

diminue notablement; les mains, les avant-bras, les pieds, le nez se refroidissent : dès ce moment, la partie est perdue et le débridement n'empêche point le collapsus.

Il faut aussi accorder une grande attention aux complications pulmonaires de l'étranglement qui frappent d'une lourde mortalité la kélotomie chez les vieillards. Elles prennent la forme de congestions par hypostase ou d'inflammations parenchymateuses (broncho-pneumonies, pneumonies lobaires) qui parfois préexistent à l'opération, plus souvent n'apparaissent qu'un jour ou deux après elles : ce sont ou bien des pneumonies de déglutition, d'aspiration (*Schluk pneumonien*), dues à l'introduction des matières vomies dans les voies aériennes, ou bien des localisations pulmonaires de l'infection herniaire; et il est vraisemblable que l'anesthésie générale, surtout par l'éther, n'est point sans influence sur leur production (*Ether pneumonien*); d'où, la supériorité de la kélotomie opérée sous l'analgésie locale cocaïnique.

Ces troubles généraux progressifs, par lesquels se termine l'étranglement herniaire abandonné à lui-même ou tardivement opéré — collapsus cardiaque, hypothermie allant jusqu'à l'algidité dans les formes décrites sous le nom de choléra herniaire, facies grippé, congestion pulmonaire, oligurie — relèvent en partie de l'excitation intense exercée sur le grand sympathique abdominal par la striction intestinale, et des réactions réflexes qui en résultent : cela rappelle l'expérience de GOLZ où l'on voit chez la grenouille le cœur s'arrêter, à la suite de petits coups successifs frappant l'intestin. Mais, un rôle probablement prépondérant revient aux phénomènes de toxi-infection : au niveau de l'anse étranglée, les microbes tendent à migrer vers le sac; au-dessus de l'anse, surtout au niveau du bout afférent, la même migration transpariétale s'établit vers la grande séreuse abdominale, donnant naissance, avec ou sans lésion perforante de l'intestin, à des phénomènes de septicémie péritonéo-intestinale.

Diagnostic. — Trois questions se posent ici, dont les deux dernières ont perdu de leur importance classique : 1° A-t-on affaire à une hernie étranglée? 2° S'agit-il d'un étranglement

vrai ou d'autres accidents des hernies? 3° Quel est l'état des viscères étranglés?

1° **DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.** — A-t-on affaire à une hernie étranglée? — *On peut croire à un étranglement herniaire qui n'existe pas*, lorsqu'un malade atteint de coliques, de vomissements et de constipation, présente dans une région herniaire, une tumeur douloureuse et irréductible.

A l'aîne, ce peuvent être : une *adénite aiguë*; une *orchite* (surtout quand le testicule est ectopique); une *poussée inflammatoire dans un kyste du cordon ou du canal de Nück*; une *phlébite développée sur un paquet de varicocèle*. L'exploration du canal fixe le diagnostic : le trajet inguinal est libre et le doigt s'y engage — sauf cependant dans le cas de testicule ectopique — ; mais, alors, on constate que l'organe est absent dans le scrotum.

Dans la région crurale, la confusion est parfois possible avec : une *hernie graisseuse irritée* par un mauvais bandage; *l'inflammation d'un vieux sac herniaire vide*; *l'adénite occupant le ganglion de Cloquet*, qui siège au même lieu que la hernie crurale, sous la forme d'une tumeur petite et dure et s'accompagne de vomissements et de vives douleurs dans l'aîne. Mais, dans ces divers cas, la suspension du cours des matières et principalement des gaz n'est jamais absolue : l'administration d'un lavement purgatif est suivie d'une garde-robe. Au surplus, dans le doute, mieux vaudrait inciser pour une de ces affections que s'abstenir et s'exposer à méconnaître une hernie étranglée.

En effet, *on peut, par contre, ne point reconnaître un étranglement existant*; et cette erreur se commet de deux façons. Tantôt, nous dit GOSSELIN, on constate les symptômes fonctionnels de l'étranglement, on reconnaît même, comme signe physique le ballonnement du ventre, mais on ne sait pas et l'on n'apprend pas qu'il y a une tumeur, soit dans l'aîne, soit à l'ombilic, et l'on attribue les accidents à une indigestion, à une appendicite, à un embarras gastrique, à une occlusion intestinale. — D'autre part, l'irrégularité des symptômes fonctionnels contribue à faire errer le diagnostic : les vomissements peuvent être rares ou absents; l'apaisement des douleurs peut coïncider avec les plus graves lésions de l'anse; le malade, interrogé sur ses garde-

robes, assure qu'il a eu une vraie selle, alors qu'il n'a fait que vider son bout inférieur sous l'action d'un lavement. Le praticien doit bien préciser ces points, *examiner les déjections, leur quantité et leur couleur* (pour vérifier si ce ne sont pas simplement quelques matières délayées dans l'eau du lavement), *explorer avec la plus grande attention les régions inguino-crurale et ombilicale*. GOSSELIN a formulé un sage conseil : « Je ne saurais trop dire aux jeunes praticiens que, pour établir le diagnostic de l'étranglement, on ne doit pas attendre les grands symptômes, parce que ceux-ci se montrent souvent à l'époque où des lésions irrémédiables se sont produites ».

2^o DIAGNOSTIC DE LA FORME DE L'OBSTRUCTION HERNIAIRE. — Une tumeur irréductible existe : cette tumeur est une hernie. Mais s'agit-il d'un étranglement vrai ou de l'un de ces trois autres accidents des hernies : l'engouement, la *péritonite herniaire* ou l'occlusion dans le sac ? Voilà une question qui a perdu beaucoup de son intérêt doctrinal et pratique.

Certes, la *péritonite herniaire*, c'est-à-dire l'infection de la séreuse viscérale et du sac, existe, mais elle n'est qu'un résultat anatomique de l'étranglement ; elle ne saurait être ni étudiée à part, ni traitée autrement. Ce sera le mérite de GOSSELIN d'avoir fait justice de la théorie de MALGAIGNE et de sa distinction, cliniquement inexacte et thérapeutiquement périlleuse, puisqu'elle conduisait à la temporisation, entre les hernies enflammées et les hernies étranglées.

L'anse herniaire peut être le siège d'une *occlusion dans l'intérieur du sac*. Parfois, on voit un véritable *volvulus* de l'anse, tordue sur son axe. Ordinairement l'obstruction se produit dans une hernie adhérente : des adhérences peuvent couder l'intestin et déterminer, dans sa cavité, la saillie obstruante d'un éperon ; quelquefois, ce sont des brides de péritonite plastique, tendues dans le sac, à la façon des colonnes charnues du cœur, sous lesquelles l'anse s'engage et s'étrangle ; plus souvent, c'est l'épiploon qui est l'agent de ces étranglements intra-sacculaires, soit qu'il s'enroule en bride autour du pédicule d'une anse, soit qu'il forme un véritable sac épiploïque, enveloppant et étranglant l'intestin.

Le mot *engouement* exprime l'accumulation de matières intestinales dans une anse herniée ; consécutivement à cet encombrement, l'anse distendue s'étrangle secondairement : *Kothenklemmung*, des Allemands, incarceration stercorale. — COVILLARD qui, le premier, en 1640, prononça ce mot, distingua : l'*engouement gazeux* et l'*engouement solide*. L'engouement solide est exceptionnel et ne saurait se rencontrer que dans une hernie du gros intestin. L'engouement gazeux et liquide intervient, comme facteur important de l'étranglement, ainsi que le démontre l'expérience fondamentale d'O'Beirn : il ne saurait donc en être distingué. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut tenir compte de certains faits où l'engouement, l'embarras intestinal de l'anse herniée, prend le premier rang : il s'agit alors de hernies anciennes, très volumineuses, ombilicales ou inguinales, habituellement non maintenues, passant par des anneaux très élargis ; la marche des accidents est lente ; l'occlusion pour les matières et les gaz n'est pas absolue ; sous l'influence de la glace localement et d'un lavement purgatif, on voit quelquefois la situation s'amender, jusqu'à une nouvelle crise. Mais, au demeurant, la distension de l'anse finit par entraîner la compression et l'étranglement de ses extrémités ; la proportion des cas qui guérissent par des soins médicaux est une minorité ; les moyens de reconnaître cette catégorie ou de présumer cette terminaison sont incertains : en règle pratique, il faut traiter ces grosses hernies engouées comme des hernies étranglées.

3^o DIAGNOSTIC DES LÉSIONS VISCÉRALES. — Quel est le degré de la constriction et quels sont ses effets déjà produits sur les viscères ? — La précision de ce point serait la meilleure mesure de l'opportunité du taxis. Mais nous n'avons ici que des présomptions : ni le peu d'heures écoulées depuis la sortie de l'irréductibilité de l'intestin et l'apparition des premiers accidents ; ni la médiocre tension ou sensibilité et la tumeur herniaire ; ni la modération des symptômes fonctionnels, n'autorisent le chirurgien à espérer que la constriction n'est pas grande, que les lésions intestinales sont peu avancées, que le taxis sera efficace.

Nous savons aussi : que plus une hernie est petite, plus l'ouverture abdominale qu'elle traverse est étroite, et plus les viscères y sont hâtivement étranglés; que, par contre, plus la masse herniaire est volumineuse, habituellement mal contenue, — comme c'est le cas des grosses entéro-épiplocèles scrotales des négligents ou des vieillards, — plus la porte herniaire est large, moins il y a de chances pour que l'étranglement soit serré au point d'être de bonne heure invincible, et d'amener rapidement des lésions viscérales graves.

Mais, trop souvent, on voit de très grosses hernies prises en des étranglements fort serrés et rapidement funestes aux tuniques intestinales; de petites hernies, au contraire, n'être que modérément étranglées. — Dans les entéro-épiplocèles, a-t-il été dit et imprimé, l'épiploon supporte une partie de la constriction et fait à l'intestin un coussinet protecteur; les hernies inguinales tolèrent l'incarcération mieux que les crurales; les étranglements serrés font les symptômes fonctionnels accusés et précoces. Sans doute; mais ce sont là des probabilités cliniques, ce ne sont point des lois : il nous est arrivé à tous de voir des entéro-épiplocèles se sphacéler aussi bien et aussi vite que des entéroécèles pures; d'observer sur des hernies inguinales, quoique ce soit plus rare que dans les crurales, des perforations, des abcès pariétaux ou des plaques de gangrène, produites dans l'espace de quelques heures. Les troubles fonctionnels trompent sur le degré ou les lésions de l'étranglement.

Traitement. — SES INDICATIONS GÉNÉRALES. — Une règle absolue, que l'expérience des trente dernières années a consacrée définitivement, est que la hernie incarcerated doit être libérée au plus tôt. TRÉLAT en a donné la formule la plus affirmative : « Tout intestin sorti de l'abdomen doit y rentrer : le chirurgien, en présence d'un étranglement herniaire, ne doit point quitter le malade avant que les parties qui forment la hernie aient repris leur place par n'importe quel moyen. »

Taxis et débridement, c'est-à-dire réduction non opératoire et réduction sanglante : tels sont les deux procédés dont le chirurgien dispose et dont le choix se débat. Les conditions où se

discutait jadis le parallèle de ces deux méthodes se sont radicalement changées dans ces dernières années.

Tant que dura le péril de la péritonite septique par inoculation opératoire, le taxis conserva de suffisants avantages pour que ses indications aient été largement établies et développées par quelques-uns outre mesure, pour que sa durée et l'intensité de ses manœuvres aient été portées à des limites désormais inacceptables. A l'heure actuelle, la chirurgie péritonéale aseptique n'a plus ce danger; et ce n'est plus l'infection extérieure, opératoire, dont nous sommes maîtres et responsables, que nous redoutons ici, mais plutôt l'infection d'origine interne, venue de l'intestin, créée par la migration des microbes de sa cavité au travers de la paroi, infection coli-bacillaire que nous ne pouvons point combattre si nous lui avons laissé le temps de se produire.

Taxis peu prolongé; opération hâtive : voilà l'évolution radicale qui s'est produite actuellement dans le traitement de l'étranglement herniaire.

Il est des hernies qui ne peuvent supporter le taxis, même le plus modéré, et qu'on doit kélotomiser sans sursis. C'est le cas de ces herniaires qui nous arrivent avec leur intestin meurtri, avec un étranglement datant de plusieurs jours, le pouls petit et quelquefois une température au-dessous de la normale. C'est le cas des petites entéroécèles ombilicales ou des crurales marronnées qui ont dépassé la vingt-quatrième heure; des hernies péritonéo-vaginales brusquement étranglées, car il n'y a pas de hernie qui se prête mieux à la réduction en masse par décollement du diaphragme d'incarcération. Il est sous-entendu que le taxis respectera ces tumeurs herniaires où s'est fait « le calme trompeur » du sphacèle intestinal.

DU TAXIS : SES RÉGLES. — I. *Position du malade.* — Le malade est placé en décubitus dorsal : position de relâchement musculaire de l'abdomen et de l'ouverture herniaire; deux oreillers sous le siège, pour soulever le bassin et mettre la masse intestinale en déclivité vers le diaphragme; un traversin sous les genoux pour retenir fléchies les cuisses et les jambes; la cuisse en flexion et abduction forte, ce qui, dit MALGAIGNE, est

le meilleur moyen d'élargir les anneaux. Chez les hernieux obèses, la flexion forte de la cuisse est une gêne ; elle enfouit la tumeur herniaire dans la graisse sous-cutanée. Pour les hernies crurales, l'abduction extrême peut être incommode à cause de la tension du fascia crébriforme. — Le chirurgien se place sur le côté du malade, de préférence à droite, pour les hernies droites et médianes ; en général du côté correspondant, pour les hernies latérales. La région herniaire aura été rasée, savonnée, désinfectée, pour qu'il n'y ait point de retard dans l'opération, si elle est nécessaire.

II. *Technique des manœuvres*. — Trois à cinq minutes de taxis, sans anesthésie, voilà tout ce qu'on essaiera : encore faut-il ne pas avoir affaire à ces hernies étranglées douloureuses dont on ne peut approcher la main sans cris et révoltes du malade. Il ne faut point oublier que le taxis doit être fait avec toutes les chances de succès ; que l'on ne saurait, sans faute thérapeutique, infliger à l'intestin une malaxation inopportune, incorrecte ou insuffisante. Or, les chances de réduction sont notablement augmentées par la résolution chloroformique.

« Si on proposait à un chirurgien, -dit MALGAIGNE, de faire passer une vessie de porc pleine d'eau à travers une bague, il commencerait par la vider en pressant sur elle jusqu'à ce que tout le liquide fût sorti par le petit orifice de l'urètre, et c'est alors seulement qu'il chercherait à accomplir une manœuvre devenue facile. Il en est de même de l'intestin. » — Aussi doit-on commencer par vider et refouler la partie supérieure de la hernie : c'est la dernière venue dans le sac qui doit en sortir la première. En ne commençant pas la pression sur la partie supérieure, en empaumant et refoulant d'emblée la partie inférieure de la tumeur herniaire, le chirurgien s'expose à décoller le sac et à réduire en masse. Au niveau du collet, la main gauche saisit le pédicule et l'étire, pendant que les doigts de la main droite refoulent le contenu du sac en commençant par vider la partie voisine de l'anneau. — La position en plan incliné, à la façon de TRENDLENBURG, facile à improviser (jambes du malade chargées sur les épaules d'un aide), favorise la réduction :

MORAND, SHARP et LOUIS avaient déjà réussi par ce procédé, réinventé par LESAGE en 1874.

III. *Fausse réduction*. — Une hernie a été réduite : les symptômes d'étranglement persistent : le malade continue à avoir des coliques, à ne rendre ni matières ni gaz, à vomir. Il faut savoir, toutefois, que la plupart des malades, après réduction efficace, ne vont à la selle qu'au bout de quelques heures, que certains ont encore quelques coliques, parfois deux ou trois vomissements.

Après dix à douze heures écoulées, la persistance des accidents motive une intervention. Ordinairement, elle tient à la *réduction en masse*. On dit qu'il y a réduction *en masse* ou *en bloc*, lorsqu'on refoule avec l'intestin le sac tout entier et son collet, agent de striction : il y a donc substitution d'un étranglement interne à l'étranglement externe. Les viscères refoulés ne restent pas dans la cavité péritonéale : ils sont poussés entre la péritoine pariétal décollé et la paroi musculaire, ou bien ils pénètrent dans l'interstice des plans musculo-aponévrotiques du petit oblique et du transverse, dissociés par ces pressions. — Dans quelques cas de hernies inguinales, on a vu l'intestin, refoulé par le taxis, se réfugier et s'étrangler dans un diverticule sous-péritonéal du sac, c'est-à-dire dans un renflement profond du sac, occupant le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi, et communiquant avec le sac superficiel inguino-scrotal par un étroit orifice situé au niveau de l'anneau profond. — Plus rarement, il est arrivé que le corps du sac se rompe au voisinage du collet et qu'à travers sa déchirure l'intestin refoulé passe dans le tissu cellulaire ambiant. — En pratique, on ne poursuit point ce diagnostic différentiel : il faut supprimer l'étranglement, quelle qu'en soit la cause. On a le choix entre une laparotomie sur la ligne blanche ou une incision sur le prolongement du trajet herniaire.

²⁹ DE LA KÉLOTOMIE. — Toute hernie étranglée doit être réduite aussitôt par la kélotomie, si le taxis est impuissant ou contre-indiqué.

Soins pré-opératoires. — Comme instruments, on prépare

et met à portée : un bistouri droit ; un bistouri boutonné ; écarteurs de Farabeuf et de Volkmann ; pinces à griffes ; aiguilles de Cooper ou de Championnière ; de bons ciseaux, bien agissants de la pointe ; une paire de ciseaux à bouts mousses ; une sonde cannelée, ou mieux la sonde à goitre de Kocher, que nous préférons parce qu'elle sert à la dissection mousse et, grâce à sa largeur, à la multiplicité de ses rainures, favorise la protection de l'intestin pour le débridement ; des pinces hémostatiques, modèles Kocher et Péan ; tout ce qu'il faut pour les sutures, aiguilles, soies fines, pinces à coprostase, bouton de Murphy, une seringue de Pravaz et une pipette stérilisée, si l'on veut recueillir le liquide herniaire ; du sérum artificiel stérilisé et tiède.

Le malade doit être bien couvert : les hernieux étranglés n'ont que trop de tendance à se refroidir et à faire de l'algidité. On aura, pour les grosses hernies, des compresses aseptiques trempant dans du sérum artificiel chaud ; peut-être les faudra-t-il pour l'enveloppement antiseptique de la masse intestinale : tout autour de la région herniaire, des champs aseptiques ou des serviettes bouillies dans l'eau sublimée. — Faut-il recourir à l'anesthésie générale ou peut-on se contenter de l'insensibilisation par une injection de cocaïne ? Nous n'hésitons pas à déclarer que, dans la plupart des cas, cette dernière sera suffisante et avantageuse.

On assigne quatre temps à la kélotomie. Le premier est l'*incision des parties molles* : faites des incisions hautes, au-dessus du pédicule ; par là, le débridement se simplifie, la région est bien exposée ; il devient facile de sectionner les parties résistantes.

Dans le deuxième temps le chirurgien fait la *recherche et l'ouverture du sac* : une couche lisse, dépourvue de graisse, de coloration foncée, vineuse ou rougeâtre, sous laquelle on perçoit généralement du liquide, apparaît quand les dernières lames celluluses ont été sectionnées et écartées ; c'est le sac qu'on incise sur la sonde cannelée et dont on saisit les lèvres par deux ou quatre pinces à forcipressure.

Troisième temps : *recherche de l'agent d'étranglement et débridement*. Dans la cavité ouverte du sac, le chirurgien a trouvé la

masse intestinale ou intestino-épiploïque plus ou moins altérée. Le débridement, selon la méthode classique, se faisait en portant l'index gauche au niveau de l'anneau constricteur, en refoulant l'anse avec la pulpe de ce doigt, en conduisant à plat sur l'ongle le bistouri boutonné (bistouri falciforme de Pott ou d'A. Cooper) dont on tourne le tranchant du côté de la bride, et en faisant pénétrer la lame de quelques millimètres.

Chaque espèce de hernie a ses zones anatomiques périlleuses, d'où le bistouri doit s'écarter. Voici les règles classiques : *Pour la hernie inguinale* le péril artériel est l'épigastrique : on le respecte en débridant, en haut et légèrement en dehors. *Pour la hernie crurale*, les anatomistes décrivent le cercle vasculaire incomplet qui entoure l'orifice herniaire : les vaisseaux fémoraux en dehors, l'anastomose qui unit l'épigastrique et l'obturatrice en dedans voilà les dangers : on débridera en bas et en dedans contre l'attache du ligament de GIMBERNAT au ligament sus-pubien. La *hernie ombilicale* n'a point de voisins à fuir : on est libre d'orienter l'incision suivant la facilité plus grande.

La pratique des cures radicales nous a habitués à de plus larges incisions. Protégeant l'anse herniée, nous fendons de bout en bout le trajet inguinal ; nous prolongeons en haut le débridement des crurales, sans redouter la section de l'arcade

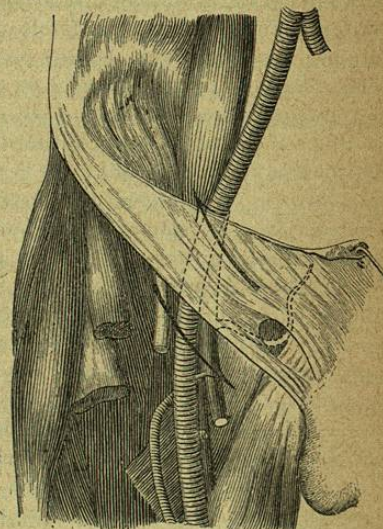


Fig. 128.

Direction du débridement dans la hernie inguinale et dans la hernie crurale.

de Fallope, forcipressant l'anastomose entre l'épigastrique et l'obturatrice, si elle se trouve devant le bistouri, et arrivant parfois à une véritable laparotomie latérale ; dans les hernies ombilicales, l'omphalotomie nous a accoutumés à ouvrir amplement la paroi. Sur ce point encore, la technique a subi, par rapport aux anciens préceptes, une radicale transformation. Grâce à ces larges incisions, la kélotomie se simplifie pour certaines hernies réputées autrefois de débridement malaisé : hernies propéritonéales ; hernies péritonéo-vaginales où il faut aller débrider l'orifice supérieur du canal.

Quatrième temps : *réduction*. Le débridement doit être suffisant pour que la réduction soit facile et totale. Suivant le mot de PELLETAN, l'intestin fuit alors et « semble se précipiter dans le ventre ». Méfiez-vous des rentrées laborieuses : il faut craindre alors le *refoulement de l'intestin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal* à travers l'incision pratiquée pour le débridement. Selon le précepte de DIOXIS, « fourrez le doigt dans le ventre après la réduction » : promené autour de l'orifice herniaire, il devra se sentir dans une cavité vaste, recouverte par une séreuse plane, n'offrant ni bride, ni repli, ni adhérence, et renfermant des anses lisses et libres. Si la réduction a exigé des efforts, si le doigt introduit dans le trajet herniaire ne pénètre pas librement dans le ventre, si l'on sent dans la profondeur la résistance élastique de l'anse, non mobile, fixée en même situation, il ne faut point hésiter à dégager, en prolongeant par en haut l'incision, l'anse de la cavité nouvelle qu'elle s'est créée entre le péritoine et la paroi décollés.

3° TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE HERNIAIRE. — Avant de réduire il faut attirer l'anse au dehors, de façon à découvrir le contour de la portion serrée et à rechercher s'il y a une section ou une perforation à ce niveau. On examine de même le corps de l'anse. Il y a des lésions qui ne prêtent point à l'hésitation : telles, une perforation, au niveau de laquelle des matières intestinales jaunâtres font issue ; des plaques de sphacèle ardoisées ou grisâtres ; des taches blanches indiquant une infiltration purulente de la paroi ; une hernie de la muqueuse à travers la muscu-

leuse et la séreuse érodées ; une large ecchymose sous-péritonéale.

Lorsque l'anse offre une coloration très foncée qui ne s'éclaircit point à l'air et sous l'influence d'une fomentation de sérum bouilli tiède, lorsqu'elle présente de l'infiltration sanguine dans sa paroi, lorsque sa tonicité est très altérée, il faut redouter un sphacèle secondaire qui, une fois la réduction faite, se compléterait dans le ventre : mieux vaut alors ne pas réintégrer l'anse. Divers procédés sont, en ce cas, applicables, selon le degré et l'étendue des altérations : 1° la kélotomie sans réduction ; 2° l'entérorraphie sans excision ; 3° l'entérectomie avec entérorraphie circulaire ; 4° l'anus contre nature.

I. *Kélotomie sans réduction*. — La kélotomie sans réduction consiste à laisser l'anse dehors, sans l'ouvrir, sous un pansement antiseptique humide. On verra ainsi le sphacèle se limiter à une perforation : au lieu d'aboutir à l'anus contre nature, on s'en tient à une simple fistule stercorale ; des adhérences ont eu le temps de s'établir, qui s'opposent à l'épanchement dans le péritoine ; l'intestin rentre peu à peu spontanément.

II. *Procédé de l'entérorraphie sans excision*. — Quand il s'agit d'un point limité de sphacèle, plaque ou sillon, un procédé excellent consiste à le traiter par l'entérorraphie sans excision des parties mortifiées, partant sans ouverture de l'intestin, ce qui est une garantie absolue contre l'inoculation opératoire de la séreuse. On se borne à inclure le point de nécrose dans l'intestin, à l'enfourer par deux rangées de sutures séro-séreuses et à l'exclure ainsi, de la cavité péritonéale. Pour cela, on déprime la paroi malade, avec un instrument mousse, sonde ou stylet, et l'on fait les sutures par-dessus ; l'escarre, ainsi enterrée, s'éliminera ultérieurement par les voies naturelles : c'est le principe du « tout-à-l'égout ». MARTINET, PIÉCHAUX et GUINARD ont, avec raison, recommandé cette technique qui ne trouve, comme contre-indication, que l'étendue de la plaque de sphacèle et le rétrécissement intestinal qui en pourrait résulter et qui, partant, ne saurait s'appliquer qu'à des points limités ou à des bandes étroites de gangrène herniaire.

III. *Anus contre nature et entérectomie*. — Quand la plaque de

gangrène est tellement large que cette entérorraphie latérale entraînerait un rétrécissement excessif de l'intestin, quand le chirurgien trouve le contour de la portion serrée très aminci, réduit, presque, à sa séreuse et en instance d'ulcération, quand, enfin, on a affaire à une anse montrant des points multiples de nécrose, de ramollissement ou d'infiltration hémorragique, le débat s'établit — et il n'est point neuf — entre l'*anus contre nature* et l'*entérorraphie après résection circulaire* de l'intestin.

IV. *Anus contre nature*. — S'agit-il d'un chirurgien mal aidé, mal pourvu, a-t-on affaire à un malade déprimé, incapable de supporter de longues manœuvres, l'*anus contre nature* s'impose encore, par d'assez nets avantages : c'est une opération simple et brève ; elle est réalisable avec une aiguille de trousse et les instruments usuels ; elle vide rapidement le bout supérieur dont les liquides stagnent et distendent la paroi, risquent d'inoculer le péritoine par migration microbienne, et empoisonnent l'organisme par résorption de leurs toxines ; enfin elle remédie aux phénomènes de paralysie intestinale si fréquemment observés après la kélotomie. — Dans les petites crurales marronnées avec pincement latéral, c'est une bonne opération : rien de plus simple que de fixer l'intestin à la peau par une couronne de sutures et de l'ouvrir ; elle convient, de même, aux plaques gangréneuses larges de l'ischémie partielle.

Dans les hernies inguinales, le pronostic est bien moins favorable ; pour les grosses hernies et dans le cas de sphacèle mortifiant une anse sur une grande longueur, l'*anus artificiel* a toujours un éperon considérable, l'orifice est plus béant, les chances d'infection plus nombreuses. Aussi, en présence de masses viscérales enflammées dont il faut faire l'excision, un opérateur rompu à la chirurgie abdominale, bien outillé, préférera, chez un malade encore en bon état, les opérations radicales ; comme l'a dit TRÉLAT, il n'admettra l'*anus contre nature* que lorsqu'il sera établi de lui-même ; il fera l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire.

L'*anus contre nature* n'est qu'un pis aller thérapeutique, VON BERGMANN, KOCHER et CHAPUT insistent, à juste titre, sur ses

dangers : l'écoulement des matières provoque souvent un phlegmon grave de la région du sac, qui peut inoculer le péritoine, produire des suppurations sous-péritonéales diffuses, déterminer des thromboses septiques dans les veines voisines. Les malades succombent fréquemment à l'épuisement qu'entraîne la déperdition des matières ; et bien que ce péril soit surtout redoutable quand l'*anus* est voisin de l'estomac, il existe encore pour des orifices situés assez près du cæcum.

V. *Résection circulaire de l'intestin et entérorraphie*. — Si l'on est en bonne situation pour intervenir primitivement, on fera la résection circulaire de l'anse sphacélée et l'entérorraphie.

La mortalité de cette intervention reste encore notable. Trop souvent, les tissus, sains en apparence, sont altérés histologiquement, par des foyers de nécrose ou l'hémorragie, qui ouvrent la voie aux pénétrations microbiennes, ou par des lésions de ramollissement, qui font lâcher les sutures. De là, des perforations secondaires, par entérite herniaire ulcéreuse, au niveau de points dépassant des lésions apparentes ; le bout supérieur, à cet égard, est particulièrement menacé, en raison de la rétro-dilatation dont il est le siège en amont de l'étranglement.

Car, la rétention des matières joue un rôle que les cliniciens avaient bien reconnu, et que les données bactériologiques contemporaines nous expliquent. Par l'hypertension intestinale, elle force sur les points de suture, coupe les tissus sur les fils, et disjoint la réunion, ce qui entraîne une péritonite mortelle ; elle facilite la production des perforations spontanées du bout supérieur signalées par NICAISE, CORNIL, MIKULICZ, CHAPUT. En dehors de cette action mécanique, elle intervient en exaltant par la stagnation, la virulence des microbes intestinaux, en favorisant leur pénétration pariétale, en provoquant ainsi l'inoculation de la séreuse : c'est là, la gangrène putride par coprostase, dont parlait KÖNIG.

Aussi la résection ne doit point se limiter aux parties mortifiées : il faut, surtout du côté du bout supérieur, la faire porter en parties saines, exemptes d'ecchymoses sous-séreuses, d'infiltrats hémorragiques, de points de ramollissement. — La suture est la méthode la plus simple, qu'il faut apprendre à

exécuter rapidement : après section de l'intestin et du mésentère, les deux bouts, fermés à distance par une pince à crémaillère douce, sont attirés sur un lit de compresses. Dans un premier temps, on adosse, par un surjet, les surfaces séreuses des deux parois postérieures ; dans un second temps, on suture par leur tranche les deux parois, d'abord sur la demi-circonférence postérieure, puis sur la demi-circonférence antérieure ; dans le troisième temps, on adosse par un surjet les surfaces séreuses antérieures.

Le bouton de Murphy nous paraît avoir quelques avantages, sur la méthode de la suture, dans la gangrène des anses grêles : il nous a fourni le moyen d'exécuter avec rapidité — quinze à vingt minutes — une réunion intestinale parfaite, une « entéro-synthèse » après résection : par là, se trouve écartée cette grosse objection du shock opératoire, particulièrement redoutable chez cette catégorie de malades. Il a mis à la portée de la plupart des praticiens une intervention, qui se pose le plus souvent avec un caractère d'urgence. Sur chaque bout de l'anse excisée, on passe un fil fin, faufilé en une sorte de coulisse, dans l'épaisseur des tuniques séreuse et musculuse, à 2 millimètres environ de la tranche de section. Puis, dans chaque bout, l'une des moitiés du bouton, tenu par une pince, est introduite ; et les deux chefs de la suture faufilée, serrés et noués, appliquent et froncent sur le tube central la tranche intestinale. Cela fait, on enclave et l'on serre l'une dans l'autre les deux moitiés du bouton, pour mettre en continuité les deux bouts.

ARTICLE III

HERNIES IRRÉDUCTIBLES, NON ÉTRANGLÉES

Une hernie est dite *irréductible* lorsque son contenu ne peut rentrer dans la cavité abdominale. Or, en dehors de l'*irréductibilité brusque*, de l'*étranglement herniaire*, à phénomènes aigus et graves, il est des causes diverses et de gravité variable, qui mettent obstacle à la réduction des parties herniées.

1° HERNIES INTESTINALES VOLUMINEUSES AYANT PERDU DROIT DE DOMICILE. — Certaines entéroécèles, par leur volume, par la largeur de leurs anneaux, mal maintenues, ont véritablement « perdu droit de domicile dans le ventre » : alors que la main a réduit la masse intestinale, une autre partie glisse hors de l'anneau.

2° HERNIES IRRÉDUCTIBLES PAR AUGMENTATION DE VOLUME D'UNE DES PARTIES HERNIÈRES. — La cause principale de cette irréductibilité par excès de volume est, comme l'a dit HARTMANN, l'*hypertrophie d'une des parties graisseuses contenues dans la hernie, frange épiploïque du gros intestin, graisse de l'épiploon*. Nous avons vu les franges du côlon, hypertrophiées, constituer de véritables lipomes appendus à l'intestin, mettant obstacle à sa rentrée. L'épiploon hernié s'indure par places, s'épaissit en une masse lipomateuse, difficile à contenir, dans quelques cas rares impossible à réduire.

3° HERNIES IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES INFLAMMATOIRES. — Lorsqu'une hernie, d'abord réductible, est contenue par un bandage insuffisant ou mal appliqué (beaucoup de malades ne prennent pas la précaution de réduire préalablement et appliquent la pelote sur la hernie restée partiellement dehors), les viscères — *intestin, mais surtout épiploon*, — contractent avec le sac des adhérences qui empêchent leur réduction. Les adhérences sont des brides larges et courtes en général, s'épanouissant sur l'épiploon ou sur les anses : elles résultent d'un travail de péritonite plastique et se montrent, soit sous l'aspect d'exsudat fibreux (adhérences fausses, de Boiffin) soit sous la forme de membranes résistantes, fibreuses, avancées dans l'organisation conjonctive. — Ordinairement, il s'agit d'*entéro-épiplocèles* dont l'épiploon adhérent est irréductible, et dont l'anse intestinale, ne formant qu'une moindre portion de la hernie, demeure réductible. Les entéro-épiplocèles complètement irréductibles et les entéroécèles pures adhérentes sont deux variétés plus rares.

La hernie adhérente se présente sous deux formes, bien distinguées par GOSSELIN. Tantôt, elle existe sans douleur et sans symptômes fonctionnels, ou simplement avec quelques tiraillements passagers, soit dans la tumeur seule, soit dans la