

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-

mites du pansement au niveau des parties génitales. En règle générale, il est bon de ne pas faire pénétrer le drain dans la cavité péritonéale, ce qui, du reste, est impossible lorsqu'on a fait en même temps l'opération radicale, et qu'on a lié dans ce but le collet du sac. Cependant, il existe des cas où l'introduction d'un drain dans l'orifice péritonéal a ses avantages, et elle est, en général, indiquée lorsqu'on se trouve en présence de complications inflammatoires ou autres, ou que l'on a pratiqué la suture de l'intestin, etc. Avec un bon pansement antiseptique, le drain ainsi introduit est sans inconvénient, et offre même dans certains cas de sérieux avantages. Le pansement doit recouvrir, d'ordinaire, non seulement l'abdomen, mais encore la moitié supérieure de la cuisse du côté malade. On applique sur la plaie et dans son voisinage de grandes quantités de gaze chiffonnée que l'on fixe par des bandes de gaze et que l'on recouvre ensuite d'un pansement de Lister typique s'étendant sur tout l'abdomen et la moitié supérieure de la cuisse; sur les limites du pansement l'occlusion est assurée par l'application de ouate. Le danger principal de la herniotomie, c'est la péritonite, laquelle, certainement, constitue dans la très grande majorité des cas, une maladie accidentelle, infectieuse. Nous pouvons à ce propos renvoyer le lecteur aux remarques générales sur la péritonite (au commencement du chapitre des maladies de l'abdomen); qu'il nous suffise de rappeler ici, comme preuve, la rareté de la péritonite à la suite du taxis ou de l'incision externe. Lorsque la péritonite survient à la suite de ces opérations, elle offre presque toujours les caractères d'une inflammation locale, adhésive, à moins qu'elle n'ait été provoquée par un accident qui vient aussi parfois contrarier les espérances du chirurgien à la suite de la herniotomie, à savoir la perforation de l'intestin et l'épanchement des matières fécales dans la cavité abdominale. Cependant la perforation de l'intestin, surtout à la suite de la herniotomie, n'a pas toujours comme conséquence une péritonite diffuse, mortelle. Quelquefois, au bout de 4 à 8 jours, ou même encore plus tard, on voit tout à coup apparaître des matières fécales dans la plaie, sans qu'on ait observé auparavant aucun symptôme menaçant de péritonite. L'intestin a contracté des adhérences avec l'anneau et constitue ainsi lui-même une barrière qui empêche la pénétration des matières fécales dans la cavité péritonéale; il suffit alors, si la plaie est déjà en partie réunie, de l'agrandir de façon à permettre le libre écoulement du contenu intestinal.

L'observation des règles de l'antisepsie ne suffit naturellement pas à prévenir toujours une terminaison fatale, soit que l'opération ait été pratiquée trop tard, soit qu'une gangrène de l'intestin déjà existante au moment de l'opération ou imminente à ce moment, mais survenue plus tard, ait déterminé une perforation dans la cavité abdominale, soit enfin qu'une péritonite se soit déjà développée avant l'opération. Mais en tous cas, la méthode antiseptique garantit presque à coup sûr le malade con-

tre les causes de péritonite venant de l'extérieur, et tout opérateur sait combien de malades atteints de hernies succombaient autrefois à cette complication accidentelle. C'est là précisément ce qui avait fait conseiller la herniotomie externe. Pour ce qui concerne la technique de l'antisepsie, nous renvoyons le lecteur aux règles exposées à propos de l'opération radicale. Nous conseillons dans tous les cas, du moins dans tous ceux qui sont compliqués, de changer le pansement de Lister dans les premiers jours qui suivent l'opération. Si, au bout de 24 heures, on ne trouve dans le drain que des caillots et non du sang liquide, on peut dans la suite laisser le pansement jusqu'à ce qu'il soit traversé par les liquides de la plaie ou qu'il se soit relâché, à condition toutefois qu'il n'existe pas de symptômes inquiétants, tels que de la fièvre, du collapsus, etc. Lorsque le pansement est seulement relâché, on peut se contenter de le fixer au moyen d'une bande mince de caoutchouc peu serrée. Lorsque, par contre, on trouve le pansement imbibé de sang clair ou même en état de décomposition putride, lorsque l'un ou l'autre des drains a une mauvaise odeur, il importe de panser de nouveau l'opéré les jours suivants, et, suivant les circonstances, la plaie sera désinfectée au moyen d'une solution forte d'acide phénique, d'une solution de sublimé ou de l'iodoforme en poudre. S'il survient un phlegmon, nous conseillons d'enlever les fils de suture afin de rendre toutes les parties de la plaie accessibles à nos moyens de désinfection.

Dans les cas de perforation de l'intestin, ce n'est que par des pansements souvent renouvelés que l'on pourra lutter efficacement contre les phénomènes de décomposition putride.

Il ne survient pas toujours une selle aussitôt après l'opération. Du reste une évacuation alvine n'est à désirer que dans les cas où une constipation a été la cause de l'étranglement; la persistance de la constipation peut exiger alors l'emploi de lavements au moyen d'un long tube, ou bien lorsque ce moyen échoue, l'administration d'huile de ricin à l'intérieur. Mais moins on observe de véritables symptômes de coprostase, et plus on aura intérêt à accorder du repos à l'intestin maltraité. Les malades seront d'abord nourris de potages, et s'ils se plaignent de coliques même légères, on leur administrera de petites doses d'opium, ou bien de la morphine en injections hypodermiques. On fera bien, du reste, d'user de ce dernier moyen aussitôt après l'opération dans le but de prévenir des mouvements péristaltiques violents.

La morphine est particulièrement indiquée dans les cas où l'opéré se plaint de douleurs très vives dues soit au péristaltisme exagéré de l'intestin contusionné, soit à une péritonite localisée. En l'absence de phénomènes évidents de coprostase, ce n'est que vers le cinquième ou sixième jour que l'on peut être autorisé à provoquer une selle, soit par des lavements, soit au moyen d'huile de ricin si ces derniers n'ont pas donné le résultat désiré.