

de naphthaline, et l'on fait arriver les matières fécales par le tube en caoutchouc dans un vase plat que l'on aura placé sous le siège du malade. Le lendemain, on trouve ordinairement l'intestin dégonflé, l'infiltration inflammatoire a disparu, et l'on peut alors procéder à la résection. Cette manière de faire offre, en outre, l'avantage que l'opérateur peu exercé à la technique de la suture intestinale, a tout le temps, une fois la herniotomie terminée, de s'adresser à un chirurgien ayant l'habitude de ce genre d'opérations.

Après ces remarques préliminaires il nous reste à fixer le *procédé opératoire qu'il convient de suivre dans les cas de hernies avec gangrène de l'intestin.*

La **suture simple de l'intestin** peut être employée toutes les fois que l'on a affaire à des lésions nettement localisées et d'assez faible étendue pour que l'excision de la partie malade et la suture de la perte de substance n'entraînent pas un rétrécissement notable du calibre de l'intestin. Il n'est pas très facile actuellement de fixer les limites dans lesquelles on est autorisé à se servir de ce procédé; ces limites seront toujours sujettes à varier, le calibre de l'intestin étant loin de représenter une quantité constante. CZERNY a fermé par suture une fistule de 3 à 4 centimètres de longueur, et BARON a réuni ainsi une perte de substance de 3 centimètres carrés d'étendue. Nous pensons que, pour le moment, *lorsque le processus morbide est vraiment limité*, la suture locale de la fistule doit être préférée à la résection cunéiforme, parce que l'opération est alors plus facile et que, d'autre part, la suture offre plus de garanties de solidité.

Par contre, l'**excision cunéiforme** avec suture consécutive est indiquée lorsque la gangrène de l'intestin n'est pas nettement limitée ou qu'elle s'étend à plus de la moitié de la circonférence du tube intestinal. Cependant, pour que l'on soit autorisé à pratiquer cette opération, il faut que la gangrène soit restée limitée à l'intestin. Si les enveloppes de la hernie sont le siège d'un phlegmon étendu, si le sac herniaire et son voisinage sont déjà fortement infectés ou gangrenés, mieux vaut, en général, laisser l'anse intestinale détruite hors de la cavité abdominale. En effet, dans ces cas, les manipulations que nécessiteraient la résection et la suture de l'intestin, augmenteraient, sans doute, beaucoup le danger d'une péritonite septique. Ainsi se trouvent fixées, selon nous, les limites entre la nouvelle méthode de traitement et l'ancien procédé ayant pour but l'établissement provisoire d'une fistule stercorale.

Quant au procédé à employer pour la suture de l'intestin, nous n'avons que peu de choses à ajouter à la description que nous en avons donnée dans le chapitre consacré aux lésions traumatiques de l'abdomen. Doit-on se servir de préférence de la soie ou du catgut? Cette question n'est pas encore parfaitement tranchée. Il est bien prouvé, selon nous, qu'il n'y a aucun inconvénient à abandonner des fils de soie asep-

tiques dans la cavité abdominale; aussi donnons-nous la préférence à la soie préalablement désinfectée suivant la méthode de CZERNY, qui consiste à laisser les fils pendant un certain temps dans une solution phéniquée bouillante. Il est bon, avant de faire la suture, de vider encore une fois l'intestin et de le désinfecter par des lavages à l'acide salicylique ou au thymol. Puis on pratique la suture d'après la méthode de LEMBERT consistant à réunir les surfaces sereuses. On fera, pour plus de sûreté, une double rangée de points de suture suivant le procédé sur lequel nous reviendrons à propos de la réunion de deux bouts d'intestin complètement séparés. On se servira, suivant le conseil de MADELUNG, de fines aiguilles rondes. MADELUNG emploie pour la suture de fines aiguilles anglaises n° 12 recourbées seulement à partir du milieu de leur longueur. Avant d'opérer la réduction de l'anse suturée, on devra naturellement la désinfecter avec soin par des lavages avec une solution phéniquée à 3 0/0. La ligne de suture sera saupoudrée d'iodoforme.

Le manuel opératoire de l'**excision cunéiforme** suivie de la **suture** offre bien plus de difficultés. Nous ne pouvons décrire l'opération que d'après l'état actuel de cette partie de l'art chirurgical, mais nous espérons que la méthode employée jusqu'ici sera bientôt notablement améliorée.

Parlons d'abord de la méthode d'excision de l'anse intestinale malade. Du moment que l'on est décidé à pratiquer la résection de tout un segment d'intestin, on doit procéder résolument et enlever toutes les parties déjà gangrenées ou suspectes de gangrène. HAGEDORN, se basant sur son expérience, avait déjà conseillé d'attirer l'anse intestinale hors de l'anneau et d'exciser toutes les parties suspectes. KOCHER qui, dans un cas, enleva 42 centim. d'intestin, est d'avis qu'il faut surtout porter son attention sur le bout supérieur ou afférent, car c'est principalement le long de ce dernier que se propage la gangrène, ce qui serait dû, selon cet auteur, à la distension de cette partie de l'intestin (voir § 106); aussi toutes les parties infiltrées du bout supérieur doivent-elles être comprises dans la résection. Quant à la question de la longueur d'intestin que l'on peut enlever, elle n'est pas encore définitivement résolue. KOEBERLÉ, dans un cas de stricture, réséqua 2,05 mètres d'intestin grêle à une jeune fille qui survécut à l'opération. W. BAUM enleva avec succès 137 centim. d'intestin grêle à une personne qui succomba plus tard; la mort aurait été due dans ce cas aux conséquences qu'entraîne pour l'organisme la perte d'une portion d'intestin d'une pareille étendue. Pour que l'on puisse attirer facilement au dehors et réduire ensuite sans difficulté l'intestin, il importe de débrider largement l'anneau. Après avoir mis à découvert, avec les précautions nécessaires, toute la partie malade de l'intestin, on détermine exactement les limites à donner à l'excision. La plupart des chirurgiens sont d'avis que l'on ne doit pas se contenter des doigts d'un aide pour maintenir