

non ramollie par l'inflammation, la dissection et la réduction pourront être tentées. Si elles sont larges, résistantes et comme dans les cas de Garengoet, Arnaud, J.-L. Petit, Dionis étendues à une grande partie de la hernie, il vaut mieux les respecter, opérer le débridement et attendre. Il pourra se faire comme dans les cas de J.-L. Petit et de Merger un anus contre nature qui se guérira spontanément, mais devrait-on intervenir plus tard pour le guérir, mieux vaut encore cela que de réduire dans le ventre une anse intestinale déchirée et suturée et même un intestin que la dissection des adhérences a disposé à l'inflammation et à de nouvelles adhérences intra-abdominales prédisposant à l'étranglement interne.

III. — Hernie crurale.

Anatomie chirurgicale. — L'anneau crural, qui livre passage à la plupart des hernies du même nom, est une ouverture triangulaire circonscrite en haut et en avant par le ligament de Fallope, en bas et en arrière par le pubis, en dehors par le *fascia iliaca* recouvrant les muscles psoas et iliaque; l'angle interne, le seul qui mérite d'être noté, est occupé par le ligament de Gimbernat. Sa largeur est sujette à varier; toutes les parties étant en repos, sur un homme bien constitué, Malgaigne l'a trouvée d'environ 3 centimètres; en écartant le *fascia iliaca* en dehors, chose très-facile, elle allait à 5 centimètres. Par cet anneau passent l'artère et la veine crurales, situées en dehors et un peu en arrière; le reste de l'espace est occupé par du tissu cellulaire, des lymphatiques, et quelquefois un ganglion. Mais l'anneau est fermé du côté de l'abdomen par une lame fibreuse, dite *septum crural*, sur lequel reposent le *fascia propria* et le péritoine (fig. 582 et 593).

A l'anneau crural fait suite le canal crural, formé en dehors par le *fascia iliaca*, en arrière par l'aponévrose du pectiné, en avant par l'aponévrose *fascia lata*, mince et criblée de trous en dedans, où elle prend le nom de *fascia cribriforme*; on donne pour orifice inférieur au canal l'ouverture par laquelle passe la veine saphène.

La hernie crurale descend généralement par l'anneau, se prolonge plus ou moins loin dans le canal, jusqu'à sortir quelquefois par l'ouverture de la veine saphène; mais le plus souvent elle se fraie un passage par un des trous du *fascia cribriforme*, un peu

au-dessous du ligament de Gimbernat. Dans quelques cas rares, elle passe à travers une ouverture de ce ligament même. Enfin lorsqu'elle est arrivée sous la peau, fréquemment elle remonte en avant du ligament de Fallope, au point de simuler quelquefois une

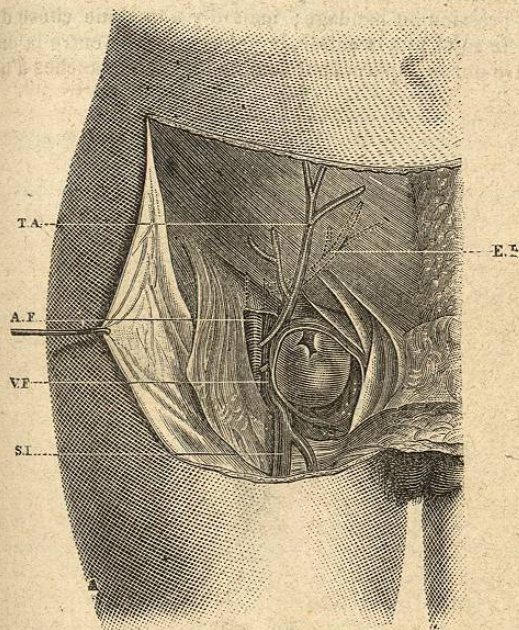


Fig. 593.

RAPPORTS DE LA HERNIE CRURALE.

A.T. artère et veine tégument. abdominales. — A.F. artère fémorale. — V.F. veine fémorale. — S.I. saphène interne.

hernie inguinale. Ceci suffira pour ce que nous avons à dire de la hernie simple.

I. HERNIE SIMPLE. — Elle réclame l'application d'un bandage, consistant généralement en un ressort analogue à celui de la hernie inguinale, si ce n'est que son extrémité antérieure est fortement

coudée pour arriver au pli de l'aîne; et en une pelote de forme variable. Il faut noter que lorsque le sujet est debout ou couché, la pelote n'appuie jamais exactement sur l'anneau crural, première porte traversée par la hernie, et se borne à comprimer l'orifice du fascia cribriforme. De là déjà l'impossibilité de guérir la hernie par la pression du bandage; mais il y a quelque chose de plus. Quand le sujet plie la cuisse, la pelote, pressée entre la cuisse et le ventre qui se rapprochent comme les deux branches d'un com-

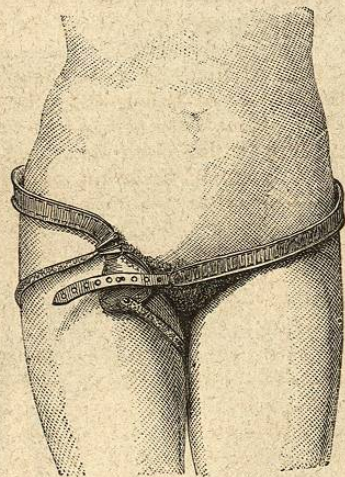


FIG. 594.

Bandage crural.

pas, ne saurait rester au fond de l'angle; elle est plus ou moins refoulée en avant; en sorte qu'il n'y a pas une seule hernie crurale qui soit exactement contenue, et il est même douteux qu'on puisse jamais surmonter cet obstacle.

La cure radicale, impossible à obtenir par le bandage, a été tentée par Jameson, à l'aide du procédé décrit tome I, page 138; et par d'autres en refoulant les téguments dans l'anneau à l'imitation du procédé de Gerdy pour la hernie inguinale. Il n'y a pas d'exemple de guérison assurée.

II. HERNIE ÉTRANGLÉE. — On ne comprendrait rien aux procédés proposés contre la hernie crurale étranglée, si l'on ne savait que jusque fort avant dans le XIX^e siècle, et le canal et la marche de la hernie étaient généralement inconnus. Malgaigne a été le premier à annoncer, par exemple, que l'étranglement n'est jamais produit par l'anneau crural, et qu'il l'est le plus souvent par les ouvertures anormales du fascia cribriforme.

Je ne reviendrai pas sur les positions diverses conseillées dans la hernie inguinale, et appliquées de même à la hernie crurale; du reste on y compte encore moins de succès ici qu'ailleurs, les deux grandes ressources sont le taxis et l'opération.

1^o Du taxis. — Pour pratiquer le taxis, Richter recommande de fléchir la cuisse; Scarpa, de la porter dans la flexion et l'adduction à la fois; Allan Burns y ajoute la rotation en dedans. On relâche ainsi toutes les parties, condition favorable à la réduction. Mais Demeaux a justement remarqué que si le fascia cribriforme est très-relâché, il se laissera trop déprimer dans la flexion; et une légère extension lui paraît préférable. La meilleure position à donner est l'abduction, la rotation en dehors et une extension modérée.

Les manœuvres du taxis indiquées pour la hernie inguinale doivent être dirigées ici par les mêmes principes; seulement la direction de l'impulsion a besoin d'être spécialement précisé. Sabatier voulait qu'on repoussât la hernie en dedans, du côté de l'ombilic: conseil détestable, qui atteste seulement que Sabatier ne connaissait pas cette hernie. Dupuytren, par la plume de Sanson et Bégin, émet une bien autre idée: il veut d'abord, si la hernie est remontée au-devant du ligament de Fallope, qu'on la refoule directement en bas ou obliquement en bas et en dedans, pour la ramener à l'orifice inférieur du canal; après quoi on la poussera « *directement d'avant en arrière, puis d'avant en arrière et de bas en haut, pour que les viscères déplacés franchissent successivement l'orifice inférieur du canal, le canal lui-même, et son orifice supérieur.* » Tout cela est de pure théorie; dès que la hernie a franchi l'orifice constricteur, tout est dit, elle achève de rentrer elle-même; tout au plus, si elle restait dans le canal dilaté, serait-il besoin de la repousser en appuyant directement le pouce sur le canal.

La première chose à faire est donc de rechercher l'orifice que la hernie a traversé; et, pour cela, de circonscrire la tumeur avec les doigts et d'en suivre le pédicule. Quand le gonflement rend cette recherche impossible, on s'en tient à cette notion gé-

nérale, que la hernie sort le plus souvent par un trou du fascia cribriforme, au côté antérieur et un peu interne du canal, à un centimètre environ au-dessous des ligaments de Faloppe et de Gimbernat; et l'on tâche de faire rentrer la hernie par cet orifice présumé, en la poussant un peu en arrière et un peu en dehors.

La plupart des hernies crurales sont petites, *marronnées*, ce qui est l'indice d'une ouverture très-étroite et d'un étranglement très-serré; aussi résistent-elles davantage au taxis, même au taxis forcé. J'ai dit que Gosselin avait obtenu la réduction 17 fois sur 19 hernies inguinales; sur 13 hernies crurales, il n'a réussi que 8 fois; encore une de ces réductions, obtenue en 12 minutes pour un étranglement datant de huit heures, fut suivie d'un épanchement de matières fécales et d'une péritonite mortelle.

Thierry avait fait construire, pour agir avec plus de force, une pince avec deux mors de buis destinés à comprimer la hernie, et rapprochés au moyen d'une vis. Il a réduit, à l'aide de cette pince, deux hernies crurales; mais bien qu'elle soit assurément supérieure au taxis à quatre et à six mains, personne, après Thierry, n'a eu la hardiesse de s'en servir.

Pour moi, dans ces petites hernies crurales, je suis les préceptes de Malgaigne; j'essaye le taxis seul avec modération; et quand après dix ou quinze minutes au plus je n'ai rien obtenu, je passe immédiatement à l'opération.

2^e *Opération du débridement.* — La hernie crurale étranglée est ordinairement sinon toujours, en dehors du canal, sous la peau et les fascias sous-cutanés. On pourrait donc croire que la division de ces couches va mettre le sac à nu, et il en est ainsi quelquefois; mais, d'une part, les ganglions de l'aîne engorgés peuvent s'interposer entre la peau et le sac; d'une autre part, il y a fréquemment une couche spéciale provenant de l'abdomen, et repoussée en avant par la hernie même. C'est une portion du *fascia propria* et du tissu adipeux sous-péritonéal, qui peuvent simuler à la fois et le sac et une couche d'épiploon; et il faut une certaine attention pour éviter l'erreur.

Lorsqu'on attribuait l'étranglement à l'anneau crural, la disposition des vaisseaux était bien faite pour effrayer le chirurgien. En dehors, en effet, se trouvent l'artère et la veine crurales; en haut et en dehors l'artère épigastrique; en haut et en dedans, le cordon spermatique chez l'homme; de plus, dans les deux sexes, fréquemment l'artère obturatrice née de l'épigas-

trique contourne la partie supérieure de l'anneau et redouble le danger de débrider de ce côté; en bas, l'anneau est complété par des os. Reste donc le côté interne, où l'on débriderait sur le ligament de Gimbernat. Or, dans les cas où l'artère obturatrice longe la partie supérieure de l'anneau, elle descend sur le bord interne de ce ligament, et complète autour de l'anneau un cercle d'artères que le bistouri ne saurait diviser impunément, à moins que par un heureux hasard.

Aussi les chirurgiens se sont fort tourmentés pour écarter le danger, et ils ont attaqué tour à tour tous les côtés de l'anneau. Sharp débridait en dehors et en haut; Pott directement en haut; Sabatier en haut et en dedans du côté de l'ombilic; Gimbernat en dedans et sur le ligament qui porte son nom, en rasant la face supérieure du pubis. Scarpa avait recours au débridement multiple en faisant trois ou quatre petites incisions sur le bord inférieur de l'arcade crurale. A. Cooper faisait une petite incision parallèlement à cette arcade et un peu au-dessus, écartait le cordon spermatique du tranchant de l'instrument, au moyen d'une sonde cannelée recourbée, et divisait sans crainte le bord de l'anneau qui est au-dessous. Dupuytren débridait de dedans en dehors et de bas en haut parallèlement au cordon spermatique, en se servant d'un bistouri boutonné à lame étroite et convexe sur son tranchant, pour diviser les tissus de l'extérieur à l'intérieur. Enfin Verpillat a proposé de débrider en bas et en arrière, en divisant la corne inférieure du ligament de Gimbernat et le ligament pubien.

Malgaigne fit tomber d'un seul mot toutes les craintes chimériques: *jamais l'anneau crural n'est l'agent de l'étranglement*; il avait cependant supposé le cas où le collet du sac siègerait au niveau de cet anneau, et indiqué alors les précautions à prendre. Or, jamais jusqu'à présent le collet du sac n'a été rencontré à cette hauteur; toujours il répond à l'ouverture du fascia cribriforme, et j'ajoute même qu'ici l'étranglement par le collet est fort rare. Un seul cas serait embarrassant, si la hernie avait traversé le ligament de Gimbernat; il est impossible, en effet, de savoir s'il existe là une artère obturatrice anormale et de quel côté elle existe. Mais tous ces orifices anormaux se laissent facilement érailler, sans qu'il soit besoin du bistouri; et dès lors on n'a rien à craindre pour l'artère. Voici donc le procédé que Malgaigne a institué pour cette hernie.

Procédé de Malgaigne. — Le sujet couché sur le dos, la cuisse étendue et portée toute ensemble dans l'abduction et la rota-

tion en dehors, on fait sur la tumeur, suivant son plus grand diamètre, une incision transversale que l'on transforme au besoin en incision en T, ou même en incision cruciale. Les couches sous-cutanées étant divisées, il se présente le pseudo-sac et le pseudo-épiploon d'ont j'ai parlé : on ouvre ce sac avec précaution, on glisse le doigt par-dessous pour le décoller des parties sous-jacentes, et on essaye alors de développer ce qui paraît être l'épiploon. Si cela ne se peut, on est en mesure d'affirmer que c'est un sac graisseux provenant du tissu adipeux sous-péritonéal. On le divise toutefois lentement, à petits coups, de peur d'erreur, et au-dessous on tombe sur le sac lui-même. En décollant celui-ci avec le doigt, comme l'autre, ce qui se fait cette fois avec une facilité admirable, on reconnaît assez facilement son pédicule, et par suite le siège de l'orifice constricteur. Quand l'étranglement est récent et que l'intestin peut être présumé sain, sans ouvrir le sac, on glisse entre son pédicule et l'orifice aponévrotique un instrument mousse, comme le petit bout d'une spatule ou une forte sonde cannelée en acier; et prenant cet instrument à pleine main, on le porte violemment en dedans, pour érailler l'orifice de ce côté. Immédiatement on porte le doigt dans l'érailement, pour juger s'il suffit et l'agrandir au besoin, et on réduit la hernie en laissant le sac en dehors.

Lorsque l'on craint pour l'intestin, on ouvre le sac; on glisse l'instrument mousse entre le sac et les parties contenues et on procède à l'érailement à l'ordinaire.

J'ai à peu près constamment suivi sur ce point la pratique de Malgaigne et je n'ai eu qu'à m'en louer. Il y a toujours un grand avantage à respecter le péritoine et à se mettre ainsi à l'abri de la pénétration du sang, de la sérosité et plus tard du pus dans la cavité péritonéale. J'ouvre parfois le sac après avoir déchiré l'anneau constricteur lorsque la durée de l'étranglement, la couleur du contenu du sac, vu à travers la transparence de la paroi, me laissent des craintes sur l'état de l'intestin. *Je ne suture plus les bords de la plaie cutanée. Lorsque la peau qu'on divise dans une opération quelconque a été irritée récemment par des applications irritantes, lorsqu'elle a été contuse, enflammée par la pression des doigts dans le taxis, on est exposé à voir l'incision de la peau être le point de départ d'un érysipèle; on augmente le danger par des sutures qui irritent par leur présence et amènent la rétention du pus, dans une plaie qui suppure presque toujours.*

Appréciation. — L'opération du débridement des hernies cru-

rales étranglées est un des plus graves de la chirurgie. Dans le relevé fait par Malgaigne pour les hôpitaux de Paris de 1836 à 1842, sur 220 opérations il y avait eu 133 morts, ce qui donne une mortalité de 60 pour 100. Elle a été plus grande encore pour les trois années 1861-1863, car si j'excepte les hernies ombilicales étranglées qui toutes ont amené la mort, sur 170 opérations il y eut 134 morts, ce qui donne une mortalité de 78,80 pour 100. Quelle est la proportion actuelle, aujourd'hui que l'on opère avec des précautions qui évitent au moins la contamination par les doigts, les éponges, etc. ? Je ne saurais le dire avec précision, le temps ne m'ayant pas permis de faire le relevé de nos services hospitaliers pour l'époque actuelle; mais si j'en juge par ce que je vois autour de moi, par les opérations faites dans mon service et d'urgence par de jeunes collègues, suivant tous les préceptes de la célèbre méthode antiseptique, la mortalité est encore très élevée.

D'ailleurs, il faut bien le dire, cette mortalité est trop souvent indépendante du chirurgien qui pratique l'opération. La plupart des malades de nos hôpitaux n'y arrivent qu'après plusieurs jours d'étranglement et après avoir été soumis en ville à des pratiques de taxis absolument exagérées; leur vie est déjà compromise presque sans ressources quand on peut leur faire l'opération.

Je me bornerai donc à insister sur les points suivants. Dans la hernie crurale étranglée, surtout dans les hernies petites, marquées, il ne faut faire qu'un taxis très modéré comme durée, car la réduction est tout à fait exceptionnelle. Si on ne réduit pas, il ne faut pas remettre l'opération, même à quelques heures, il faut opérer de suite.

A l'exemple de Malgaigne, j'ai toujours débridé sans ouvrir le sac, ou plus exactement avant de l'ouvrir. Si la hernie est récemment étranglée, je débride, par déchirure, l'anneau du *fascia cribriformis*, qui est l'agent de l'étranglement, et je réduis. Si j'ai des doutes sur l'état de l'intestin, j'ouvre le sac après avoir débridé. Une courte explication fera comprendre les avantages de cette manière de procéder. Si l'on débride après avoir ouvert le sac, on n'atteint l'agent de l'étranglement, le *fascia*, qu'après avoir sectionné toute l'épaisseur du sac, c'est-à-dire le péritoine. Si cette section donne un peu de sang, comme elle est faite au niveau du collet du sac, le sang peut s'écouler aussi bien du côté du ventre que vers le sac. Si par prudence, après avoir levé l'étranglement, on croit devoir ouvrir le sac, c'est au niveau de son fond, et non de son collet, c'est à une certaine distance de la cavité abdominale que je fais l'incision, et si le sac est épaissi, vascularisé, s'il donne

du sang, aucune partie de ce sang ne peut pénétrer dans l'abdomen.

Facilité et rapidité d'exécution, sécurité plus grande, tels sont les avantages du débridement des hernies crurales sans ouverture du sac.

IV. — Hernie ombilicale.

La hernie ombilicale se présente sous deux formes très diverses : la hernie congénitale, fort petite, facile à réduire, à maintenir, à guérir même, et ne s'étranglant peut-être jamais; et la hernie des adultes, plus volumineuse, présentant quelquefois deux ou trois lobes séparés par les cordons fibreux qui représentent la veine et les deux artères ombicales, ou encore par des brides fibreuses irrégulières. La hernie des adultes peut s'enflammer, ou même quelquefois s'étrangler, et l'inflammation et l'étranglement siègent assez souvent dans l'un de ces lobes, sans que les autres y prennent part.

1. HERNIE SIMPLE. — On la maintient par un bandage qui diffère beaucoup chez les enfants et chez les adultes. Chez les enfants, tous les bandages à ressort sont sujets à se déranger. Le meilleur consiste en une bande de linge ou de caoutchouc, qui fait une fois et demie le tour du corps, et sous laquelle, au niveau de l'anneau, on place une pelote plate, oblongue, rembourrée de laine, ou tout simplement une petite compresse d'une épaisseur suffisante.

Pour les adultes, après avoir fait rentrer la hernie, on prend avec de la cire le moule du creux ombilical; sur ce moule, on fait tailler une pelote de caoutchouc pur, reposant par sa base sur une plaque métallique séparée par un petit ressort spiral d'une autre plaque, sur laquelle appuie un grand ressort demi-circulaire, embrassant la moitié du corps. J'ai remplacé avec grand avantage la pelote ordinaire par une plaque en aluminium appliquée directement sur la peau, sans intermédiaire et maintenue par une ceinture élastique. Je prends d'abord le moule de la région, l'épreuve est faite en métal fusible, sur lequel la plaque d'aluminium est repoussée au marteau. La pelote des bandages ombilicaux est très sujette à se déplacer; on évite en partie cet inconvénient en la rendant mobile sur la ceinture qui reste en place, même lorsque le malade se courbe ou se

redresse. Les ceintures molles, sans aucun ressort, ont l'inconvénient de serrer circulairement le ventre. Pour rendre la pression antéro-postérieure suffisamment énergique, tout en usant d'une compression circulaire modérée, Dolbeau a modifié le ressort qu'il a raccourci et éloigné de la plaque.

La cure radicale ne s'obtient jamais par les bandages chez les adultes; chez les très jeunes enfants, elle s'obtient presque toujours par la seule action du bandage. Si le bandage ne suffit pas, ou si l'on veut obtenir une guérison plus prompte, Malgaigne a conseillé de passer à travers le sac, tout près de la base, des épingles serrées à l'aide de petits bouchons, pour obtenir l'adhérence de ses parois : c'est le procédé de Bonnet,

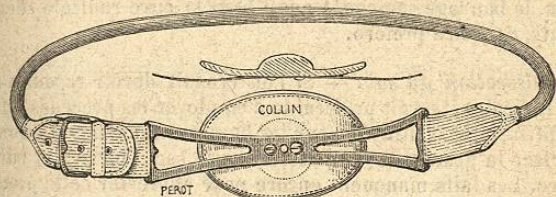


FIG. 595.

Bandage ombilical modifié par Dolbeau.

pour la hernie inguinale (voy. p. 396). Mais on a préféré détruire à la fois le sac et les téguments qui le recouvrent; il y a pour cela deux procédés : la *ligature* et les *casseaux*.

1° *Ligature*. — La hernie bien réduite, on fait autour du sac, et à sa base, plusieurs ligatures circulaires avec un fil ciré solide, serré le plus possible. Si le sac était un peu volumineux, Bouchacourt a proposé d'en traverser la base avec une aiguille armée d'un fil double, et de lier séparément les deux moitiés du pédicule. Du huitième au dixième jour, la ligature tombe avec les parties qu'elle a étranglées et frappées de mort; un petit ulcère en résulte, qui est prompt à guérir. Il est bon, durant deux ou trois mois, de faire porter à l'enfant un bandage circulaire, pour mieux prévenir toute récurrence.

2° *Les casseaux*. *Procédé de Chicoyne*. — Il se sert de deux petits casseaux de bois de 12 centimètres de longueur sur un d'épaisseur, aplatis sur leurs faces correspondantes et revêtus

d'un petit linge fin. La hernie réduite avec soin, il étroit le pédicule du sac entre ses deux casseaux, les serre aux deux bouts avec des fils cirés, glisse par-dessous une compresse fendue pour ménager la peau, et soutient le tout par un bandage de corps. En deux ou trois jours le sac est mortifié ; le cinquième ou le sixième, on enlève l'appareil, et l'on résèque les parties gangrenées ; le reste de l'eschare ne tarde pas à se détacher, et la plaie se cicatrise plus promptement, selon l'auteur, qu'après la ligature.

On pourrait tout aussi bien étreindre le pédicule du sac entre les mors d'une pince à baguettes, ou de pinces fenêtrées, comme nous en décrivons pour les hémorrhoides, et le détruire à l'aide du caustique. Mais, je le répète, à moins de conditions exceptionnelles, le bandage, amenant aussi bien la cure radicale chez les enfants, doit être préféré.

3^e *Dissection du sac.* — Si l'on croyait devoir recourir à la cure radicale, il serait préférable d'employer les procédés actuellement si souvent utilisés pour les hernies inguinales et crurales.

Inciser la peau et le sac, disséquer le sac, l'inciser et faire la suture. Les faits manquent encore pour apprécier cette pratique dont je suis, quant à présent, fort peu partisan.

Les hernies de l'enfance peuvent se guérir sans opération par le port d'un bandage et les hernies de l'adulte, si elles étaient assez volumineuses, assez difficiles à réduire par suite d'adhérence pour justifier l'opération, ne pourraient être opérées sans faire courir au malade des dangers bien autrement sérieux que pour la hernie inguinale.

II. *HERNIE ÉTRANGLÉE.* — Je n'ai rien à ajouter aux règles générales du taxis. Lorsqu'on est obligé de recourir à l'opération, on conseille de mettre la hernie à nu par une incision longitudinale ou en T, ou par une incision semi-elliptique, pour avoir un lambeau qui recouvrira l'orifice herniaire et interceptera le contact de l'air. On ouvre le sac avec précaution, et l'on débride en haut et à gauche. Pour les hernies volumineuses, on devra débrider autant que possible sans ouvrir le sac ; et, dans tous les cas, réunir par première intention, soit avec des bandelettes agglutinatives, soit par la suture. Mais il faut bien ajouter que l'étranglement pur est fort rare, et que le débridement avec ou sans ouverture du sac, lorsqu'il y a inflammation, est presque également dangereux.

ARTICLE IX

DES OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

On peut comprendre sous ce titre l'ouverture de l'intestin pour la création d'un anus artificiel ou d'une fistule intestinale, les opérations qui ont au contraire pour but d'oblitérer un anus anormal, accidentel ou artificiel ; la résection de l'intestin, et aussi la laparatomie lorsqu'elle est faite dans le cas d'étranglement interne.

I. — *Création d'un anus artificiel.*

On est obligé d'établir un anus artificiel dans diverses circonstances : ainsi d'abord, quand l'intestin rétréci ou invaginé ne permet pas le libre cours des matières ; ou bien encore quand un malade est réduit à une constipation absolue par un rétrécissement ou un cancer, soit du rectum, soit même d'une portion bien supérieure du gros intestin ; et enfin lorsqu'un enfant vient au monde avec une imperforation très étendue du rectum. Le lieu où se pratique l'anus artificiel est donc très variable. Cependant, chez les enfants imperforés, Littre avait proposé la région iliaque gauche, pour ouvrir l'S iliaque à travers la péritoine ; Callisen, la région lombaire gauche, pour ouvrir le côlon descendant, le péritoine respecté ; et tous les procédés peuvent se rallier à ces deux opérations. Ce sont donc les seules que nous décrivons ; en effet, au point de vue opératoire, les précautions pour ouvrir l'intestin, faire les sutures sont les mêmes quand on ouvre l'intestin grêle au-dessus d'un iléus, d'un étranglement interne, et je reporterai à l'article suivant ce que j'ai à dire comme parallèle de la laparotomie et de l'entérotomie par la méthode de Nélaton.

1^o *Méthode de Littre.* — L'S iliaque, chez l'adulte, commence à la fin de la région lombaire gauche, occupe profondément la fosse iliaque où elle décrit la double courbure qui lui a fait donner son nom et se continue avec le rectum près de l'articulation sacro-vertébrale. Elle est entourée dans presque tout son contour par un repli lâche et fort étendu du péritoine, qui lui donne une assez grande mobilité, et elle est d'ailleurs recouverte par des circonvolutions du petit intestin.