

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

tumeur et le ventre. Tantôt la tumeur, irréductible depuis un certain temps, est devenue tuméfiée et douloureuse depuis peu : la douleur est spontanée, augmentée par la pression ; il y a des nausées, même des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux ; le malade ne va pas à la garde-robe et n'émet point de gaz ; le ventre se ballonne. Bref, le tableau d'un étranglement se dessine ; or, comme il s'agit de volumineuses hernies, habituellement dehors, se faisant par des anneaux très élargis et souples, il ne s'agit pas d'un étranglement vrai, mais d'accidents variables : péritonite herniaire, inflammation du sac ; occlusion intra-sacculaire par des brides, par constriction dans un orifice accidentel de l'épiploon, par coudure d'une anse adhérente.

Ces accidents, au lieu de présenter la marche aiguë de l'étranglement peuvent évoluer avec lenteur ; il arrive même parfois que, sous l'influence du repos, des applications de glace, des lavements purgatifs, ces phénomènes d'obstruction disparaissent, jusqu'à une prochaine crise. De là, l'importance autrefois accordée à ce diagnostic entre l'étranglement vrai et les accidents d'inflammation ou d'occlusion des hernies adhérentes. Actuellement, où l'intervention précoce a moins de périls que la temporisation, cette distinction a perdu sa valeur et l'on opère, toutes les fois qu'une contre-indication n'est pas fournie par l'âge ou l'état général du sujet.

4° HERNIES IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES NATURELLES. — Ce sont toujours des hernies du gros intestin. Ce dernier est fixé à la paroi du sac par le repli péritonéal qui normalement l'unit à la paroi abdominale : nous développons ce point à propos des hernies du cæcum et du côlon (page 443). — Cette distinction, fixée par SCARPA dès le commencement du siècle, est d'une grande importance pratique : les *adhérences charnues naturelles* ne doivent point être traitées, *comme les brides accidentelles*, par la section totale ; il faut s'efforcer de les réduire avec le sac, en suivant un glissement inverse du mouvement qui a amené hors du ventre ces attaches péritonéales des viscères.

CHAPITRE III

HERNIES EN PARTICULIER

ARTICLE PREMIER

HERNIES INGUINALES

Définitions et variétés. — La hernie inguinale, la plus fréquente, sort de l'abdomen par la fossette péritonéale externe et parcourt le trajet oblique, de dehors en dedans, — *canal inguinal* — qui est creusé dans la paroi et qui répond à la voie suivie par le testicule, lors de sa migration vers le scrotum : c'est la *hernie oblique externe*. — Tantôt les viscères entrent dans un canal séreux plus ou moins perméable, formé par le conduit péritonéo-vaginal imparfaitement oblitéré ; la hernie se fait alors dans un sac préexistant qui a une origine congénitale : aussi appelle-t-on cette première variété *hernie congénitale* bien qu'elle puisse se montrer pour la première fois à un âge avancé. Tantôt les viscères repoussent devant eux la séreuse péritonéale et s'en constituent une enveloppe : on donne à cette seconde variété, qui ne trouve point devant elle un sac préformé, le nom de *hernie acquise*. — Cette distinction classique n'est point rigoureusement exacte. En réalité, la grande majorité des hernies obliques externes, dites acquises, s'amorce à la faveur d'une disposition congénitale : à savoir la persistance, au niveau de l'orifice profond, d'un reste du canal péritonéo-vaginal, sous la forme d'un infundibulum par où commencent la dépression et le refoulement progressif de la séreuse.

Au lieu de suivre obliquement le canal inguinal dans toute