

nature, la *kélotomie sans réduction* et l'*oblitération suivie de réduction*. C'est cette dernière méthode qui est universellement adoptée depuis l'emploi des moyens antiseptiques.

L'oblitération se fait soit à l'aide d'une suture intestinale par adossement des hernies (méthode de Gely et de Lambert), soit à l'aide d'une ligature latérale en bourse.

2° Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un intestin noirâtre, menaçant d'être sphacélé, et trop altéré pour être réduit, il devra, ainsi que le conseille Gosselin, pratiquer le débridement et laisser l'intestin au dehors. Si après cela la perforation vient à se produire, elle se fera au dehors et sans danger d'épanchement. Dans le cas contraire, la réduction s'opérera d'elle-même et peu à peu.

3° Enfin si à l'ouverture du sac le chirurgien rencontre une large perforation ou une plaque étendue de sphacèle, il n'y a que deux manières de procéder : l'établissement d'un anus contre nature ou une entérectomie suivie d'entérorraphie.

L'anus contre nature a longtemps été le seul moyen mis en œuvre dans ces cas et c'est encore aujourd'hui la méthode la plus sûre. On ouvre alors largement l'anse gangrenée et l'on fixe le bout supérieur à la paroi. L'anus contre nature sera ultérieurement traité.

Cependant les difficultés que l'on rencontre souvent dans la cure de l'anus contre nature ont, depuis quelques années, engagé un certain nombre de chirurgiens à réséquer l'anse mortifiée et à pratiquer la suture des deux bouts de l'intestin. Cette suture se fait tantôt immédiatement, tantôt au contraire au bout d'un temps plus ou moins long. Ce second procédé semble avoir donné de meilleurs résultats que l'entérorraphie immédiate.

Mais ce sont là des opérations compliquées, encore dangereuses, et qui ne peuvent donner de bons résultats qu'entre les mains de chirurgiens expérimentés et rompus à toutes les manœuvres opératoires. L'anus contre nature reste d'une manière générale la méthode de choix.

A côté des difficultés que nous venons d'étudier il peut survenir quelques accidents pendant l'opération. Ce sont : l'*hémorrhagie* due à la lésion d'un vaisseau important pendant le débridement; il faut alors agrandir l'incision si cela est nécessaire pour saisir et lier le vaisseau blessé; la *blessure* de l'intestin, que l'on suturera si elle est petite, que l'on convertira en anus contre nature si elle est grande; enfin la *réduction d'un intestin perforé* qui sera rapidement suivie d'une péritonite très promptement mortelle. Dans quelques cas exceptionnels cependant, il s'est établi une fistule stercorale, et le malade a pu guérir.

Phénomènes et soins consécutifs à l'opération. — D'ordinaire aussitôt après l'opération on voit cesser tous les accidents : les phénomènes généraux disparaissent, l'état du malade s'amende rapidement, les

selles reparaisent au bout de quelques heures et tout rentre dans l'ordre. La plaie de la kélotomie est une plaie peu grave qui guérit assez rapidement.

Pour favoriser cette évolution naturelle, il est d'usage d'éviter les purgatifs immédiatement après l'opération. On cherche au contraire à immobiliser l'intestin en administrant de l'opium à la dose de 0^{gr},10 par jour et en plusieurs fois, et on attend les évacuations naturelles. Ce médicament est cependant contre-indiqué s'il existait du ballonnement du ventre, de l'inertie de l'intestin et surtout de la gêne respiratoire et de l'anxiété. Si les selles spontanées tardent au delà de trois ou quatre jours, le chirurgien est autorisé à donner un léger purgatif. Il faut en même temps nourrir peu à peu le malade et chercher à relever ses forces.

La plaie totalement guérie, il sera nécessaire de faire, au moins pendant plusieurs mois, porter à l'opéré un bandage bien fait qui le protégera contre les récidives.

Mais la guérison n'est pas toujours aussi simple, et il peut survenir des complications graves après l'opération.

H. — *Complications consécutives à la kélotomie.*

Elles peuvent être *locales, abdominales* ou *éloignées*.

α. *Complications locales.* — Ce sont d'abord les complications ordinaires des plaies, inflammation, fusées purulentes, angioleucites, érysipèle, etc. Un de leurs principaux dangers, c'est leur propagation jusqu'au péritoine et l'apparition d'une péritonite généralisée qui le plus souvent emportera le malade. On a même observé des gangrènes des bords de la plaie qui étaient ordinairement l'expression locale d'une septicémie à marche rapide.

β. *Complications abdominales.* — Ce sont les plus fréquentes. Elles sont de causes et de gravité variables.

Il peut d'abord exister une sorte d'inertie intestinale, qui cause la continuation des accidents, pendant quelque temps après l'opération; mais ordinairement tout rentre dans l'ordre soit spontanément, soit après un purgatif. Cependant quelquefois les accidents d'étranglement persistent et amènent la mort, ce qui tient à plusieurs circonstances.

Il peut y avoir quelquefois des accidents analogues à ceux que nous avons décrits à propos du taxis sous le nom de pseudo-étranglement paralytique. D'autres fois la persistance des accidents est due à un rétrécissement de l'intestin. Ce rétrécissement peut être dû à la permanence pendant quelques jours du sillon d'étranglement ou bien à l'existence d'un rétrécissement permanent et d'origine cicatricielle ou inflammatoire (Guignard).

Enfin les accidents peuvent encore dépendre d'une fausse réduction.

Celle-ci peut être due à une réduction incomplète, ce que l'on peut éviter en explorant avec le doigt tout le trajet herniaire après la kélomotomie, soit à une réduction en masse, le sac ayant filé avec l'intestin dans le ventre pendant les efforts de taxis, soit à ce que l'intestin a été refoulé à travers l'incision du débridement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et s'y est étranglé (Streubel, Farabeuf). Si l'on soupçonne ces deux complications, il est indiqué d'agrandir l'ouverture pour aller à la recherche de l'intestin, et le réduire convenablement après l'avoir dégagé.

La continuation des accidents peut encore être due à ce que l'opération n'a pas porté sur la hernie, cause des accidents. C'est ce qui arrive dans les cas de coexistence d'une hernie irréductible avec un étranglement interne; mais c'est plutôt là une erreur de diagnostic. C'est encore ce qui peut arriver dans les hernies propéritonéales ignorées. On n'opère que la hernie superficielle, et l'étranglement siège le plus souvent au collet du sac profond. Dans quelques cas, l'examen attentif de la région opératoire pendant l'opération a permis de reconnaître cette disposition et d'aller débrider le véritable étranglement.

Mais de toutes les complications abdominales, la plus grave et la plus fréquente est la péritonite, qui peut survenir de trois manières. Elle peut être consécutive à une perforation intestinale précoce ou tardive; elle est alors suraiguë et rapidement mortelle. Elle peut être due à la propagation des phénomènes inflammatoires développés au niveau de la plaie. Enfin, dans quelques cas, elle a un début sourd, une marche insidieuse et se rapproche de cette variété particulière de péritonite qui a été décrite depuis ces dernières années sous le nom de septicémie péritonéale. Voici quels en sont les signes: la température s'élève légèrement, la langue devient sèche, la peau chaude; il y a quelques nausées, puis les accidents graves éclatent. Le facies devient grippé, la respiration anxieuse, le thermomètre dépasse rapidement 40°. En même temps le ventre est souple, les selles sont normales et la plaie a bon aspect. La mort survient rapidement, et souvent au milieu d'un délire bruyant. Il n'y a dans ces cas qu'un traitement à tenter: la laparotomie avec toilette péritonéale qui, dans quelques cas, a été couronnée de succès.

Complications éloignées. — Souvent aussi le malade peut être emporté par la continuation des accidents viscéraux causés par l'étranglement, tels que les congestions pulmonaires et rénales que nous avons déjà signalées. Quelquefois aussi il meurt de son étranglement malgré l'opération, avec une diarrhée abondante qui entraîne un affaiblissement rapide. Enfin certains opérés ont succombé à des phlébites étendues et même à des accidents cérébraux, tels que des embolies centrales signalées dans quelques rares cas.

De quelques modifications apportées au mode opératoire de la ké-

Iotomie. — Les mauvais résultats que donnait autrefois la kélomotomie avaient amené certains chirurgiens à modifier certains temps du manuel opératoire et ils avaient pour but d'éviter ou de réduire au minimum l'ouverture péritonéale.

Je signalerai en première ligne la kélomotomie sans ouverture du sac et qui ne peut être pratiquée que dans les cas où l'étranglement est produit par les anneaux. Cette méthode, inaugurée par J.-L. Petit, a été reprise par Colson (de Beauvais), en France, et par certains chirurgiens anglais. Le procédé est des plus simples. Au moment où l'opérateur, après avoir incisé les couches superficielles, est arrivé sur le sac, il débride l'anneau en glissant entre celui-ci et le collet le bistouri de Cooper; puis, ceci fait, il réduit l'intestin en faisant un taxis au niveau du sac. On reconnaît que le débridement est suffisant quand après l'incision on voit le collet s'élargir. Cette méthode est dangereuse, parce qu'elle expose à réduire un intestin sur les lésions duquel on reste forcément sans renseignements précis. De plus l'innocuité relative de l'ouverture péritonéale avec l'emploi de la méthode antiseptique l'a rendue aujourd'hui inutile.

Nous ne ferons que citer pour mémoire les procédés de débridement sous-cutané de Jules Guérin et la kélomotomie sans réduction de Marc Girard, aujourd'hui justement abandonnés.

Enfin, dans les cas de fausse réduction ou de réduction en masse, le chirurgien pourra ouvrir largement le ventre et pratiquer la laparotomie pour aller à la recherche de l'obstacle. Dans ces cas, un étranglement interne se trouve par le fait substitué à un étranglement externe, et ce sont les indications particulières de ce genre d'accident qui doivent guider le chirurgien. Dans tous les autres cas c'est la kélomotomie à ciel ouvert en ouvrant le sac et avec toutes les précautions antiseptiques qui devra être le procédé de choix.

D'ailleurs cette opération donne aujourd'hui, grâce aux perfectionnements modernes, de bien meilleurs résultats. Les succès seront d'autant plus considérables qu'on saura la pratiquer plus tôt, avant que les lésions intestinales sérieuses et souvent irrémédiables se soient produites et que le malade soit en proie à un état général grave. La kélomotomie doit toujours être hâtive et rigoureusement antiseptique.

ARTICLE V. — DES HERNIES EN PARTICULIER

§ 1. — Hernies inguinales

On désigne sous le nom de hernies inguinales celles qui se font à travers le trajet inguinal par lequel passe le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme. Les hernies peuvent occuper la totalité ou seulement une partie de ce canal.

Ce trajet, qui sert de passage au testicule, pendant sa migration de