

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<sup>e</sup> jour. Les coliques sont très habituelles pendant les premiers jours. Dans un certain nombre de cas, il se forme entre le 7<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup> 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

enlever facilement une grosse tumeur épiploïque. Pour ma part, je n'ai jamais rencontré de difficultés dans cette opération, et, d'autre part, le retrait dans la cavité abdominale du pédicule sectionné, avec les nœuds de catgut qui lui sont attachés, ne fait courir aucun danger au malade. On peut également, à l'aide d'une aiguille, diviser le pédicule en petits segments que l'on entoure, chacun isolément, d'une ligature. Le second fil est passé dans le trou de sortie de la première ligature et ainsi de suite. Je me suis toujours servi de catgut pour cette opération; cependant la soie antiseptique est à conseiller lorsqu'on n'a pas à sa disposition du catgut sur lequel on puisse compter.

Les formes aiguës d'altération de l'épiploon exigent incontestablement l'abandon de ce dernier dans le sac herniaire. Personne évidemment ne doutera de la justesse de cette proposition pour ce qui concerne la **gangrène de l'épiploon**; agir autrement, serait nécessairement risquer l'importation de produits de la gangrène dans la cavité abdominale, et la péritonite septique en serait la conséquence. Mais, même l'épiploon simplement enflammé et recouvert de fibrine et de pus transporterait, s'il était réduit, des produits inflammatoires dans la cavité péritonéale. Dans les cas favorables, l'inflammation restera locale et adhésive, tandis que dans les cas malheureux, plus fréquents, on verra survenir une péritonite diffuse, purulente ou septique. Aussi la plupart des chirurgiens laissent-ils simplement dans le sac herniaire l'épiploon gangrené ou présentant seulement des altérations inflammatoires. De fait le danger d'infection par la plaie n'est pas bien à redouter dans ces conditions. Bientôt se montre, par inflammation, une ligne de démarcation, et l'épiploon gangrené se détache. Nous conseillons cependant de pratiquer habituellement dans ces cas la résection de l'épiploon malade, après ligature des vaisseaux, avec la précaution de laisser le pédicule hors de la cavité abdominale, au devant de l'anneau, puis d'appliquer un pansement après avoir désinfecté à fond la plaie, d'abord avec une solution de sublimé, puis avec de la poudre d'iodoforme.

Nous en dirons autant de l'**épiploon enflammé**. Si on l'abandonne dans le sac herniaire, il ne tarde pas à se souder avec l'anneau, et l'inflammation reste limitée aux parties externes. Si l'on veut en faire l'excision, on aura soin, en tous cas, de s'assurer du moignon que l'on fixera au devant de l'anneau par quelques points de suture.

§ 118. — Jusqu'ici c'est à peine si nous avons fait mention de l'**hémorragie** comme accident de la herniotomie. Il n'y a pas longtemps encore que les chirurgiens en jugeaient autrement, et que la crainte de l'hémorragie jouait un rôle essentiel dans la question du procédé opératoire. Deux vaisseaux étaient particulièrement redoutés des opérateurs, surtout en cas d'anomalie de leur trajet, à savoir l'artère épigastrique dans la hernie inguinale, et l'artère obturatrice dans la hernie crurale (voir la description de ces deux espèces de hernies).

Des chirurgiens illustres ont rapporté autrefois des cas d'hémorragies graves ayant mis en danger les jours de l'opéré ou même entraîné la mort (A. COOPER, HEY, DUPUYTREN, BOYER, etc.). Par contre, rien de semblable n'a été publié dans le cours des dix dernières années.

L'anatomie des vaisseaux était cependant déjà connue autrefois, et dans le but de les éviter dans le cours de l'opération, on donnait aux incisions une direction basée précisément sur les données anatomiques. Les lésions relativement fréquentes des vaisseaux étaient donc le fait non pas de connaissances anatomiques insuffisantes, mais bien plutôt d'une technique défectueuse. Les grands débridements, les incisions de 3 centim. de longueur ou même davantage au niveau de l'anneau d'étranglement, eurent pour conséquence nécessaire la blessure des vaisseaux; par contre depuis que l'on ne fait que de petites incisions de 6 à 8 millim., en grand nombre s'il le faut, les lésions des vaisseaux ont disparu, pour ainsi dire, complètement, des statistiques se rapportant à la herniotomie.

Le moyen le plus sûr d'éviter les hémorragies et qui permet le mieux de lier le vaisseau au besoin, c'est celui qui consiste à opérer les débridements de dehors en dedans (de la surface à la profondeur).

Lorsqu'un vaisseau était blessé, on conseillait autrefois de pratiquer d'abord le tamponnement par l'introduction du doigt. Les instruments imaginés par HESSELBACH et d'autres auteurs dans le but de comprimer l'artère épigastrique, n'ont guère donné de résultats favorables. Par contre, les chirurgiens ont publié un certain nombre de cas dans lesquels le tamponnement de la plaie au moyen d'éponges ou de charpie, mit fin à l'hémorragie.

Dans les cas d'hémorragie violente et persistante, le moyen le plus rationnel, à notre avis, est celui qui consiste à diviser les parties molles externes, et à mettre à découvert le vaisseau blessé dont on fait la ligature soit directement, soit médiatement à l'aide d'une aiguille recourbée. C'est ce procédé qu'employa SPIEZER, dans un cas où l'artère obturatrice avait été blessée; il prolongea en dehors l'incision des téguments, parallèlement au ligament de Poupart et un peu au-dessous de ce dernier, puis après avoir mis à nu les gros vaisseaux de la région, il fit la ligature directe de l'artère obturatrice qui présentait une anomalie d'origine.

§ 119. — Une fois l'opération terminée avec les précautions antiseptiques, toute la région est lavée encore une fois avec une solution d'acide phénique (3 0/0) ou de sublimé, puis la plaie est réunie par des sutures. Dans tous les cas, en effet, où les parties molles et surtout la peau n'offrent pas d'altérations, on a actuellement pour habitude de réunir la plaie. Suivant les circonstances, on introduit un ou plusieurs tubes à drainage que l'on fait ressortir, soit par la ligne de suture, soit par des boutonnières pratiquées spécialement dans ce but. On prendra garde que les orifices de drainage ne soient pas situés trop près des li-