

main si heureuse de Boyer. On a vu de plus l'intestin blessé par le bistouri; et ce qui est plus triste, plus d'une fois, après avoir débridé au hasard, on a laissé l'étranglement intact: A. Cooper en rapporte deux exemples, et Dupuytren en citait un autre dont la responsabilité lui revenait en partie, puisqu'il avait aidé à pratiquer l'opération.

Je l'avouerai, je ne saurais comprendre qu'un procédé si informe soit encore présenté par des auteurs tout récents comme l'expression de la science actuelle. J'ai décrit dès 1842 le procédé qu'on va lire, et qui rend l'opération du débridement pour la hernie inguinale aussi facile et aussi sûre qu'elle l'était peu auparavant.

Procédé de l'auteur. — Après avoir reconnu le siège de l'étranglement, je pratique sur le lieu même une incision que je prolonge au-dessus et au-dessous dans l'étendue qu'exige l'embonpoint du sujet. Supposé, par exemple, que l'étranglement siège au niveau de l'orifice supérieur du canal, je fais sur ce point une incision qui, chez les sujets d'un médiocre embonpoint, ne dépasse pas 2 à 3 centimètres, répondant par son centre à l'étranglement même, et par sa direction à celle de la hernie ou du canal. Je divise la peau avec un bistouri droit, d'après les règles des incisions ordinaires; arrivé à l'aponévrose du grand oblique, je la divise à petits coups, avec la pointe, comme en disséquant. Je coupe de même les fibres du petit oblique et du transverse, de façon à mettre le cordon ou le sac à découvert. Si le sac est logé dans le cordon, j'ouvre avec précaution l'enveloppe fibreuse de celui-ci; je regarde avec soin si quelques vaisseaux rampent sur le sac, auquel cas je les écarte; et je mets 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 celui-ci; on reconnaît avec toute évidence qu'il est opéré par le collet du sac, et la transparence du péritoine permet déjà d'observer l'état de l'intestin. Je divise alors le collet à petits coups, de dehors en dedans; si la striction trop forte laisse craindre que la pointe du bistouri ne blesse l'intestin, je fais une petite incision soit au péritoine au-dessus, soit au sac au-dessous du collet, et passant sous celui-ci une sonde cannelée, je le divise sur la sonde avec toute facilité.

Si la hernie, au lieu d'être logée dans le cordon, sort plus en dedans que lui, comme on a toutes les parties sous les yeux, rien de si simple que de constater 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 du fascia transversalis qui a laissé passer et qui étrangle

la hernie. On débride le trou sans ouvrir le sac; et si rien ne s'y oppose, on réduit la hernie sans avoir mis les intestins à découvert.

Quant au pansement, j'ai essayé de réunir la plaie extérieure par suture, et j'ai quelquefois obtenu la guérison complète en trois jours. Mais dans un cas malheureux, sous la suture s'est développée une inflammation qui a gagné la fosse iliaque; une effroyable suppuration est arrivée et a emporté mon malade; depuis lors je préfère panser la plaie au moins en partie à plat. Ses dimensions fort restreintes font d'ailleurs que la guérison n'en est pas beaucoup retardée.

Tel est le procédé que, depuis longues années déjà, j'ai adopté d'une manière générale. Avant toutes choses, il permet au chirurgien de voir ce qu'il fait, et d'éviter à coup sûr la lésion des intestins, des vaisseaux du cordon, de l'artère épigastrique; il conduit sur l'étranglement par le plus court chemin et avec la moindre incision possible; enfin, il respecte le scrotum et le sac, et évite la suppuration et la cicatrisation d'une plaie tout à fait inutile. Je n'ai pas encore vu la suppuration se faire dans le sac depuis que je suis ce procédé. Dans un cas de hernie scrotale assez volumineuse, le sac, que j'avais respecté tout en ouvrant son collet, se remplit les premiers jours d'une certaine quantité de liquide, qui se résorba à mesure que l'inflammation de la plaie supérieure se calma; et l'opéré guérit sans accidents.

Il importe d'ajouter que M. Luke a essayé de détruire l'étranglement déterminé par le collet, sans ouvrir le sac. Le collet mis à nu, il l'incise ou plutôt le scarifie en deux ou trois points, de manière à l'amincir et à lui permettre de se dilater. Sans doute on ne saurait toujours limiter ces incisions à l'extérieur, et le sac peut être ouvert involontairement; d'autres fois, le collet a été tellement aminci, qu'il se rompt au moindre effort de réduction; mais on en est quitte pour retomber dans le débridement ordinaire; et au total, M. Luke dit avoir réussi 5 fois sur 45, ce qui est fort encourageant.

Quelques mots maintenant sur les complications. Si l'intestin est ulcéré, on passe un fil à travers les lèvres de l'ulcération, afin de retenir celle-ci en rapport avec la plaie extérieure, tandis qu'on fait rentrer tout le reste. Si l'anse intestinale paraît frappée de gangrène, on s'abstient de toute réduction. L'épiploon gangrené doit être retenu à l'extérieur; c'est une loi qui n'est pas contestée; mais lorsqu'il paraît sain, les chirurgiens sont en dissidence. Pour moi,

j'ai commencé par le réduire, et j'ai d'abord réussi; puis sont venus les revers, et l'épiploon que j'avais jugé sain s'est enflammé et gangrené dans le ventre. Il y a peu à gagner, il y a tout à perdre à le réduire; je me suis donc fait une règle générale de le laisser au dehors.

Une complication qui serait plus embarrassante d'après les livres, serait la présence d'adhérences. Les adhérences de l'épiploon, récentes ou anciennes, ne font nulle difficulté; l'épiploon devant dans tous les cas rester en dehors de l'abdomen, on n'a pas besoin d'y toucher. L'intestin paraît quelquefois adhérent au sac ou à l'épiploon par des tractus fibreux ou de lymphes plastique; on l'en sépare avec le doigt. S'il avait contracté des adhérences anciennes et solides, ce que je n'ai jamais vu dans une hernie véritablement étranglée, le chirurgien prendrait conseil des circonstances; mais j'estime qu'on devrait respecter ces vieilles adhérences, et se contenter d'avoir détruit l'étranglement sans faire rentrer l'intestin.

Il resterait à établir le degré de gravité de l'opération, par la proportion de la mortalité; mais comme dans les statistiques on réunit indistinctement toutes les hernies, j'y reviendrai à l'occasion de la hernie crurale; et là aussi je mettrai en regard les résultats fournis par le débridement avec ou sans ouverture du sac.

3° 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 en repos, sur un homme bien constitué, je l'ai 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.

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 fraye 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 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 coudée pour arriver au pli de l'aîne; et en une pelote de forme variable. Il faut noter que lorsque le sujet est debout ou couché, la pelote n'appuie jamais exactement sur l'anneau crural, première porte traversée par la hernie, et se borne à comprimer l'orifice du *fascia cribriforme*. De là déjà l'impossibilité de guérir la hernie par la pression du bandage; mais il y a quelque chose de plus. Quand le sujet plie la cuisse, la pelote, pressée entre la cuisse et le ventre qui se rapprochent comme les deux branches d'un compas, ne saurait rester au fond de l'angle; elle est plus ou moins refoulée en avant; en sorte qu'il n'y a pas une seule hernie crurale qui soit exactement contenue, et il est même douteux qu'on puisse jamais surmonter cet obstacle.

La cure radicale, impossible à obtenir par le bandage, a été tentée par Jameson, à l'aide du procédé décrit page 67; et par d'autres en refoulant les téguments dans l'anneau, à l'imitation du procédé de Gerdy pour la hernie inguinale. Il n'y a pas d'exemple de guérison assurée.

II. **HERNIE ÉTRANGLÉE.** — On ne comprendrait rien aux procédés proposés contre la hernie crurale étranglée, si l'on ne savait que jusque fort avant dans le XIX^e siècle, et le canal et la marche de la hernie étaient généralement inconnus. J'ai été le premier à annoncer, par exemple, que l'étranglement n'est jamais produit par l'anneau crural, et qu'il l'est le plus souvent par les ouvertures anormales du *fascia cribriforme*.

Je ne reviendrai pas sur les positions diverses conseillées dans la

hernie inguinale, et appliquées de même à la hernie crurale; du reste, on y compte encore moins ici qu'ailleurs, et les deux grandes ressources sont le taxis et l'opération.

1° *Du taxis.* — Pour pratiquer le taxis, Richter recommande de fléchir la cuisse; Scarpa, de la porter dans la flexion et l'adduction à la fois; Allan Burns y ajoute la rotation en dedans. On relâche ainsi toutes les parties, condition favorable à la réduction. Mais M. Demeaux a justement remarqué que, si le fascia cribriforme est très relâché, il se laissera trop déprimer dans la fluxion; et une légère extension lui paraît préférable. Sans prétendre exclure absolument l'ancien procédé, je dirai qu'il y a quelques années, appelé pour une hernie crurale qui avait résisté dans la position fléchie aux efforts d'un chirurgien fort habile, j'ai obtenu une réduction rapide en portant à la fois la cuisse dans l'abduction, la rotation en dehors et une extension modérée; et depuis lors c'est à cette position que je donne la préférence.

Les manœuvres du taxis indiquées pour la hernie inguinale doivent être dirigées ici par les mêmes principes; seulement la direction de l'impulsion a besoin d'être spécialement précisée. Sabatier voulait qu'on repoussât la hernie en dedans, du côté de l'ombilic: conseil détestable, qui atteste seulement que Sabatier ne connaissait pas cette hernie. Dupuytren, par la plume de Sanson et Bégin, émet une bien autre idée: il veut d'abord, si la hernie est remontée au-devant du ligament de Fallope, qu'on la refoule directement en bas ou obliquement en bas et en dedans, pour la ramener à l'orifice inférieur du canal; après quoi, on la poussera « *directement d'avant en arrière, puis d'avant en arrière et de bas en haut, pour que les viscères déplacés franchissent successivement l'orifice inférieur du canal, le canal lui-même, et son orifice supérieur.* » Tout cela est de pure théorie; dès que la hernie a franchi l'orifice constricteur, tout est dit, elle achève de rentrer d'elle-même; tout au plus, si elle restait dans le canal dilaté, serait-il besoin de la repousser en appuyant directement le pouce sur le canal.

La première chose à faire est donc de rechercher l'orifice que la hernie a traversé; et pour cela, de circonscrire la tumeur avec les doigts et d'en suivre le pédicule. Quand le gonflement rend cette recherche impossible, on s'en tient à cette notion générale, que la hernie sort le plus souvent par un trou du fascia cribriforme, au côté antérieur et un peu interne du canal, à un centimètre environ au-dessous des ligaments de Fallope et de Gimbernat; et l'on tâche de faire rentrer la hernie par cet orifice présumé, en la poussant en arrière et un peu en dehors.

La plupart des hernies crurales sont petites, *marronnées*, ce qui est l'indice d'une ouverture très étroite et d'un étranglement très serré; aussi résistent-elles davantage au taxis, même au taxis forcé. J'ai dit que M. Gosselin avait obtenu la réduction 17 fois sur 19 hernies inguinales; sur 43 hernies crurales, il n'a réussi que 8 fois; encore une de ses réductions, obtenue en douze minutes pour un étranglement datant de huit heures, fut suivie d'un épanchement de matières fécales et d'une péritonite mortelle.

Thierry avait fait construire, pour agir avec plus de force, une pince avec deux mors de buis destinés à comprimer la hernie, et rapprochés au moyen d'une vis. Il a réduit, à l'aide de cette pince, deux hernies crurales; mais, bien qu'elle soit assurément supérieure au taxis à quatre et à six mains, personne, après Thierry, n'a eu la hardiesse de s'en servir.

Pour moi, dans ces petites hernies crurales, j'essaye le taxis seul, avec modération; et quand après dix ou quinze minutes au plus je n'ai rien obtenu, je passe immédiatement à l'opération.

2° *Opération du débridement.* — La hernie crurale étranglée est généralement, sinon toujours, en dehors du canal, sous la peau et les fascias sous-cutanés. On pourrait donc croire que la division de ces couches va mettre le sac à nu, et il en est ainsi quelquefois; mais, d'une part, les ganglions de l'aîne engorgés peuvent s'interposer entre la peau et le sac; d'une autre part, il y a fréquemment une couche spéciale provenant de l'abdomen, et repoussée en avant par la hernie même. C'est une portion du *fascia propria* et du tissu adipeux sous-péritonéal, qui peuvent simuler à la fois et le sac et une couche d'épiploon; et il faut une certaine attention pour éviter l'erreur.

Lorsqu'on attribuait l'étranglement à l'anneau crural, la disposition des vaisseaux était bien faite pour effrayer le chirurgien. En dehors, en effet, se trouvent l'artère et la veine crurales; en haut et en dehors l'artère épigastrique; en haut et en dedans, le cordon spermatique chez l'homme; de plus, dans les deux sexes, fréquemment l'artère obturatrice née de l'épigastrique contourne la partie supérieure de l'anneau, et redouble le danger de débrider de ce côté; en bas, l'anneau est complété par des os. Reste donc le côté interne, où l'on débriderait sur le ligament de Gimbernat. Or, dans les cas où l'artère obturatrice longe la partie supérieure de l'anneau, elle descend sur le bord interne de ce ligament, et complète autour de l'anneau un cercle d'artères que le bistouri ne saurait diviser impunément, à moins que par un heureux hasard.

Aussi les chirurgiens se sont fort tourmentés pour écarter le dan-

ger, et ils ont attaqué tour à tour tous les côtés de l'anneau. Sharp débridait en dehors et en haut; Pott directement en haut; Sabatier en haut et en dedans du côté de l'ombilic; Gimbernat en dedans et sur le ligament qui porte son nom, en rasant la face supérieure du pubis. Scarpa avait recours au débridement multiple, en faisant trois ou quatre petites incisions sur le bord inférieur de l'arcade crurale. A. Cooper faisait une petite incision parallèlement à cette arcade et un peu au-dessus, écartait le cordon spermatique du tranchant de l'instrument, au moyen d'une sonde cannelée recourbée, et divisait sans crainte le bord de l'anneau qui est au-dessous. Dupuytren débridait de dedans en dehors et de bas en haut, parallèlement au cordon spermatique, en se servant d'un bistouri boutonné à lame étroite et convexe sur son tranchant, pour diviser les tissus de l'extérieur à l'intérieur. Enfin M. Verpillat a proposé de débrider en bas et en arrière, en divisant la corne inférieure du ligament de Gimbernat et le ligament pubien.

J'ai fait tomber d'un seul mot toutes ces craintes chimériques : *jamais l'anneau crural n'est l'agent de l'étranglement*. J'avais cependant supposé le cas où le collet du sac siègerait au niveau de cet anneau, et indiqué alors les précautions à prendre. Or, jamais jusqu'à présent le collet du sac n'a été rencontré à cette hauteur; toujours il répond à l'ouverture du fascia cribriforme, et j'ajoute même qu'ici l'étranglement par le collet est fort rare. Un seul cas serait embarrassant, si la hernie avait traversé le ligament de Gimbernat; il est impossible, en effet, de savoir s'il existe là une artère obturatrice anormale, et de quel côté elle existe. Mais tous ces orifices anormaux se laissent facilement érailler, sans qu'il soit besoin du bistouri; et dès lors on n'a rien à craindre pour l'artère. Voici donc le procédé que j'ai institué pour cette hernie, et que j'ai mis en usage pour la première fois il y a plus de vingt ans.

Procédé de l'auteur. — Le sujet couché sur le dos, la cuisse étendue et portée tout ensemble dans l'abduction et la rotation en dehors, je fais sur la tumeur, suivant son plus grand diamètre, une incision transversale, que je transforme au besoin en incision en T, ou même en incision cruciale. Les couches sous-cutanées étant divisées, il se présente le pseudo-sac et le pseudo-épiploon dont j'ai parlé: j'ouvre ce sac avec précaution, je glisse le doigt par-dessous pour le décoller jusqu'au pédicule des parties sous-jacentes, et j'essaye alors de développer ce qui paraît être l'épiploon. Si cela ne se peut, on est en mesure d'affirmer que c'est un sac graisseux provenant du tissu adipeux sous-péritonéal. On le divise toutefois lentement, à petits coups, de peur d'erreur, et au-dessous on tombe sur le sac lui-

même. En décollant celui-ci avec le doigt, comme l'autre, ce qui se fait cette fois avec une facilité admirable, on reconnaît assez facilement son pédicule, et par suite le siège de l'orifice constricteur. Quand l'étranglement est récent et que l'intestin peut être présumé sain, sans ouvrir le sac, je glisse entre son pédicule et l'orifice aponévrotique un instrument mousse, comme le petit bout d'une spatule; et prenant cet instrument à pleine main, je le porte violemment en dedans, pour érailler l'orifice de ce côté. Immédiatement je porte le doigt dans l'éraillage, pour juger s'il suffit et l'agrandir au besoin, et je réduis la hernie en laissant le sac au dehors.

Lorsque je crains pour l'intestin, j'ouvre le sac; je glisse l'instrument mousse entre le sac et les parties contenues, et je procède à l'éraillage à l'ordinaire.

Il ne m'est arrivé qu'une seule fois jusqu'ici de ne pouvoir érailler l'ouverture. J'avais ouvert le sac, ayant conçu quelques craintes sur l'état de l'intestin. Je présumai qu'il y avait là un collet péritonéal; je fis en dedans un débridement de 3 à 4 millimètres, après quoi le doigt porté dans l'ouverture la dilata avec la plus grande facilité. La malade succomba; mais, à mon grand regret, l'autopsie ne put être faite.

J'ai recommandé aux couteliers, en vue de cette opération, de faire émousser les bords et la pointe du petit bout de la spatule, qui, tel qu'il est, n'est d'aucun usage; mais cet instrument n'est pas même indispensable, et je me sers tout aussi bien de l'extrémité de ciseaux mousses ou de la spatule ordinaire.

M. Luke a cherché à débrider sans même mettre le sac à découvert, par le procédé suivant.

Procédé de M. Luke. — Après avoir reconnu soit à l'œil, soit au toucher, la dépression qui dénote en haut la limite de la hernie, il fait faire un pli transversal à la peau, et la diviser de sorte que le centre de l'incision verticale réponde à cette dépression. Quelques coups de bistouri mettent à nu l'aponévrose du grand oblique; on porte alors le doigt jusque sur le ligament de Fallope, que l'on découvre, et par-dessous lequel on porte une sonde cannelée spéciale dans l'anneau crural. Sur cette sonde, on engage un bistouri herniaire, avec lequel on débride l'anneau par en haut, et l'on essaye de réduire. Si l'on échoue, il faut rechercher plus bas l'ouverture qui cause l'étranglement, et y reporter le bistouri pour la débrider.

On voit que l'auteur n'est pas bien au courant des conditions anatomiques de la hernie, et qu'il va un peu au hasard. L'incision serait mieux placée au côté supérieur et interne de la hernie, pour mettre à nu son pédicule et érailler ou diviser l'orifice aponévrotique; mais peut-être est-il encore préférable de mettre le sac à découvert, pour être en mesure de l'ouvrir largement au besoin.

Appréciation. — L'opération du débridement avec ouverture du sac est une des plus graves de la chirurgie. J'ai fait le relevé pour six années, de 1836 à 1842, de 220 cas d'opérations pratiquées dans tous les hôpitaux de Paris; la mortalité a été de 133, ou 60 pour 100. Elle est un peu moindre dans les hôpitaux de Londres, où 266 opérations, dans un espace de trois ans, n'ont donné que 135 morts, environ 50 pour 100. D'un autre côté, Textor (de Würzburg) m'a communiqué le résultat de sa pratique durant vingt-sept ans; sur 56 opérations, il n'avait eu que 24 morts, environ 43 pour 100. Enfin, dans une plus petite localité, M. Vaucanu, sur 48 opérés, en a perdu 7, à peu près 40 pour 100. L'influence des lieux ne paraît guère moins marquée pour l'opération de la hernie étranglée que pour les amputations. (Voy. p. 260.)

L'influence du sexe est fort peu sensible; celle de l'âge offre d'abord un phénomène qui s'est déjà montré pour les amputations traumatiques: c'est que le premier âge y résiste beaucoup moins que tous les autres. Entre deux et quinze ans, j'ai noté 2 opérations, 2 morts; de quinze à vingt ans, 3 opérations, 2 morts; et enfin de vingt à vingt-cinq, j'ai compté encore 11 morts sur 16 opérations. Cette dernière proportion ne se retrouve plus que dans la vieillesse.

Mais une influence singulièrement puissante est celle de la durée de l'étranglement même. Sur 69 opérations pratiquées à l'hôpital de Londres ou par lui-même, M. Luke en compte :

69 avant 48 heures écoulées..	12 morts, =	17 p. 100.
38 passé 48 heures.....	15 — =	40 —
13 sans date précise.....	6 — =	46 —

La perte du temps est beaucoup sans doute; mais elle est surtout regrettable quand elle a servi à multiplier les essais de taxis. La fâcheuse influence du taxis prolongé et répété se lit dans les résultats suivants de Ph. Boyer. De 1834 à 1839, il n'opérait qu'après un taxis assez prolongé; sur 9 opérés, il eut 8 morts. De 1839 à 1843, il insistait beaucoup moins sur le taxis; 7 opé-

rations, 4 morts. Enfin, de 1843 à 1846, à peine essayait-il de réduire; sur 44 opérations, il n'eut cette fois que 4 morts.

C'est surtout quand l'opération est pratiquée à la fois de bonne heure et après de très légères tentatives de taxis, qu'elle paraît donner les plus beaux résultats. M. Manec, à l'hospice de la Salpêtrière, ayant ses malades sous la main et pouvant les opérer immédiatement, en a sauvé 26 sur 28.

Afin d'atténuer aussi les dangers de l'opération, J.-L. Petit avait proposé de débrider sans ouvrir le sac, en d'autres termes, sans blesser le péritoine; et ce procédé, longtemps négligé, a été repris depuis une trentaine d'années en Angleterre. Les résultats sont intéressants à comparer. Je trouve d'abord pour un espace de quinze mois à l'hôpital de Guy, vers 1842, 13 hernies opérées en ouvrant le sac, 7 morts; 5 sans ouvrir le sac, 2 morts. M. Luke a donné depuis des chiffres bien autrement favorables. De 1841 à 1848, il a essayé, dans toutes ses opérations, de débrider sans ouvrir le sac, mais n'a pu y réussir que 33 fois sur 54. Les résultats ont été :

Pour 21 opérations à sac ouvert.....	3 morts.
Pour 33 — à sac fermé.....	2 —

C'est là une série d'autant plus extraordinaire que M. Luke, chirurgien à l'hôpital de Londres, nous apprend lui-même que sur 65 opérations pratiquées à cet hôpital en ouvrant le sac, il y a eu 22 morts. Il faut dire qu'il a retranché de sa liste 4 opérations à sac fermé, faites dans de mauvaises circonstances sans doute, mais qui toutes se sont terminées par la mort; en sorte que les chiffres réels, pour cette catégorie, seraient de 37 opérations, 6 morts; un peu plus que pour les opérations à sac ouvert. Enfin, en ajoutant diverses opérations faites antérieurement à 1841, il arrive à cet autre résultat :

25 opérations à sac ouvert....	8 morts.
59 — à sac fermé....	7 —

Peut-être trouvera-t-on tous ces chiffres difficiles à concilier; et la question réclame des faits ultérieurs, recueillis surtout avec des notions plus complètes sur l'état réel des hernies.

On espérait, en respectant le sac, avoir une réduction aussi inoffensive que par le taxis; il est fort loin d'en être ainsi; et la péritonite, bien que peut-être moins fréquente, n'en éclate pas moins quand on a mis à nu la face externe du péritoine. Il faut dire

aussi que, le sac devant être toujours ouvert dans les cas les plus graves, où l'intestin est ulcéré ou gangrené, le résultat funeste est alors autant le fait de la maladie que de l'opération. Au total, je débride sans ouvrir le sac lorsque je puis ; mais je n'ai pas de faits assez nombreux pour dire jusqu'à quel point j'augmente ainsi les chances de salut.

Je ne saurais trop le répéter : ces grandes questions du taxis, de l'opération hâtive ou différée, du débridement avec le sac ouvert ou fermé, ont été jusqu'ici trop obscurcies par la routine et l'empirisme. Il y a des étranglements purs, qui réclament l'opération sans délai ; il y a des inflammations qui simulent l'étranglement, et qui ne veulent jamais d'opération ; et enfin il y a des cas mixtes, où le praticien a besoin de toute sa sagacité pour décider lequel de ces deux éléments prédomine, avant de s'attaquer à l'un ou à l'autre.

4° Hernie ombilicale.

La hernie ombilicale se présente sous deux formes très diverses : la hernie congénitale, fort petite, facile à réduire, à maintenir, à guérir même, et ne s'étranglant peut-être jamais ; et la hernie des adultes, plus volumineuse, présentant quelquefois deux ou trois lobes séparés par les cordons fibreux qui représentent la veine et les deux artères ombilicales, ou encore par des brides fibreuses irrégulières. La hernie des adultes peut s'enflammer, ou même quelquefois s'étrangler ; et l'inflammation et l'étranglement siègent assez souvent dans l'un de ses lobes, sans que les autres y prennent part.

I. HERNIE SIMPLE. — On la maintient par un bandage qui diffère beaucoup chez les enfants et chez les adultes. Chez les enfants, tous les bandages à ressort sont sujets à se déranger. Le meilleur consiste en une longue bandelette de diachylon, qui fait une fois et demie le tour du corps, et sous laquelle, au niveau de l'anneau, je place une pelote plate, oblongue, rembourrée de laine, ou tout simplement une petite compresse d'une épaisseur suffisante.

Pour les adultes, après avoir fait rentrer la hernie, je prends avec de la cire le moule du creux ombilical ; sur ce moule je fais tailler une pelote de caoutchouc pur, reposant par sa base sur une plaque métallique séparée par un petit ressort spiral d'une autre plaque, sur laquelle appuie un grand ressort demi-circulaire, embrassant la moitié du corps.

La cure radicale ne s'obtient jamais chez les adultes ; chez les très jeunes enfants, elle s'obtient presque toujours par la seule action du bandage. Si le bandage ne suffit pas, ou si l'on veut obtenir

une guérison plus prompte, j'ai conseillé de passer à travers le sac, tout près de sa base, des épingles serrées à l'aide de petits bouchons, pour obtenir l'adhérence de ses parois : c'est le procédé de Bonnet, pour la hernie inguinale (voy. p. 585). Mais jusqu'ici on a préféré détruire à la fois le sac et les téguments qui le recouvrent ; il y a pour cela deux procédés, la *ligature* et les *casseaux*.

1° *Ligature*. — La hernie bien réduite, on fait autour du sac et à sa base, plusieurs ligatures circulaires avec un fil ciré solide et serré le plus possible. Si le sac était un peu volumineux, M. Bouchacourt a proposé d'en traverser la base avec une aiguille armée d'un fil double, et de lier séparément les deux moitiés du pédicule. Du huitième au dixième jour, la ligature tombe avec les parties qu'elle a étranglées et frappées de mort ; un petit ulcère en résulte, qui est prompt à guérir. Il est bon, durant deux ou trois mois, de faire porter à l'enfant un bandage circulaire, pour mieux prévenir toute récidive.

2° *Les casseaux*. Procédé de M. Chicoyne. — Il se sert de deux petits casseaux de bois de 12 centimètres de longueur sur un épaisseur, aplatis sur leurs faces correspondantes, et revêtus d'un petit linge fin. La hernie réduite avec soin, il étreint le pédicule du sac entre ses deux casseaux, les serre aux deux bouts avec des fils cirés, glisse par-dessous une compresse fendue pour ménager la peau, et soutient le tout par un bandage de corps. En deux ou trois jours, le sac est mortifié ; le cinquième ou le sixième, on enlève l'appareil, et l'on résèque les parties gangrenées ; le reste de l'eschare ne tarde pas à se détacher, et la plaie se cicatrise plus promptement, selon l'auteur, qu'après la ligature.

On pourrait tout aussi bien étreindre le pédicule du sac entre les mors d'une pince à baguettes, ou de pinces fenêtrées, comme nous en décrivons pour les hémorrhoides, et le détruire à l'aide du caustique. Mais, je le répète, à moins de conditions exceptionnelles, le bandage, amenant aussi bien la cure radicale, doit être préféré.

II. HERNIE ÉTRANGLÉE. — Je n'ai rien à ajouter aux règles générales du taxis. Lorsqu'on est obligé de recourir à l'opération, on conseille de mettre la hernie à nu par une incision longitudinale ou en T ; je préfère une incision semi-elliptique, pour avoir un lambeau qui recouvrira l'orifice herniaire et interceptera le contact de l'air. On ouvre le sac avec précaution, et l'on débride en haut et à