

fermés les deux bouts de l'intestin. On se servira, dans ce but, de pinces à polypes à branches revêtues de tubes en caoutchouc (NICOLA-DONI), des pinces hémostatiques de BILLROTH, ou de clamps spécialement construits dans ce but, ou bien encore, on liera provisoirement l'intestin avec un fil de catgut ou avec un fil élastique (CZERNY) que l'on fait passer par un orifice pratiqué dans le mésentère; cette dernière précaution a pour but d'empêcher le fil de glisser. Si à l'exemple de RIEDEL on n'opère qu'au bout de 24 heures, alors que l'intestin est tout à fait vide, il n'est pas nécessaire, ainsi que j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois, d'avoir recours à l'un ou l'autre de ces moyens d'occlusion. Vient ensuite l'excision cunéiforme de l'anse intestinale; lorsque la portion d'intestin à réséquer est considérable, cette forme de coin à donner à l'excision n'a guère d'importance qu'au niveau du mésentère, dont on enlève un lambeau en forme de triangle à base correspondant à l'intestin réséqué. Dans le but d'éviter les obstacles au cours des matières, une fois la guérison obtenue, MADELUNG donne le conseil de pratiquer les deux incisions obliquement par rapport à l'axe de l'intestin, de façon à enlever une plus grande étendue de tissu du côté convexe que du côté concave, ce qui correspond bien à la disposition anatomique normale. On peut, avant de pratiquer l'excision du mésentère, lier ce dernier aux endroits convenables, ou bien on ne fait la ligature des vaisseaux qu'une fois l'excision terminée. Lorsqu'on sera obligé d'opérer dans la cavité abdominale, par exemple dans les cas de résection de l'intestin carcinomateux, c'est à la ligature préalable que l'on s'adressera de préférence. Une fois l'excision terminée, on lave d'abord avec une solution phéniquée les deux bouts béants de l'intestin au devant des pinces à compression. KOCHER ne fait la résection de l'intestin qu'après avoir lié le mésentère avec un fort fil au niveau de son insertion intestinale. Cette ligature dépasse légèrement les limites de la base du triangle à enlever et sert plus tard comme suture des deux insertions mésentériques sur les extrémités séparées de l'intestin. Quant à la suture de l'intestin, le procédé à employer varie suivant que les deux bouts ont été maintenus fermés ou non pendant l'opération. Lorsque l'occlusion a été obtenue à l'aide de pinces, on peut craindre que la compression ne compromette ultérieurement l'intégrité de l'intestin; aussi a-t-on soin alors de placer seulement sans les nouer, les fils de la première rangée de sutures, puis avant de faire les nœuds, on sectionne les deux bouts d'intestin directement au devant de la ligne de suture, de façon à enlever les parties comprimées par les pinces. Il résulte de cette description qu'il ne se produit pas d'invagination du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur; au moment où l'on noue les fils de suture, les deux bords se replient en dedans et leurs surfaces séreuses arrivent en contact réciproque; la réunion s'opère ainsi séreuse contre séreuse. Les sutures sont pratiquées à l'aide d'une fine aiguille ronde; le fil est introduit à 1/2 centim. du bord,

et passe à travers les tuniques séreuse et musculaire pour sortir tout près du bord, puis à l'autre bout de l'intestin elle suit la même voie en sens inverse, de façon à laisser une longueur de 4 à 5 millim. entre le point d'entrée et le point de sortie du fil. Si l'on ne fait qu'une seule rangée de sutures, elles doivent être très rapprochées l'une de l'autre. Mais les observations de CZERNY et de KOCHER semblent prouver qu'une double rangée de sutures est nécessaire. Si l'on opère par le procédé de KOCHER, les deux bouts d'intestin étant fermés à l'aide de pinces, on passe 4 fils à travers la séreuse et la musculaire de chacune des parois intestinales aplaties par l'instrument compresseur; puis, après avoir excisé les deux portions comprimées et vidé encore une fois dans un vase l'intestin, surtout le bout supérieur, on fait un nouveau lavage et l'on noue les fils. Enfin, on pratique un grand nombre de tout petits points de suture destinés à mettre en contact intime les deux surfaces séreuses.

CZERNY veut que l'on rapproche les deux bords de la muqueuse, et que l'on mette en contact les deux surfaces séreuses sur une certaine largeur; aussi a-t-il un peu modifié le procédé de suture double qu'il avait d'abord conseillé. Il enfonce une fine aiguille à travers la séreuse à 2 ou 3 millim. du bord, et la fait sortir directement au devant de la muqueuse, puis il lui fait parcourir le même trajet en sens inverse sur l'autre bout de l'intestin. Les bords de la plaie se trouvent ainsi réunis, ainsi qu'une zone de séreuse de 2 à 3 millim. de largeur; le distance entre chaque point de suture est de 3 à 4 millim. Après avoir noué tous les fils et les avoir coupés à ras du nœud, il fait une seconde rangée de sutures à des intervalles d'un demi centimètre; ces dernières sont pratiquées suivant le procédé de Lembert et ont pour but de mettre en contact les séreuses sur une large surface. Cette seconde rangée de sutures se trouve donc superposée à la première qu'elle comprend même en partie.

Il est de toute importance de suturer exactement la portion mésentérique. On commence par la réunion du mésentère, puis on fixe à l'intestin, de chaque côté, par un point de suture, les deux feuilletts du mésentère (MADELUNG). En attirant les bords de cette membrane pour les réunir, on prendra garde qu'elle ne se détache de l'intestin. On fera bien également de commencer la suture de l'intestin au niveau de l'insertion du mésentère pour la terminer au côté convexe.

Il est rare que le calibre d'un des bouts de l'intestin soit notablement plus grand que l'autre, et que l'on soit obligé de modifier en conséquence le procédé opératoire.

L'extirpation du pylore et la suture du duodénum avec l'estomac ont montré la nécessité de parer à l'inconvénient de l'inégalité de calibre des deux tubes à réunir (voir § 64). En général, lorsqu'il s'agit de l'intestin, de simples manipulations suffisent pour adapter convenablement les deux bouts, ou bien, à l'exemple de KOCHER, on obtiendra l'égalité de calibre en ne pratiquant les

sections de l'intestin qu'au niveau des parties saines de ce dernier. Peut-être aussi pourrait-on arriver au même résultat par la section oblique de la partie dont le calibre est le plus faible. Lorsque la différence est plus grande, on peut, comme l'a fait BILLROTH, former au gros bout un pli que l'on suture, tandis que, dans d'autres cas, il est peut-être préférable d'exciser un lambeau triangulaire; ou bien encore on peut, comme dans la résection du pylore, réunir entre eux une partie des bords de l'ouverture comme si l'on voulait fermer cette dernière. Nous pensons qu'il n'est pas difficile de prendre dans ce but les mesures convenables. A moins de nécessité absolue, il est préférable d'éviter autant que possible les plis et les excisions de lambeaux triangulaires, car l'entrecroisement des lignes de suture verticale et transversale constitue toujours un point relativement faible.

Une fois la suture terminée, toute la région de la hernie et surtout l'intestin sont encore une fois lavés soigneusement avec une solution d'acide phénique, puis la ligne de suture est frottée d'iodoforme et l'intestin réduit dans la cavité abdominale; la plaie externe est drainée, puis suturée et recouverte d'un pansement antiseptique.

En général des gaz s'échappent par l'anus peu de temps après l'opération, mais il est rare que l'opéré ait une selle avant le 4^e jour. Les coliques sont très habituelles pendant les premiers jours. Dans un certain nombre de cas, il se forme entre le 7^e et le 9^e jour une fistule stercorale, laquelle, du reste, guérit assez souvent sans avoir d'inconvénient pour le malade.

Comme nous l'avons déjà dit antérieurement, il existe un certain nombre de cas de gangrène de l'intestin dans lesquels la résection et la suture de ce dernier ne sont pas indiquées; on est alors obligé de laisser l'anse intestinale dans la plaie, afin d'éviter que les matières fécales n'arrivent en contact avec le péritoine. C'est ce qu'on obtient par la fixation de l'intestin à l'extérieur. Si l'on a le moindre doute sur l'état de l'intestin au niveau de l'anneau de constriction, on attire encore un peu en dehors l'anse intestinale, afin de s'assurer qu'il n'existe pas de perforation à cet endroit. On devra user ici d'une prudence extrême, car il est souvent très difficile dans ces cas de lever l'étranglement sans déchirer l'intestin dont les parois ont perdu toute résistance. Lorsque dans ces conditions, les matières fécales sortent déjà librement au dehors par l'intestin perforé, on peut bien parfois s'abstenir de lever l'étranglement; toutefois le débridement de l'anneau doit toujours être pratiqué lorsqu'on en a reconnu la possibilité.

La fixation de l'intestin peut être obtenue par l'ancien procédé de l'**anse méésentérique**, qui consiste à passer à travers le méésentère, à environ un centimètre de distance de l'intestin, un fil double dont les extrémités sont ensuite tordues ensemble et fixées à l'extérieur.

Toutefois, l'anse méésentérique ne peut pas être toujours placée convenablement, et elle est loin de réaliser l'idéal comme procédé de fixation.

C'est pourquoi, il convient souvent de fixer l'intestin lui-même par des sutures soit à la peau, soit au tissu conjonctif voisin de la surface cutanée, surtout dans les cas de large perforation de l'intestin ou de gangrène étendue qui exige l'incision et l'établissement immédiat d'un anus contre-nature. Avec ce dernier mode de fixation on observerait moins souvent une fistule stercorale persistante (VERNEUIL); d'autre part, on pourrait ainsi plus facilement donner aux bouts afférent et efférent de l'anse herniée une position qui permette d'espérer la guérison spontanée.

Lorsqu'à la suite d'une très large perforation de l'intestin par gangrène, il s'est déjà développé un **phlegmon septique** des parties molles, l'intervention du chirurgien consiste simplement dans l'incision des enveloppes de la hernie, dans le nettoyage du champ opératoire, l'excision des parties gangrenées telles que le sac herniaire, etc., enfin dans la désinfection complète et les soins à donner pour que les matières fécales aient un écoulement aussi libre que possible. Dans ces cas on s'abstiendra de toute manœuvre chirurgicale ayant pour but l'agrandissement de l'anneau.

Les règles exposées dans les lignes précédentes, surtout celles qui se rapportent à la suture de l'intestin à la suite de l'excision cunéiforme, peuvent être étendues également à l'extirpation d'un segment d'intestin pour cause de néoplasmes, ainsi qu'à la résection tardive qui peut devenir nécessaire par suite de la persistance de fistules intestinales. Nous reviendrons sur cette question à propos de la fistule stercorale (voir chap. 4).

§ 117. — **L'épiploon sain, non adhérent, non enflammé**, peut être réduit sans inconvénient dans la cavité abdominale. S'il forme des brides adhérentes, sans être toutefois notablement altéré, on peut, après l'avoir détaché, le faire rentrer dans la cavité abdominale. Par contre on ne réduira pas les parties de l'épiploon qui présentent une hypertrophie fibreuse ou lipomateuse, et qui peuvent devenir nuisibles, soit par le fait de l'espace qu'elles occupent, soit par les processus inflammatoires dont elles peuvent être le point de départ. On réséquera séparément chaque paquet d'épiploon hypertrophié, après avoir saisi préalablement le pédicule dans une pince hémostatique de Langenbeck, puis on liera isolément les vaisseaux. On peut également faire une ligature en masse de tout le pédicule, procédé qui toutefois n'est pas à conseiller dans les hernies épiploïques volumineuses.

A la suite de la ligature en masse de paquets épiploïques volumineux, on voit assez souvent survenir dans la portion intra-abdominale de l'épiploon des abcès circonscrits qui s'accompagnent d'une péritonite localisée ou diffuse. On évitera les inconvénients de la ligature en masse en saisissant l'une après l'autre avec une pince à verrou les différentes portions du pédicule, et en sectionnant ces dernières au devant de l'instrument, après quoi les vaisseaux sont liés isolément; on arrive ainsi à