

Le trait principal de cette opération c'est d'être sous-cutanée. L'auteur prétend obtenir de nombreux succès. Je l'ai vu opérer, j'ai aussi examiné quelques-uns de ses malades qui paraissaient bien guéris.

Les opérations tout à fait modernes sont faites à ciel ouvert, comme la kélotomie pratiquée sur une hernie étranglée.

Ces opérations sanglantes sont appliquées à la cure radicale des hernies *réductibles mais difficilement contrôlables*, et aussi aux hernies *irréductibles*.

Quand une hernie, quoique réductible, ne peut cependant être maintenue que *très difficilement*, alors il est permis d'intervenir afin d'enrayer la tendance habituelle de ces hernies à l'accroissement, et aussi de mettre fin aux coliques, à la constipation, digestions pénibles qui réagissent d'une façon fâcheuse sur la santé générale.

L'idée d'empêcher la récurrence après la kélotomie a préoccupé de tout temps les chirurgiens, mais ce n'est que récemment que, mieux renseignés sur la pathologie et enhardi par les avantages de l'antisepsie, ils ont entrepris la cure radicale de la hernie après la kélotomie.

L'opération est commencée comme dans une kélotomie ordinaire avec *ouverture* du sac, puis la plupart des chirurgiens font ensuite la ligature du collet du sac avec un fort fil en catgut.

Quant au sac herniaire lui-même, on en fait l'excision incomplète ou l'extirpation totale.

L'excision partielle fait enflammer et agglutiner les parois du canal, d'où oblitération.

L'extirpation complète du sac fait que les parois du canal devenu fibreux s'unissent fatalement, d'où résulte l'oblitération de la loge qui avant était toujours béante et prête à recevoir les viscères.

La suture des lèvres de l'incision cutanée avec celles de l'incision du sac fournissent un moyen très sûr d'oblitération.

L'extirpation du sac herniaire convient mieux aux hernies crurales et ombilicales qu'à la hernie inguinale, car la dissection de cette dernière peut compromettre les éléments du cordon. Cette dissection est difficile, délicate, mais avec une certaine habitude des opérations, le succès est assez facile.

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis des organes herniés irréductibles ?

Si c'est l'épiploon, on devra en faire la ligature par faisceaux isolés, le réséquer, puis *réduire* le pédicule, ou mieux, le *fixer* dans le collet afin d'obtenir ainsi une obturation plus solide.

Si c'est l'intestin qui est hernié et irréductible, il faudra le disséquer, et si les adhérences étaient trop fortes, il faudrait mieux disséquer ces adhérences et les réduire avec l'intestin.

La mortalité à la suite de ces opérations n'est que de 6 à 8