètres; en écartant le *fascia iliaca* en dehors, chose très-facile, elle allait à 5 centimètres. Par cet anneau passent l'artère et la veine crurales, situées en dehors et un peu en arrière; le reste de l'espace est occupé par du tissu cellulaire, des lymphatiques, et quelquefois un ganglion. Mais l'anneau est fermé du côté de l'abdomen par une lame fibreuse, dite *septum crural*, sur lequel reposent le *fascia propria* et le péritoine (fig. 582 et 593).

A l'anneau crural fait suite le canal crural, formé en dehors par le *fascia iliaca*, en arrière par l'aponévrose du pectiné, en avant par l'aponévrose *fascia lata*, mince et criblée de trous en dedans, où elle prend le nom de *fascia cribriforme*; on donne pour orifice inférieur au canal l'ouverture par laquelle passe la veine saphène.

La hernie crurale descend généralement par l'anneau, se prolonge plus ou moins loin dans le canal, jusqu'à sortir quelquefois par l'ouverture de la veine saphène; mais le plus souvent elle se fraie un passage par un des trous du *fascia cribriforme*, un peu

au-dessous du ligament de Gimbernat. Dans quelques cas rares, elle passe à travers une ouverture de ce ligament même. Enfin lorsqu'elle est arrivée sous la peau, fréquemment elle remonte en avant du ligament de Fallope, au point de simuler quelquefois une

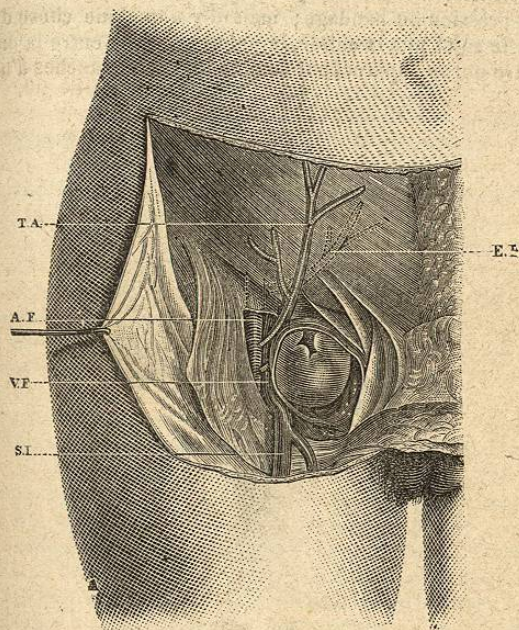


Fig. 593.

RAPPORTS DE LA HERNIE CRURALE.

A.T. artère et veine tégument. abdominales. — A.F. artère fémorale. — V.F. veine fémorale. — S.I. saphène interne.

hernie inguinale. Ceci suffira pour ce que nous avons à dire de la hernie simple.

I. HERNIE SIMPLE. — Elle réclame l'application d'un bandage, consistant généralement en un ressort analogue à celui de la hernie inguinale, si ce n'est que son extrémité antérieure est fortement