

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE L'ÉPIPLOON. — TRAITEMENT DU TESTICULE

Le traitement de l'épiploon mérite d'être considéré à part. Ce n'est pas pour la fameuse discussion sur la réduction ou la non réduction de l'épiploon exposé à l'air, discussion qui a passionné nos pères. Cette question n'existe plus. Tout ce qu'ont dit à ce sujet nos prédécesseurs est devenu sans intérêt; nous le réduisons ou le gardons à notre gré sans nous préoccuper des complications.

Dans la cure radicale qu'en fera-t-on? Il est absolument indiqué de réséquer tout ce qu'il sera possible d'enlever. En effet l'épiploon joue dans le mécanisme de la formation des hernies un rôle capital; dans quelques cas où il descend dans la hernie avec une petite quantité de liquide il est absolument impossible que celle-ci soit contenue, et dans tous les cas, il est souvent l'avant-garde qui fraie la voie pour l'intestin. Enfin, en séjournant dans la hernie il maintient le sac distendu.

Il est indiqué d'exciser non seulement l'épiploon qui est adhérent au fond d'un sac, mais tout ce que l'on

peut atteindre, tout ce que l'on peut attirer d'épiploon.

J'insiste sur ce point, parce que j'estime que l'épiploon est un agent de production de la hernie sur la valeur duquel on n'a pas assez compté. Cette excision à elle seule est un élément de cure radicale. Aussi, après une opération bien largement faite, moins il viendra d'épiploon au voisinage de l'anneau, moins la hernie aura de chances de récurrence.

Le traitement de l'épiploon pour la cure radicale doit être analogue à celui qu'on lui fait subir pendant l'ovariotomie lorsqu'on le trouve adhérent. On devra le lier avec du catgut ou de la soie préparée au bichlorure. Je l'ai toujours lié avec du catgut préparé par moi.

Toutefois, il faut assurer la fixité des fils avec plus de soin encore que lorsqu'on fait l'ovariotomie. En effet, les ligatures terminées il faudra rentrer l'épiploon dans le ventre par l'orifice plus ou moins étroit. Le nœud simple de catgut en frottant pourrait glisser ce qui serait fort dangereux. Puis, si on a enserré une forte portion d'épiploon il reste un gros bouchon difficile à rentrer dans le ventre.

Pour ces raisons j'emploie toujours du catgut bien résistant, plutôt gros (je l'ai dit plus haut), je le place sur les vaisseaux en traversant l'épiploon de part en part et en enchevêtrant les fils deux à deux comme on les place d'habitude sur le pédicule dans l'ovariotomie. Mais si le lambeau d'épiploon est considérable (j'en ai réséqué pesant 135 grammes et plus) au lieu de réunir le tout entre deux nœuds, je place plusieurs fils. Ces fils multiples je ne les place pas en chaîne comme on le fait pour l'ovariotomie et comme je l'ai montré tout à l'heure pour le collet du sac. Je les place ici par sections indépendantes, par groupes, si

j'estime qu'il faut placer une série de fils ; de cette façon l'épiploon que l'on rentre s'étale plus facilement, les fils tiennent très solidement, retenus par la trame même de l'épiploon, et ce plan membrano-adipeux, rentré dans le ventre, s'étale bien, ne forme ni nœud ni corde. Et comme

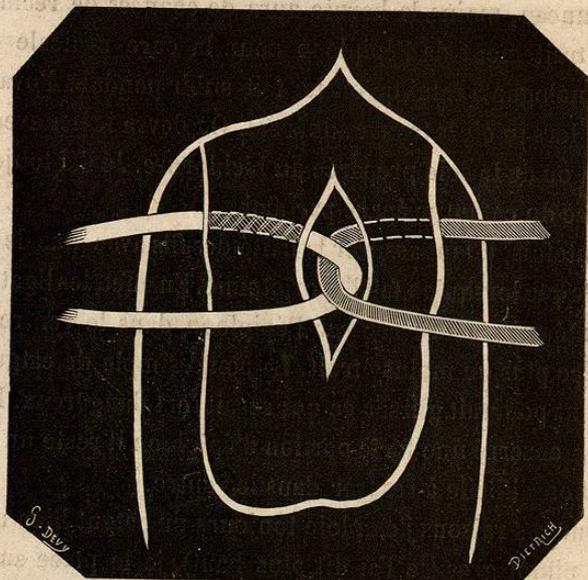


Fig. 7. — Épiploon avec deux ligatures en chaîne.

je n'ai pas craint de faire porter ma résection le plus haut possible, de placer mes ligatures au voisinage de l'intestin, il n'y a plus de franges épiploïques errantes au voisinage de l'anneau prêtes à s'y accoler, puis à peser sur la cicatrice pour la forcer.

La figure 7 représente le traitement de l'épiploon lors-

qu'une petite quantité seulement doit être réséquée, deux fils enchevêtrés l'enserrent et cela ne diffère pas de ce que nous faisons pour le collet du sac.

La figure 8 représente une masse épiploïque sur laquelle

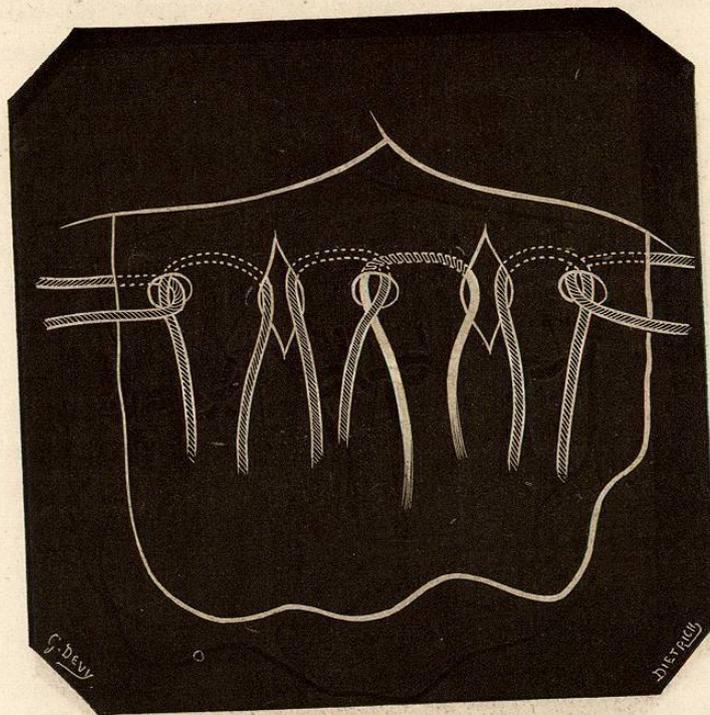


Fig. 8. — Épiploon avec six fils en trois séries.

six fils en trois sections distinctes ont été placés. Ce schéma doit faire comprendre aisément leur disposition.

La figure 9 représente le même épiploon serré. On voit comment les trois sections restent distinctes, et pour voir

combien la manière de faire est différente pour le sac et pour l'épiploon, on peut comparer cette figure à la figure 6 (p. 44), qui représente cinq fils placés en chaîne sur un pédicule de sac.

Ce traitement de l'épiploon est facile en principe; en

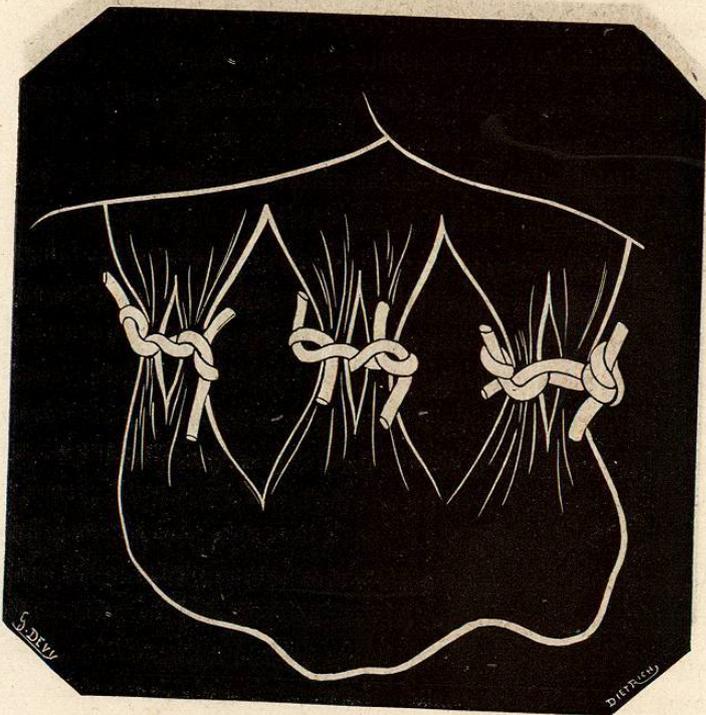


Fig. 9. — Ligature avec six fils après que ceux-ci ont été serrés.

réalité il y a quelquefois des difficultés d'application qui résultent des adhérences contractées par lui. Ces adhérences peuvent être ramassées, pelotonnées, former une sorte de sac et toute la surface de l'intestin est collée sur

l'épiploon. Il faut mettre une grande patience dans le détachement de ces adhérences.

Il y a rarement des ligatures à faire sur l'anse elle-même, mais la surface reste souvent saignante et ce n'est qu'après un certain temps de séjour entre deux éponges ou dans une compresse qu'on la trouvera assez sèche pour la rentrer.

Cette disposition se rencontre surtout dans les opérations faites pour des hernies étranglées, alors que l'épiploon a été enflammé à plusieurs reprises.

J'ai dit plus haut que la formation d'un bouchon d'épiploon était un procédé à la fois inefficace, source de douleur et dangereux.

Même après la suppuration (et il est bien entendu que la suppuration doit être détournée à tout prix de la cure radicale sous peine de dangers graves) les adhérences contractées par l'épiploon n'ont pas de régularité. La corde épiploïque qui tiraille au-dessus de l'anneau forme un petit cul-de-sac. L'épiploon montre le chemin à l'intestin.

Puis ces adhérences épiploïques sont très douloureuses. Qui se donne la peine d'étudier les hernieux le constate à chaque instant, et précisément l'observation de malades antérieurement opérés de hernie étranglée en fournit de nombreux exemples.

Mais il y a plus, ces bouchons épiploïques douloureux peuvent jouer un rôle très important dans le développement d'un étranglement secondaire. J'ai opéré le 14 octobre 1884 d'une hernie crurale étranglée une vieille femme opérée deux ans auparavant pour une hernie étranglée. On

l'avait traitée en laissant s'éliminer l'épiploon abandonné au dehors.

Elle avait d'abord été plusieurs mois à suppurer. Puis elle avait des douleurs constantes, une sensibilité extrême de la région qui rendait le bandage intolérable. La hernie s'était reproduite aussitôt qu'elle avait été debout. Elle insistait sur ce que depuis l'opération sa souffrance était beaucoup plus terrible qu'auparavant. Enfin l'étranglement s'était fait sur les débris d'épiploon et sur le collet.

Elle fut opérée sans chloroforme vu son état grave et guérie sans suppuration; l'épiploon fut soigneusement détaché et largement réséqué. Elle est sortie portant un bandage sans aucune espèce de douleur. Depuis son opération elle avait complètement changé de caractère et se déclarait rajeunie par la fin de ce supplice de deux années.

Ainsi même si l'épiploon fixé au bouchon pouvait être utile pour la contention de la hernie, cette manœuvre constituerait un mauvais procédé à cause des douleurs des adhérences épiploïques et des dangers possibles.

C'est encore le lieu de se demander ce qui doit être fait du testicule? Pour moi, dans le cas où un testicule est retenu à l'anneau, ou s'engage par intermittence, il ne saurait y avoir d'hésitation. Il est bien avéré que ce testicule en ectopie n'a aucune valeur sexuelle, de plus il est une source de douleurs constantes et une menace permanente pour le retour de la hernie. La proposition de le fixer dans l'anneau comme un bouchon me paraît si ridicule que je ne saurais concevoir comment elle est venue à l'idée d'un chirurgien.

Ce testicule doit être supprimé. J'ai très nettement fait cette profession de foi au congrès de 1885 et surtout à la Société de chirurgie. Je vais même plus loin, au cas où la suppression d'un testicule faciliterait beaucoup la cure d'une hernie congénitale je crois que l'autre testicule étant sain il ne faudrait pas hésiter, et l'opéré serait nécessairement très reconnaissant.

J'ai dit plus haut comment, en faisant une opération de hernie étranglée pour une hernie inguinale, j'ai blessé le canal déférent. Je n'ai pas hésité à pratiquer la castration en même temps que la cure radicale. Mon opéré est venu bien souvent me remercier, me disant combien il était satisfait de pouvoir marcher, de faire des efforts sans crainte, sans douleur. J'ajouterai même que le testicule qui lui restait lui permit trois mois plus tard de contracter la syphilis, et c'est à cette occasion que je le revis.

Dans un cas de cure radicale, notre collègue M. Peyrot a rencontré un testicule en ectopie dans le canal où il descendait de temps en temps. Il a pratiqué l'ablation du testicule en même temps que l'extirpation du sac et les résultats ont été excellents.

Il ne faut pas confondre cette manière de traiter le testicule avec la castration systématiquement proposée par les charlatans pour la cure radicale, castration que Dionis ne croyait justifiée que chez les prêtres qu'elle ne privait, disait-il, que d'un organe inutile. Dans ce cas ce n'était qu'une opération destinée à faciliter l'extirpation du sac, et on ne faisait aucune différence entre un testicule en ectopie et celui qui au fond d'une hernie congénitale était d'excellent fonctionnement. Pour mieux dire ce n'était guère que ce

bon testicule qui disparaissait dans ces opérations très communes à certaines époques. Cette opération doit être évitée habituellement et nous avons parlé surtout du testicule en ectopie et par conséquent inutile.

En ce qui concerne, du reste, le traitement du testicule et de ses vaisseaux, on n'oubliera pas que l'on est parfaitement maître du choix de ses moyens. Le décollement, les traumatismes du testicule et de la vaginale se réparent sans incident. Je pourrais même citer des faits de traumatisme très curieux démontrant que la lésion du canal déférent n'a pas les conséquences que l'on pourrait imaginer. Mais il ne s'agit plus ici de la cure radicale des hernies sans étranglement et je ne m'étendrai pas sur ce sujet.

CHAPITRE X

DRAINAGE

Le drainage mérite une description à part. Il n'est pas indispensable, et l'on conçoit qu'en certains cas il puisse être négligé; mais dans la majorité des cas il doit être fait, et certaines précautions le concernant sont capitales pour le succès.

Le drainage dans une cure radicale doit empêcher l'accumulation de la sérosité, par conséquent la tension au niveau des points de suture profonds. Le drain ne doit donc pas être placé au-dessous d'eux. A plus forte raison ne doit-il pas, comme on l'a proposé, être placé plus haut encore et s'introduire jusque dans l'abdomen. Ce serait là une faute grossière de nature à compromettre tout le succès de l'opération. Ce drain devra du reste être retiré le plus rapidement possible.

On pourrait, disais-je tout à l'heure, l'éviter complètement dans certains cas. Cela dépend beaucoup de la nature et de la situation des parties touchées. Avec la hernie ombilicale par exemple, on se trouve dans des conditions tout à fait analogues à celles de la fermeture de la paroi

abdominale après l'ovariotomie ; il pourrait donc y avoir nécessité de ne pas drainer, et dans les cas où j'ai profité de la plaie d'ovariotomie pour faire la cure de la hernie ombilicale, je n'ai pas drainé.

Mais cette réserve faite, il ne faut pas oublier qu'il y a avantage à constituer de larges surfaces d'accolement pour avoir une cicatrice solide, et dans ces cas le drainage présente de réels avantages.

J'ai fait le drainage tantôt avec des tubes de caoutchouc

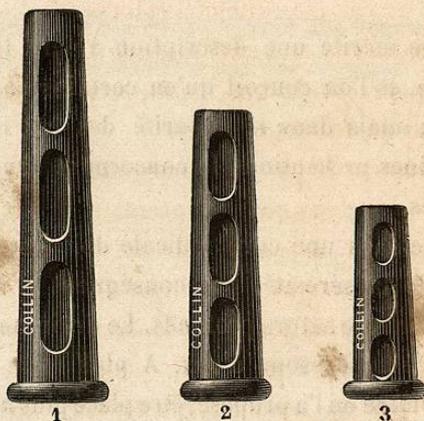


Fig. 10. — Tubes en caoutchouc durci de dimensions variées.

rouge ou noir, privé de soufre, tantôt avec les tubes solides de caoutchouc durci que j'ai fait construire par M. Collin (fig. 10). Dans une région où les parties s'aplatissent, où les tubes se bouchent, ils peuvent présenter de gros avantages et il est bien difficile de dire à l'avance lequel on préférera. Il faut les avoir tous à sa disposition.

Le drain doit entraîner la sérosité dans une direction telle qu'elle ait peu de chance de s'empoisonner, et pour ce faire il faut éviter la direction du pli génito-crural, le voisinage de la vulve. Il est donc de règle, contrairement à toutes les idées reçues, de faire le drainage vers la partie supérieure de la plaie. Tous les chirurgiens sont encore à cette conception du drainage nécessaire vers la partie la plus déclive de la plaie. Si une plaie est bien aseptique, cette nécessité n'existe plus, la sérosité très fluide qui constitue seule l'écoulement chemine parfaitement bien suivant une voie un peu plus difficile, et lorsqu'il y a une nécessité première qui pousse à se détourner d'une partie déclive dangereuse pour l'infection, il faut accepter ce renversement du canal de drainage.

C'est absolument le cas de la cure radicale. Le drainage est nécessaire les deux ou trois premiers jours, parce que le traumatisme a été assez considérable ; par suite l'afflux de sérosité est important. Mais il est de peu de durée. Au bout de deux ou trois jours cet écoulement est tari. Si la poche était très vaste, il peut suffire de couper le tube ou de le remplacer par un beaucoup plus petit. Mais il peut y avoir très grand avantage à le supprimer définitivement. La persistance du canal dans lequel est inséré le tube à drainage est un obstacle à la cicatrisation rapide de la peau, et la suppression très prompte du drainage joue un grand rôle dans la cicatrisation définitive et prompte de la plaie.