

être reconnu le plus souvent aux signes que nous en avons tracés, et son diagnostic empêchera une opération inutile : c'est surtout dans les cas douteux de ce genre qu'il vaudra mieux opérer que s'abstenir.

L'étranglement reconnu, le chirurgien devra encore autant que possible reconnaître le contenu de la hernie étranglée, savoir s'il a affaire à une entéroccèle, une entéro-épiplocèle, ou même une épiplocèle pure. Il devra en outre chercher à reconnaître l'état de l'intestin, en diagnostiquer la gangrène à l'aide des symptômes indiqués plus haut, sonorité tympanique, gargouillement, état inflammatoire des enveloppes herniaires.

Enfin, avant de tenter une intervention, il est encore du devoir de l'opérateur de savoir reconnaître si l'étranglement ne s'accompagne pas de certaines complications telles que des lésions graves du péricrâne, ou de la péritonite aiguë, par exemple, dont la présence pourra à juste titre modifier la conduite du chirurgien.

G. — Traitement des accidents herniaires.

L'irréductibilité simple peut être laissée sans traitement, si la hernie ne cause aucun accident ni aucune gêne. Dans les cas contraires, et surtout en présence des grosses hernies adhérentes, le chirurgien devra essayer des tentatives réitérées de réduction en employant successivement et avec persévérance, la compression et toutes les méthodes connues du taxis. Il pourra alors, au bout d'un temps parfois fort long, obtenir un succès complet. Dans le cas contraire, et seulement si la hernie devient pour le malade une gêne absolue ou une infirmité véritable, il sera autorisé à avoir recours à la cure radicale.

Toutes les fois, au contraire, qu'à l'irréductibilité s'ajouteront des accidents plus ou moins aigus, le chirurgien aura le devoir d'obtenir par quelque moyen que ce soit la réduction la plus rapide possible de la hernie, à moins toutefois qu'il ait reconnu des lésions intestinales trop graves pour que cette réduction puisse se faire sans danger. Cette règle ne souffre qu'une seule exception, c'est le diagnostic certain d'une épiplocèle enflammée. Le repos et les antiphlogistiques locaux doivent toujours triompher de cette dernière lésion.

Dans tous les autres cas, il faut agir comme si l'étranglement était certain, il faut réduire. La réduction ne peut s'obtenir que de deux façons : par le taxis ou par la kélotomie.

Du taxis. — On donne le nom de taxis à cette opération manuelle qui a pour but de refouler la hernie et de la faire rentrer dans le ventre.

Indications et contre-indications du taxis. — L'existence d'une gangrène intestinale ou d'une perforation imminente et fatale constitue une contre-indication absolue au taxis. Cependant, comme les symp-

tômes de ces lésions sont souvent incertains, il a fallu tracer au taxis des limites basées sur la durée de l'étranglement.

On peut dire qu'il doit être la règle dans les premières vingt-quatre heures. Il en est de même pour les hernies grosses et moyennes pendant quarante-huit heures. Dans les petites hernies, il serait sage de ne pas tenter un taxis énergique après trente-six heures d'étranglement. Cette règle concerne surtout les petites hernies crurales qui se gangrènent plus vite que les autres.

Pour les grosses hernies le délai pendant lequel on peut tenter la réduction, peut aller jusqu'à trois jours.

Quand l'étranglement remonte à quatre jours, il est toujours plus prudent d'avoir recours à la kélotomie d'emblée, surtout si auparavant il y a eu des tentatives infructueuses de taxis.

Manuel opératoire. — Le taxis peut se pratiquer avec ou sans anesthésie; mais ses chances de succès sont notablement augmentées par l'anesthésie.

Le malade doit être placé dans le décubitus dorsal, les cuisses relevées pour faciliter le relâchement des parois abdominales. Alors, la région herniaire ayant été rasée et lavée avec soin, le chirurgien saisit entre le pouce et les premiers doigts de la main gauche le pédicule de la hernie, puis il prend de la main droite, à pleine main, le corps du sac sans presser sur le fond. Il cherche alors, à l'aide d'une pression d'abord modérée, puis s'exagérant peu à peu, à faire rentrer dans l'abdomen les parties herniées, en essayant de réintégrer les viscères dans un ordre opposé à celui de leur sortie, c'est-à-dire en refoulant les premières parties qui étaient sorties les dernières. On repousse en premier lieu le pédicule et, pour arriver à ce résultat, il est souvent nécessaire de faire varier plusieurs fois la position des doigts et le sens des pressions.

Le taxis ne doit pas être prolongé, surtout lorsqu'il est fait avec le chloroforme, au delà de quinze à vingt minutes pour les petites hernies et au delà d'une demi-heure pour les grosses hernies. Le taxis sans anesthésie pourra être prolongé de quelques minutes de plus. Il doit être, quand on le tente, *suffisant*, c'est-à-dire remplir toutes les conditions nécessaires pour faire rentrer la hernie, ou permettre d'affirmer qu'il est nécessaire de recourir à l'opération. De plus, il doit être continu et non intermittent. Enfin, au point de vue de la force déployée, il faut faire un taxis progressif, c'est-à-dire débiter par une pression modérée que l'on augmente peu à peu selon la résistance que l'on rencontre et le temps qui s'est écoulé. En d'autres termes, le taxis doit être d'autant plus forcé qu'il est plus prolongé. Il est difficile de tracer des limites précises à cette pression; on pourra aller, suivant Gosselin, jusqu'à la fatigue des mains du chirurgien.

Dans certains cas, on pourra s'aider de certaines manœuvres particulières telles que l'emploi de pressions latérales sur le pédicule, ou

bien encore le procédé qui consiste à exercer des tractions sur le pédicule, de façon à attirer sous l'agent d'étranglement une portion d'intestin non altérée, dont la séreuse a gardé tout son poli et qui glissera mieux pendant les tentatives de réduction directe.

On a aussi essayé de pratiquer des tractions de dedans en dehors au lieu d'exercer des pressions de dehors en dedans. Seulement il est très difficile souvent d'exécuter cette manœuvre. On peut y arriver en employant le procédé de l'*inversion* (Leasure, 1842). Dans celui-ci, employé autrefois par les anciens chirurgiens français, on place le malade en travers sur le dos du lit, puis un aide leur tournant le dos se place entre ses jambes de manière que les jarrets du malade reposent sur les épaules de l'aide qui les maintient avec ses mains. Puis celui-ci se relevant peu à peu soulève le malade jusqu'à ce qu'il ne repose sur le lit que par la tête et le haut des épaules. Le chirurgien pratique alors un léger taxis, presque toujours suivi d'un succès rapide, la masse intestinale entraînant par son poids les parties herniées vers la cavité abdominale. Il en est de même du procédé dans lequel on place le malade à quatre pattes sur les genoux et les épaules, ou dans le décubitus latéral avec élévation du bassin (Karl Nicolas, 1886). Dans tous ces cas, la masse intestinale tombant sur le diaphragme attire la portion herniée qu'elle réduit par traction.

Enfin, avant de terminer l'histoire des divers procédés de taxis, nous devons mentionner deux modifications de cette opération substituant à la pression de la main une force mécanique : ce sont la bande élastique de Maisonneuve et le sac de plomb de Lannelongue.

Le premier consiste à exercer une pression constante et assez énergique sur les hernies à l'aide d'une bande en caoutchouc, enroulée soit autour du corps, soit surtout autour de la hernie.

Ce procédé est surtout utilisé avec avantage pour les hernies adhérentes et simplement irréductibles.

Le procédé du sac de plomb consiste à placer un sac en forme d'entonnoir et contenant de 2,500 à 3,000 grammes de grenaille de plomb, sur la paroi abdominale au-dessus du pédicule de la hernie, de manière à ce que sa petite extrémité seule repose sur ce point, sa base étant suspendue à un cerceau. On le laisse en place quinze à vingt minutes, souvent plus, et au bout de ce temps un taxis simple et court suffit ordinairement à faire rentrer des hernies qui avaient résisté à d'autres tentatives. Comme le précédent, ce procédé est souvent appliqué avec succès aux hernies irréductibles par adhérences : seulement dans ce cas les séances sont répétées et beaucoup plus prolongées.

Quel que soit le procédé employé, le chirurgien est averti du succès par les phénomènes suivants : il éprouve la sensation de résistance vaincue, la tumeur diminue rapidement et souvent même disparaît en produisant presque toujours un gargouillement appréciable. Le malade

est très rapidement soulagé, et au bout de quelques heures on constate une évacuation alvine plus ou moins abondante.

Cependant, dans certains cas, la réduction est moins nette et il faut examiner avec soin pour s'en rendre compte : c'est ce que l'on rencontre dans les petites hernies avec sac graisseux, dans les entéro-épilocèles volumineuses avec épiploon adhérent ou dans les hernies très volumineuses. Enfin, dans certains cas, la réduction n'est qu'apparente et le taxis peut donner lieu à de nombreux accidents dont les plus graves sont les *fausses réductions*.

Accidents du taxis. — Tantôt ils sont consécutifs à un taxis complet, tantôt, au contraire, les accidents persistent après la rentrée de la tumeur.

α. Accidents consécutifs à la réduction vraie. — Outre les contusions violentes et les ecchymoses des enveloppes de la hernie, un taxis un peu violent a pu produire des ecchymoses et des hémorragies interstitielles dans des parois intestinales déjà altérées. On a vu quelquefois dans ces cas survenir de véritables hémorragies intestinales ; mais ces faits sont rares. Enfin, quelquefois si l'intestin est trop profondément malade, la perforation a pu se produire du fait même du taxis et après son succès. Dans ces cas le malade est rapidement emporté par une péritonite suraiguë.

β. Persistance des phénomènes de l'étranglement après la réduction. — Cette persistance est due à plusieurs ordres de causes :

1° En première ligne nous placerons les *fausses réductions*, c'est-à-dire les cas où malgré les apparences le taxis n'a pas réussi à faire rentrer l'intestin dans l'abdomen. Il peut en exister plusieurs variétés. Notons d'abord les réductions incomplètes, plus faciles à produire dans les hernies inguinales obliques externes à cause de la longueur du trajet. On les évite facilement en ayant le soin d'explorer avec le doigt le trajet herniaire, une fois la hernie rentrée.

Ensuite viennent les *réductions en masse*. On désigne sous ce nom la rentrée en bloc dans la cavité abdominale de l'intestin et du sac, dans les cas d'étranglement par le collet.

La réduction en masse est plus fréquente dans la hernie inguinale oblique externe que dans les autres variétés, et paraît due à l'étranglement par le collet du sac, le petit volume de la hernie, la longueur considérable des orifices herniaires et la laxité des adhérences unissant le collet du sac aux parties voisines. Enfin elle est occasionnée aussi par des pressions exercées sur le fond du sac et non au niveau du pédicule dans le taxis.

Dans cet accident, le péritoine pariétal est décollé par le sac qui se place entre lui et l'abdomen, et le collet a perdu toutes ses adhérences avec les tissus voisins. La réduction en masse est annoncée par les phénomènes suivants : la réduction se fait sans produire de bruit de

gargouillement, les signes de l'étranglement persistent, de plus les anneaux herniaires paraissent très dilatés et on trouve dans le voisinage de la région herniaire une tumeur circonscrite rénitente, douloureuse à la pression, qui n'est autre que le sac réduit avec son contenu. Cependant ces signes locaux peuvent parfois faire défaut, et la réduction en masse peut n'être révélée que par la persistance de l'étranglement. Cet accident, quand il persiste, est ordinairement suivi de mort. Dans quelques rares cas cependant, elle aurait spontanément guéri. Le chirurgien, en présence de cet accident, est autorisé à pratiquer la laparotomie pour aller à la recherche de la hernie et lever l'étranglement.

La hernie peut être encore réduite dans un sac intérieur préexistant; ce qui arrive par exemple dans les cas de hernie péritonéale, et dans le plus grand nombre de cas cette disposition n'a été reconnue qu'après l'opération.

Enfin, dans certains cas exceptionnels, le chirurgien a pu réduire l'intestin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à travers une solution de continuité du sac herniaire.

2° La persistance des phénomènes de l'étranglement peut être due aussi à la réduction d'une hernie étranglée avec l'agent de l'étranglement. Dans le plus grand nombre de ces cas l'étranglement était produit par autre chose que par le collet, tantôt par une bride épiploïque, tantôt par des adhérences ou des perforations de l'épiploon, etc. On a même noté la déchirure circulaire et l'arrachement de la portion péritonéale qui étranglait l'intestin. Tous ces faits se rapprochent de la réduction en masse et il est à peu près impossible cliniquement de les en distinguer.

Dans d'autres cas, c'est à la persistance des lésions intestinales qu'est due la continuation des accidents après la réduction. Les lésions peuvent être de plusieurs ordres : elles peuvent tenir soit à la continuation d'une inflexion anormale dans l'anse réduite, soit à un rétrécissement cicatriciel, soit à une paralysie de l'intestin. Ces cas de paralysie intestinale après la réduction ont été décrits sous le nom de pseudo-étranglement paralytique, et sont considérés comme des phénomènes d'ordre réflexe. Leur existence n'est pas absolument prouvée, ou tout au moins leur explication est insuffisante.

Enfin quelquefois la persistance des phénomènes graves est due simplement à ce que, à côté de la hernie que l'on a réduite et qui n'était pas étranglée, il en existe une autre qui est étranglée, ou bien il existe un étranglement interne. Mais ce sont là des erreurs de diagnostic qu'un examen très attentif permettra d'éviter.

Des autres traitements employés en même temps que le taxis. — Ces moyens constituent les uns le traitement médical de l'étranglement, les autres des adjuvants du taxis.

Le traitement médical de l'étranglement est aujourd'hui justement rejeté, à part l'emploi de deux remèdes qui peuvent rendre des services, tels que l'opium et les purgatifs. L'opium est quelquefois employé pour calmer les douleurs atroces qu'éprouvent certains malades; cependant son emploi qui peut donner au médecin une sécurité trompeuse est par cela même souvent dangereux.

Les purgatifs ont eux aussi un inconvénient, celui de faire souvent perdre un temps précieux. Leur emploi n'est légitime que pour vérifier l'occlusion de l'intestin dans les cas douteux d'étranglement et seulement pendant les premières heures des accidents.

Quant aux topiques, tels que cataplasmes émoullissants, pommade belladonnée, etc., qui agissent en calmant la douleur locale, ils ne doivent être employés que pour permettre un taxis plus efficace et fait plus énergiquement.

Tous les autres moyens employés ne doivent l'être qu'à titre d'adjuvants du taxis. Nous citerons d'abord les bains prolongés qui ont souvent rendu possible un taxis jusque-là infructueux, et les réfrigérants employés surtout sous la forme de glace pilée mélangée de sel, appliquée directement sur la tumeur. Ce moyen doit être appliqué avec précaution, car il a quelquefois provoqué des accidents de gangrène. On peut rapprocher de la glace l'emploi des affusions d'éther qui, agissant avec sa double propriété d'antispasmodique et de réfrigérant, amènerait la condensation des gaz et l'excitation des mouvements péristaltiques. Il faciliterait beaucoup le taxis.

C'est aussi comme adjuvant du taxis que l'on s'est servi dans ces derniers temps des injections sous-cutanées de morphine. Celles-ci, qui ont réussi dans certains cas, peuvent agir en faisant cesser la contracture musculaire et le spasme intestinal qui s'opposent à la réduction des hernies.

Nous pouvons placer à côté de ces moyens l'emploi de l'électrisation et les ponctions aspiratrices de l'anse herniée. Dans ces dernières années on a eu l'idée d'employer la faradisation à la réduction des hernies étranglées. En appliquant un électrode sur la tumeur, l'autre sur l'anneau herniaire pendant un temps variant de cinq minutes à un quart d'heure, on a obtenu dans un certain nombre de cas après un léger taxis la réduction des hernies étranglées.

Enfin la ponction de l'anse herniée avait été autrefois usitée comme pouvant faciliter la réduction. Mais depuis l'invention de l'aspirateur Dieulafoy, à la ponction simple fut substituée la ponction aspiratrice. Les chirurgiens se sont tantôt bornés à évacuer le liquide du sac, tantôt les gaz de l'anse herniée. Les ponctions ont été souvent répétées tantôt dans la même séance, tantôt à plusieurs heures d'intervalle. Cette méthode est basée sur l'innocuité des simples piqûres faites à travers une paroi intestinale. Cette innocuité a été cependant niée par

certain auteurs et on peut citer quelques accidents à la suite de cette pratique, mais ils peuvent être aussi bien attribués à l'emploi d'aiguilles d'une propreté douteuse qu'au traumatisme lui-même. Dans certains cas cependant, et principalement dans les grosses hernies, on peut considérer la ponction aspiratrice comme un adjuvant utile au taxis, et on est en droit d'y avoir recours.

Mais du reste tous ces moyens ne doivent être employés que dans les limites fixées précédemment au taxis lui-même. Ils ne doivent jamais être continués assez longtemps pour constituer une perte de temps, ni retarder une opération nécessaire.

De la kélotomie. — L'opération du débridement de la hernie, ou kélotomie, consiste à mettre à nu l'anneau, quel qu'il soit, qui opère l'étranglement, et à le diviser pour pouvoir réduire la hernie.

Cette opération s'impose toutes les fois que le taxis est contre-indiqué : ses indications sont les contre-indications du taxis. Nous avons déjà indiqué les limites du taxis. Nous pouvons ajouter ici que l'on doit préconiser d'une manière tout à fait particulière la kélotomie hâtive, afin d'agir sur un intestin aussi sain que possible. Cette rapidité d'exécution est une des meilleures conditions de succès. Enfin aucune forme clinique de l'étranglement, même les plus graves, ne peut être considérée comme une contre-indication.

Les contre-indications tirées de la présence de certaines variétés de hernies seront examinées à propos des hernies en particulier.

Manuel opératoire. — L'opération est souvent longue et difficile. Aussi conseillons-nous l'emploi de l'anesthésie dans tous les cas où il n'existe pas de contre-indication formelle.

Les instruments nécessaires sont : un bistouri droit, un bistouri boutonné ou mieux le bistouri herniaire d'Astley Cooper, une sonde cannelée, des ciseaux mousses droits et courbes, un ténaculum, des pinces hémostatiques, une pince à disséquer, des fils à ligature et de préférence du catgut.

Premier temps. — Toute l'opération doit être faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Le malade, lavé et rasé avec soin, est placé dans le décubitus dorsal. La peau est incisée en un seul temps; la direction de l'incision, variable suivant les cas, est ordinairement dirigée suivant le grand axe de la tumeur, elle doit atteindre en bas l'extrémité inférieure de la hernie, et dépasser par en haut le point où siège l'étranglement. On ne doit jamais inciser la peau par ponction, et du premier coup il ne faut inciser qu'elle pour éviter, dans les hernies à enveloppes très amincies, de pénétrer du premier coup dans l'intestin.

Le tissu cellulaire doit ensuite être incisé couche par couche, directement, ou mieux à l'aide de la sonde cannelée. Quel que soit le nombre des feuillet lamelleux et fibreux, il faut les inciser lentement un à un

dans toute l'étendue de la plaie, en les chargeant successivement sur la sonde cannelée.

Deuxième temps. Recherche et ouverture du sac. — Il faut redoubler de précaution en approchant du sac. On le reconnaît quand on se trouve en présence d'une membrane fibreuse dépourvue de graisse et présentant une coloration foncée, grise, vineuse ou noirâtre. Si l'on hésite, il faut pincer avec le doigt le feuillet lamelleux qu'on a sous les yeux, et si ce n'est pas le sac, on sent au-dessous une tumeur globuleuse tendue et résistante. Le sac reconnu est saisi avec des pinces ou avec un ténaculum; on y fait une très large ouverture en se servant de la pointe du bistouri, et on est averti que l'on pénètre dans le sac par l'écoulement d'un flot de liquide séreux citrin parfois rouge brun. On introduit alors la sonde cannelée dans ce sac que l'on incise dans toute son étendue. Le sac ouvert, on reconnaît les viscères contenus, et il faut examiner avec soin l'état de l'intestin, l'état de l'épiploon, ou de tout autre viscère que l'on rencontre dans la hernie.

Troisième temps. Recherche de l'agent d'étranglement et débridement. — Le sac ouvert, le chirurgien saisit les deux lèvres de l'incision avec des pinces à forcipressure, de façon à bien apercevoir le contenu. On introduit alors le doigt dans le sac en refoulant l'intestin et en glissant entre celui-ci et la paroi du sac jusqu'à ce qu'il soit arrêté par un obstacle fibreux enserrant les viscères et qui, dans l'immense majorité des cas, siège au niveau du collet.

On désigne sous le nom de débridement l'opération qui a pour but d'inciser cet obstacle, en introduisant un instrument tranchant entre son contour et les parties qui forment le pédicule herniaire. Mais la constriction est souvent si forte que cette introduction est difficile. Aussi emploie-t-on pour y arriver non un bistouri ordinaire, mais soit un ténotome mousse, soit le bistouri d'Astley Cooper. Cet instrument est un bistouri courbe à lame étroite, ne portant que 2 centimètres environ de partie tranchante plane sur son côté concave. Cette partie tranchante ne commence qu'à 5 millimètres environ de l'extrémité de la lame : celle-ci est mousse, arrondie et aplatie sur ses faces.

Pour pratiquer le débridement, on insinue l'index gauche le plus haut possible, en cherchant à engager l'ongle sous l'anneau constricteur. Ceci fait, on conduit sur le doigt, avec les plus grandes précautions, la lame tranchante tenue à plat, on la fait pénétrer peu à peu, et dès que la portion coupante se trouve au niveau de l'anneau constricteur, on la retourne de façon à présenter le tranchant à l'extérieur et on sectionne l'obstacle à l'aide de petits mouvements de va-et-vient. On est averti de la section par un certain craquement fibreux caractéristique.

Le point où doit passer la section pour éviter la blessure de vaisseaux importants varie avec chaque variété herniaire. De nos jours,

tous les chirurgiens sont d'accord pour éviter les grands débridements, et adoptent les petits *débridements multiples* préconisés par Vidal de Cassis. On pourra aussi, suivant la méthode du professeur Lefort, faire un tout petit débridement unique, et introduire ensuite un instrument mousse avec lequel on agrandira par déchirure l'incision déjà faite. Cette méthode est sans danger.

Quatrième temps. Examen de l'intestin. Réduction. — Avant de faire rentrer l'intestin il faut examiner avec soin s'il est en assez bon état pour pouvoir être réduit sans danger de perforation ulcéreuse.

Pour pouvoir examiner avec soin le sillon d'étranglement, il faudra attirer doucement l'anse herniée au dehors, et voir s'il n'y a là ni menaces ni perforation. Si sur tous les points l'anse herniée est rouge, tendue, chaude et d'une consistance égale, on pourra réduire sans crainte. Si on reconnaît au contraire sur un point quelconque une plaque de sphacèle ou une perforation, ou bien des taches grisâtres, molles, etc., il faudra s'abstenir. Quand l'intestin est tellement congestionné qu'il en devient noir, il ne sera permis de réduire que si l'anse herniée est néanmoins tendue, lisse et chaude, et surtout si des lavages avec un liquide chaud y provoquent des contractions péristaltiques.

Pour réduire, on fera au préalable une toilette antiseptique très minutieuse des viscères et du sac herniaire, et on pratiquera un taxis doux et méthodique commençant par les parties les plus voisines de l'anneau. Ce taxis doit être continu pour éviter l'issue de nouvelles anses intestinales, et lent pour ne pas présenter trop de difficultés.

La réduction, d'abord lente, est ordinairement beaucoup plus rapide pour les dernières portions. Lorsqu'elle est terminée, il sera prudent d'introduire un doigt bien antiseptique dans l'anneau pour s'assurer que la réduction est réelle et complète.

Si avec l'intestin il se trouve une quantité minime de l'épiploon, il faudra le réduire, à condition qu'il soit absolument sain. Si son volume est plus considérable, ou sa structure le moins du monde altérée, on en pratiquera la résection, en faisant au-dessus du point où doit porter la section une ou plusieurs ligatures en masse au catgut. Le pédicule ainsi formé sera réduit avec sa ligature et abandonné.

De la cure radicale après la kéiotomie. — Nous croyons qu'il est avantageux de terminer par une cure radicale l'opération de la kélotomie, toutes les fois que cela sera possible, c'est-à-dire toutes les fois que la dissection complète du sac jusqu'au collet pourra être facilement poursuivie. Nous ne reviendrons pas sur les procédés opératoires, mais nous croyons que cette pratique est une terminaison utile de la kélotomie pour éviter les récidives.

Il ne restera plus qu'à panser la plaie. Elle sera lavée, drainée, suturée. Puis on appliquera un large pansement antiseptique. Nous ne

saurions en effet, en finissant, comme au début, trop recommander l'emploi aussi minutieux que possible de toutes les précautions antiseptiques qui constituent une des meilleures garanties de succès.

La kélotomie n'est pas toujours aussi simple que nous venons de la décrire, et nous devons examiner la conduite à tenir en présence de certaines difficultés qui peuvent se présenter.

Ainsi on peut rencontrer sous la peau des amas graisseux que l'on peut prendre pour un épiplocèle, ou bien ouvrir un kyste préherniaire que l'on peut confondre avec le sac. Mais, dans l'un et l'autre cas, on sentira au-dessous la tumeur herniaire dure et globuleuse, et de plus l'exploration de la cavité kystique en permettra aisément le diagnostic.

La recherche du sac est quelquefois très délicate. Nous savons en effet que certaines hernies peuvent en être dépourvues; aussi faut-il toujours aller lentement et examiner attentivement chaque feuillet celluleux. Enfin on peut avoir pénétré dans le sac sans s'en apercevoir, surtout si la hernie est sèche. Nous avons indiqué précédemment les moyens de différencier le sac d'avec l'intestin; un examen très attentif, dans les cas douteux, permet ordinairement de reconnaître à quel organe on a affaire.

La réduction peut présenter un certain nombre de difficultés qui sont dues surtout à des adhérences ou à des lésions profondes de l'intestin.

Existe-t-il des adhérences? Si elles sont molles et gélatineuses, on devra les détruire avec le doigt et réduire les anses libérées. Si elles sont organisées et fibreuses, il sera indiqué, quand elles sont longues, de les sectionner entre deux ligatures, quand elles sont courtes, de disséquer avec soin les anses intestinales et de les libérer complètement, pour les réduire après une hémostasie absolue. Dans les cas où le malade est trop affaibli pour supporter une longue opération, ou bien si les anses intestinales sont tellement serrées et enchevêtrées que la dissociation en est presque impossible, on pourra s'adresser soit à un anus contre nature, soit pratiquer la résection de l'intestin et la suture intestinale primitive ou secondaire.

Les lésions de l'intestin qui peuvent empêcher la réduction sont: une plaque de gangrène avec ou sans perforation, une petite perforation, une altération telle de l'intestin que la perforation ultérieure est à craindre.

1° Dans le cas où l'intestin porte une très petite eschare ou une perforation moindre de 1 centimètre, cette lésion peut être due à plusieurs causes. Ces perforations en effet sont tantôt pathologiques, c'est-à-dire le résultat des lésions de l'étranglement, tantôt accidentelles, c'est-à-dire traumatiques, tantôt mixtes, et dans cette dernière classe se rangent celles qui sont dues à l'action d'un traumatisme qui, sur un intestin sain, eût été inoffensif. On a préconisé contre ces lésions plusieurs traitements: la *réduction simple*, l'*établissement d'un anus contre*