

Hernie épigastrique. — La cure opératoire d'une hernie épigastrique rappelle, en beaucoup plus simple, celle d'une hernie ombilicale.

L'incision cutanée est longitudinale, sur la tumeur, la dépassant de part et d'autre.

Sous la peau se rencontre presque toujours un lipome, au centre duquel se trouve le petit sac herniaire. Le sac, du reste, peut être à peine accentué, et l'extirpation du lipome avec oblitération de l'orifice fibreux peut suffire.

Ordinairement il faut ouvrir un petit sac, réséquer de l'épiploon si on en trouve, lier et couper le sac.

La restauration de la paroi comprend d'abord l'excision de l'orifice fibreux, puis la suture comme après une laparotomie.

Les hernies exceptionnelles, obturatrice, ischiatique et lombaire, ne sont opérées dans la plupart des cas que lorsqu'elles sont étranglées; nous les étudierons à la fin des *hernies étranglées*.

B. Hernies irréductibles. — En dehors des hernies incoer-

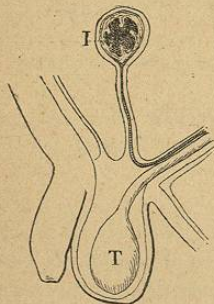


Fig. 491.

Situation normale du côlon iliaque et de son méso. (SAVARIAUD.)

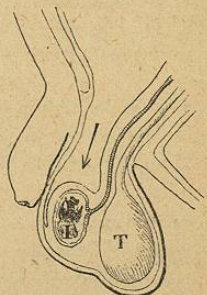


Fig. 492.

Hernie par glissement du côlon iliaque, montrant le dédoublement du méso. (SAVARIAUD.)

cibles par perte du droit de domicile, hernies que l'on opérera, lorsque cela est indiqué, dans la position renversée sur le plan

incliné (voy. *Laparotomie*), l'irréductibilité des hernies est due soit à des adhérences inflammatoires, soit à une disposition particulière de la partie herniée.

Les adhérences sont épiploïques ou intestinales.

La disposition particulière de la portion herniée est constituée par le glissement d'une portion du gros intestin, cæcum ou côlon iliaque, à travers l'orifice herniaire. La portion d'intestin recouverte de péritoine viscéral contribue à former le sac, avec le péritoine pariétal descendu (fig. 491 et 492), et ce sac est ordinairement petit. Le reste de l'intestin, dépourvu de revêtement péritonéal sur une plus ou moins grande étendue, correspond à l'arrivée des vaisseaux intestinaux. Ou bien ces vaisseaux sont enfermés dans les replis d'un méso, formant une sorte d'adhérence avec le sac (adhérence charnue naturelle de Scarpa) (fig. 493), ou bien ces vaisseaux sont étalés

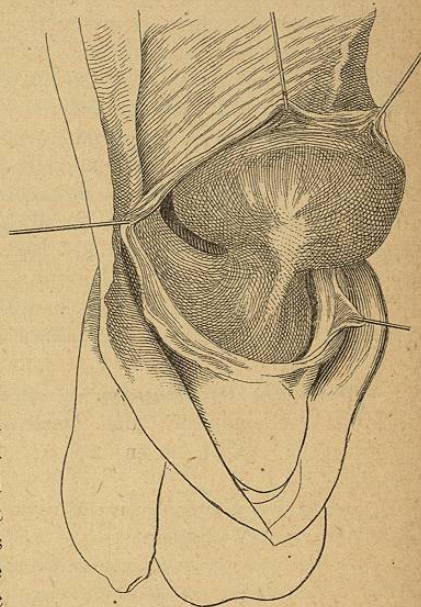


Fig. 493.

Hernie par glissement du côlon iliaque (d'après SCARPA).

avec la paroi intestinale dans le tissu cellulaire, sous les enveloppes de la hernie (fig. 492), ici les deux feuillets du méso se sont écartés et font partie du sac herniaire, il n'y a plus de méso.

Adhérences épiploïques. — Le plus souvent ces adhérences ne compliquent que fort peu la cure opératoire. Les adhérences

se sont établies sur le fond ou les parois du sac, il est inutile de les libérer. La résection de l'épiploon, attiré jusqu'en une portion complètement libre, faite comme nous l'avons indiqué plus haut, laisse la partie périphérique de l'épiploon adhérente au sac, pendant que le moignon est rentré dans l'abdomen. Cette portion périphérique est supprimée avec le sac herniaire, que l'on résèque comme d'habitude.

Les adhérences épiploïques peuvent exister au niveau du collet du sac et sur la portion voisine du péritoine pariétal, cela se voit fréquemment dans les hernies ombilicales. Si les adhérences sont faibles et peu étendues, on les détache au doigt ou aux ciseaux pour attirer l'épiploon et le réséquer plus haut. Si ces adhérences sont solides et larges, il faut fendre le collet du sac et l'orifice herniaire de la paroi abdominale (en haut et en bas pour la hernie ombilicale), pour aller, par une véritable *hernio-laparotomie*, saisir dans l'abdomen l'épiploon libre, le lier et le couper à ce niveau, on détachera ensuite l'épiploon du pourtour de l'orifice herniaire, pour l'enlever avec le sac.

Adhérences intestinales. — Récentes, ces adhérences se décolent facilement au doigt. Anciennes, les adhérences intestinales sont longues ou en surface, fusionnant le sac et l'anse intestinales.

Les adhérences longues sont faciles à couper entre deux ligatures, au ras de l'intestin.

Les adhérences en surface sont beaucoup plus difficiles à libérer. La dissection est pénible, dangereuse pour l'intestin, et donne lieu à un abondant suintement sanguin. Plutôt que de s'exposer à ouvrir l'intestin, pour peu que la libération soit pénible, il faut tailler dans le sac un lambeau comprenant la portion adhérente, lambeau qu'on laissera attaché à l'intestin et qu'on réduira avec lui.

Glissement du gros intestin. — Nous avons vu que le gros intestin descendu avec son méso à travers l'orifice herniaire se présente sous deux aspects. Ou bien l'anse est contenue dans le sac, rattachée à ce sac par son méso ; ou bien le méso s'est étalé,

a disparu, et une partie de la paroi intestinale est hors du sac, avec les vaisseaux intestinaux, dans le tissu cellulaire environnant.

Le sac, ordinairement peu volumineux, ayant été ouvert, son contenu libre ayant été réduit, il ne faut pas libérer le gros intestin hernié en coupant le repli qui l'unit au sac, ou en disséquant l'intestin situé hors du sac ; on priverait ainsi cette portion d'intestin de ses vaisseaux nourriciers.

Dans le premier cas, l'intestin ayant conservé un méso qui renferme les vaisseaux (fig. 493), il faut libérer le sac le plus haut possible, en réséquer la partie devenue libre, refermer le péritoine en suturant par un surjet de catgut les bords de l'orifice séreux, puis réduire en masse l'intestin avec son méso et ce qui reste du sac, en agrandissant, au besoin, l'orifice de la paroi abdominale. Il faut faire suivre cette réduction d'une restauration très soignée de la paroi abdominale, et conseiller ensuite le port d'un bandage, ces hernies ayant une grande tendance à la récurrence.

Dans le second cas, l'intestin étant en partie dépourvu du péritoine, au contact du tissu cellulaire environnant, et la dissection de cette paroi conduisant à la suppression des vaisseaux intestinaux (fig. 494), il faut se contenter de supprimer le sac qui accompagne l'intestin, puis rentrer en masse cet intestin avec ses vaisseaux. Pour rentrer l'intestin, sans s'exposer à le couder dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, il faut pratiquer sur la paroi abdominale une large incision qui permette de voir ce que l'on fait.

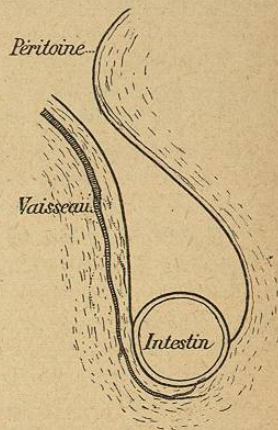


Fig. 494.

Schéma destiné à montrer la disposition du sac et des vaisseaux dans la hernie par glissement du gros intestin.

C'est pour ces hernies que MORESTIN¹ et SAVARIAUD² ont proposé de retourner le sac, c'est-à-dire les deux feuillets du méso, en réinvaginant l'anse intestinale dans la cavité péritonéale.

MORESTIN conseille la technique suivante : L'opéré est placé sur le plan incliné. Le sac est dégagé, le péritoine ouvert haut, dans le canal inguinal et l'intestin dégagé par décollement. On pratique ensuite une incision, soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque ; et on pénètre dans le péritoine. Par cette ouverture de la grande cavité péritonéale, on attire dans le ventre l'anse herniée, en aidant à sa rentrée par des pressions dans la hernie. L'anse ramenée dans le ventre, les deux feuillets du méso, qui, retournés, formaient le sac, s'accolent de nouveau, reconstituant le méso-côlon. Pour empêcher la descente, on fixe l'un à l'autre les deux feuillets du méso à l'aide d'un grand nombre de sutures, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux. On fixe enfin la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque, par des points séparés ; on suture le plan abdominal et reconstitue aussi bien que possible le trajet inguinal.

SAVARIAUD conseille d'ouvrir le sac au niveau du collet et de séparer l'ensemble formé par le cordon et la hernie d'avec les parois du canal inguinal. On cherche ensuite à séparer la hernie du cordon, et si cette séparation est rendue dangereuse pour l'intestin ou ses vaisseaux du fait de l'inflammation péri-herniaire, « on sacrifiera sans regret le testicule ».

La dissection du sac, de l'intestin et de ses vaisseaux est poussée très loin jusque dans la fosse iliaque, grâce à une large incision inguinale débridée jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le sac est alors refermé par quelques points séparés, sans aucune résection. C'est à ce moment qu'on pratique le retour-

¹ MORESTIN. Congrès international de chirurgie, Paris, 1900. Chir. gén., p. 443.

² SAVARIAUD. Congrès de chirurgie, Paris, 1901, p. 575.

nement en pressant sur l'intestin et le fond du sac, et refoulant le tout dans la fosse iliaque, le plus loin possible.

C. Hernies étranglées. — L'opération de la hernie étranglée ne diffère de la cure opératoire des hernies non étranglées que par le temps de débridement de l'anneau constricteur et par le traitement du contenu herniaire.

Lorsque le contenu herniaire a pu être réduit, la cure opératoire s'effectue, pour chaque hernie, comme nous l'avons déjà indiqué, nous n'y reviendrons pas.

La *découverte et l'incision du sac* se font comme nous l'avons déjà dit pour les diverses formes de hernies. L'incision cutanée doit être large et haut située, sur les régions de l'orifice profond plutôt que sur la tumeur. Il faut tout d'abord découvrir, voir et bien dénuder l'aponévrose abdominale (grand oblique, ligne blanche, arcade de Fallope) au-dessus du collet du sac, ouvrir l'anneau fibreux, c'est-à-dire la paroi antérieure du canal inguinal, la ligne blanche au-dessus de l'ombilic, le ligament de Gimbernat à la partie interne de l'anneau crural.

Le sac est alors facile à reconnaître et à isoler. On l'ouvre avec précaution, en incisant sur un pli séreux soulevé par une pince, doucement et à petits coups, pour éviter la blessure de l'intestin sous-jacent.

Au moment de l'ouverture du sac s'écoule presque toujours du liquide séreux ou séro-sanguinolent.

Le doigt, introduit dans le sac, l'explore et reconnaît la disposition du contenu. Le sac est largement ouvert sur le doigt comme guide ; il faut à ce moment essuyer avec une compresse l'intestin et la face interne du sac, et se nettoyer à nouveau les mains, le liquide contenu étant séptique.

Débridement. — Le débridement de l'anneau d'étranglement doit être largement fait, pour permettre une très facile mobilisation de l'intestin ou de l'épiploon serré. Ce débridement ne doit jamais être pratiqué à l'aveugle, avec un bistouri bontoné, guidé sur un doigt enfoncé dans le sac jusqu'au point rétréci. Il faut voir ce que l'on fait.

Cette façon de faire rend moins utiles les préceptes connus sur le lieu où doit porter le débridement dans chaque hernie. Cependant il n'est pas inutile de savoir que, pour chaque hernie, une zone du pourtour de l'anneau peut être attaquée, de dehors en dedans ou de dedans en dehors, sans crainte de blesser un vaisseau important. C'est, pour la *hernie inguinale*, en haut et un peu en dehors; pour la *hernie crurale*, en dedans et en bas; pour la *hernie ombilicale*, en haut sur la ligne blanche.

Souvent l'incision de l'anneau fibreux a déjà beaucoup élargi le collet du sac, et le débridement est alors facile.

Pour débrider le collet du sac à ciel ouvert, l'anneau fibreux étant sectionné, on fait pénétrer l'index dans le sac herniaire, jusqu'au contact du point resserré, on coupe sur ce doigt la paroi du sac et repère avec des pinces les lèvres de l'incision. Le doigt s'enfonçant pendant qu'on attire le sac et son collet, on insinue sous la bride le bout de l'index, pour refouler l'intestin et laisser le passage à une branche mousse de ciseaux (fig. 495). Sur le doigt protecteur, la bride est coupée, et les bords de la section sont repérés avec soin, car il faut conserver de quoi faire au sac un pédicule, pour la cure de la hernie.

La bride coupée, l'intestin doit pouvoir être facilement amené sans traction forte. Si la libération n'est pas complète, la section est insuffisante, ou il existe plus haut un second collet qu'il faut reconnaître, attirer et sectionner de même.

Ce débridement se fait facilement pour la *hernie inguinale* (fig. 495), où l'on peut découvrir fort loin le sac herniaire et son collet, en incisant aussi loin qu'il faut la paroi musculo-aponévrotique.

Pour la *hernie crurale*, l'incision préalable de l'anneau fibreux, au niveau du ligament de Gimbernat, étant plus difficile, on ouvre souvent tout d'abord le sac, et on va reconnaître du doigt l'étranglement. Si le collet du sac n'est pas très serré, le doigt peut s'insinuer entre l'intestin et le collet serré, et la pression du bout du doigt sur le côté interne du collet suffit souvent à élargir l'anneau (fig. 496). Dès que la résistance cède un peu, le débridement devient facile sans section.

Si cette manœuvre est insuffisante, il faut couper le côté

interne de l'anneau, le ligament de Gimbernat, en suivant la face extérieure du sac à son côté interne, et faisant écarter la lèvre interne de la plaie. Ce ligament est alors coupé prudemment avec la pointe du bistouri, soit directement,

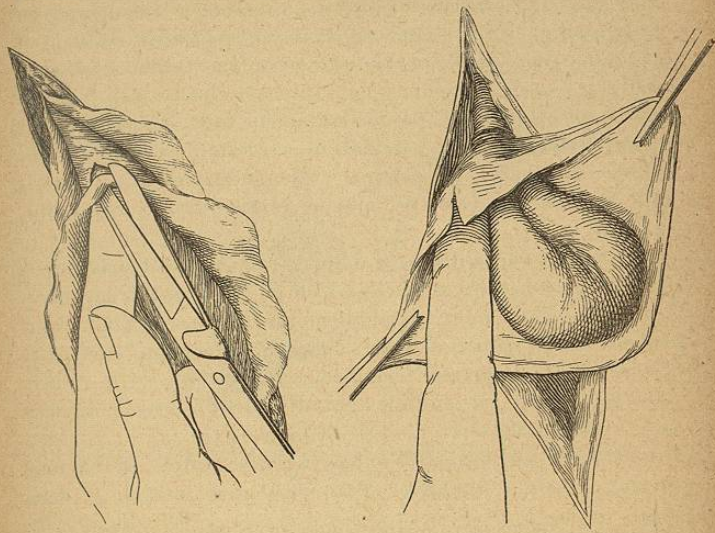


Fig. 495.

Débridement de la hernie étranglée. Hernie inguinale (côté droit).

Fig. 496.

Hernie crurale étranglée, débridement sur le doigt (côté gauche).

soit en soulevant son bord avec une pince ou une sonde cannelée.

Pour la *hernie ombilicale*, on incise la ligne blanche aponévrotique sur la ligne médiane, au-dessus du collet du sac, et on complète la section de l'anneau, en soulevant au besoin son bord avec un instrument mousse.

Traitement du contenu. — Le débridement est fait, tous les anneaux resserrés sont coupés s'il y en avait plusieurs, l'épi-

ploon et l'intestin peuvent être facilement et sans aucun effort attirés dans la plaie.

L'**épiploon** est traité comme dans la cure opératoire ordinaire, attiré jusqu'en un point sain et libre d'adhérence, lié par petits pédicules séparés et réduit.

L'**intestin** doit être étalé et examiné avec soin, surtout au niveau du sillon formé sur chaque extrémité de l'anse herniée par l'anneau rétréci. Pendant qu'on inspecte chaque point de la surface intestinale, on l'irrigue largement avec de l'eau bouillie chaude, regardant si la circulation se rétablit, si la coloration violacée se modifie. La portion d'intestin attirée de l'abdomen dans la plaie doit être très mobile, et présenter sa coloration normale.

L'**intestin reconnu sain** doit être réduit. On comprime doucement l'anse herniée et repousse avec un doigt, une de ses extrémités dans l'abdomen, celle qui montre le plus de tendance à rentrer. Cette réduction doit s'achever facilement, sans qu'il soit nécessaire de presser fortement sur l'intestin. Si la réduction était pénible, il faudrait agrandir l'orifice, attirer de nouveau l'anse à l'extérieur, et reconnaître avec un doigt dans l'abdomen si un obstacle s'oppose à cette rentrée. Il ne faut surtout jamais se contenter d'un refoulement très pénible et douloureux.

L'intestin réduit, il faut encore s'assurer, à l'aide d'un doigt passé à travers l'anneau, si tout est libre et normal dans la cavité péritonéale.

On peut, dans la hernie étranglée, rencontrer toutes les *difficultés opératoires* créées par les diverses variétés de hernies adhérentes étudiées plus haut ; la règle de conduite reste la même, mais peut devenir d'application très difficile.

Le traitement de l'**intestin gangrené** comporte plusieurs opérations intestinales dont les indications ne peuvent être données ici¹, ce sont : l'enfouissement, l'excision losangique, l'entérectomie suivie d'entérorraphie, l'anus artificiel.

¹ Voy. Thérapeutique chirurgicale, RICARD et LAUNAY, 1903, p. 508.

L'**entérectomie** et les divers procédés d'**entérorraphie** seront décrits plus loin, avec les opérations sur l'intestin¹.

L'**enfouissement** (DAVIERS) peut être appliqué à une plaque douteuse ou sphacelée, ou à un sillon complet, au niveau de l'étranglement. Il est donc *partiel* ou *circulaire*.

L'**enfouissement partiel** est simple : l'aide déprime vers l'intérieur de l'intestin, avec une sonde cannelée, la plaque à enfouir,

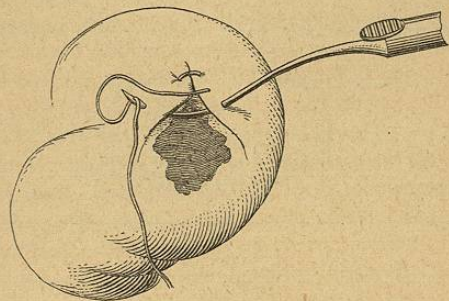


Fig. 497.

Enfouissement d'une plaque de sphacèle (LEJARS, *Chirurgie d'urgence*.)

et l'opérateur adosse, par-dessus le sillon ainsi formé, et suivant une ligne perpendiculaire à l'axe de l'intestin, les deux bords formés par l'intestin sain (fig. 497). L'adossement se fait à l'aide de sutures semblables à celles des plaies de l'intestin², et par deux rangs superposés de sutures.

L'**enfouissement circulaire** se pratique de même, en faisant refouler par l'aide l'étroite bande mortifiée, et en adossant l'un à l'autre les bords sains des fossés, sur toute la circonférence de l'intestin. Cet enfouissement peut être pratiqué sur les deux sillons d'étranglement. Il n'est praticable, bien entendu, que si la bande à enfouir est assez étroite pour ne pas faire craindre un rétrécissement notable du calibre intestinal. Cet enfouis-

¹ Voy. *Entérectomie*, p. 448, t. II.

² Voy. *Sutures intestinales*, p. 416, t. II.

sement circulaire a été pratiqué avec succès par LINDNER, GUINARD, VIGNARD¹; nous avons nous-même obtenu une guérison par ce procédé appliqué aux deux sillons d'étranglement (LAUNAY).

L'*excision losangique* (CHAPUT) est applicable aux plaques de sphacèle étendues en largeur et n'occupant pas toute la circonférence de l'intestin, plaques trop grandes pour être enfouies.

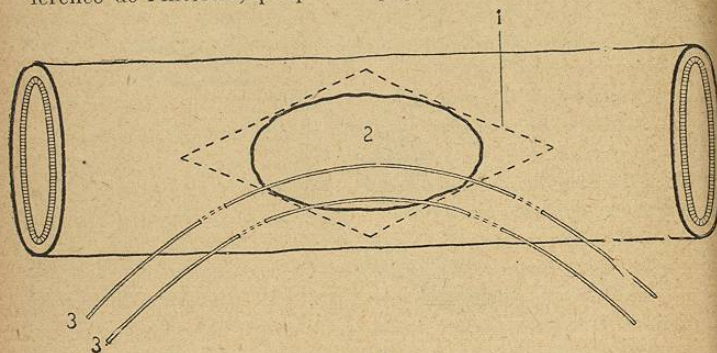


Fig. 498.

Excision losangique (CHAPUT).

1, incision. — 2, plaque gangrenée.

Pratiquer une excision losangique (fig. 498) de la paroi intestinale, mesurant 4 ou 5 centimètres dans son grand axe, comprenant l'escarre ou la perforation. En suturant les bords contigus du losange (par les sutures intestinales habituelles²), on obtient la solution de continuité, tout en ménageant une très large communication entre les deux bouts.

L'*anus artificiel* dans la hernie gangrenée est établi de façon différente suivant qu'on se trouve en présence soit d'une plaque sphacélée, d'une perforation limitée, d'une anse petite gangrenée, soit d'une longue anse intestinale mortifiée.

Toujours l'abouchement de l'intestin ouvert à la peau doit

¹ Observations III, VI et XII de la Thèse de Arin. Paris, 1899.

² Voy. *Sutures intestinales*, p. 416, t. II.

être précédé du débridement du collet rétréci, afin de rétablir la circulation des matières.

Lorsque la hernie est étranglée depuis longtemps, que l'intestin perforé dans le sac a donné naissance à un phlegmon stercoral, les matières s'écoulent d'elles-mêmes dans le sac, il est inutile de le débrider et dangereux de vouloir libérer quoique ce soit dans ce milieu septique. Il faut alors se contenter d'inciser la tumeur, d'agrandir l'orifice intestinal, de mettre à nu et de nettoyer autant qu'il est possible ce foyer suppurant, et de laisser tout ouvert sous un pansement propre.

Lorsque l'anse gangrenée est étroite ou la gangrène limitée à une plaque perforée, le collet ayant été débridé sans dissection étendue, on incise l'anse gangrenée, ou mieux on excise la plaque de sphacèle, pour suturer les bords de l'ouverture au sac réséqué en partie, et à la peau. Les sutures en points séparés doivent unir à la peau toute la circonférence de l'orifice intestinal, unique dans ce cas.

Lorsque l'anse gangrenée est longue, il est mauvais de laisser en place ces tissus sphacelés et putrides. Le débridement du collet étant fait, on coupera toute la portion gangrenée de l'intestin, pinçant et liant en petits pédicules l'épiploon compris dans la hernie, pinçant et liant de même le mésentère de l'anse gangrenée, excisant le sac infecté. Lorsque tous ces tissus putrides ont été extirpés, il reste les deux bouts de l'anse adhérents à l'anneau élargi. On réunira d'abord entre eux les deux bords d'intestin voisins, séparés par le moignon mésentérique, les accolant en canons de fusil; puis on suturera à la peau tout le reste de la circonférence des deux bouts d'intestin.

Hernies étranglées exceptionnelles. — Quelques hernies fort rares ne sont reconnues et opérées que lorsqu'elles s'étranglent. Le traitement du contenu herniaire est alors celui que nous venons de voir, mais la découverte du sac présente dans ces cas quelques particularités.

Hernie obturatrice. — On relèvera fortement, comme le recommande BERGER, le bassin du sujet, afin de diminuer l'obli-

quité du trou ovalaire et d'amener le plus possible au jour l'orifice du canal sous-pubien.

LEJARS recommande de reconnaître les battements et la direction de l'artère fémorale, et de pratiquer, à un doigt et demi en dedans de l'artère, une incision verticale de 10 à 12 centimètres au moins, commençant en haut à un doigt de l'épine pubienne (fig. 499).

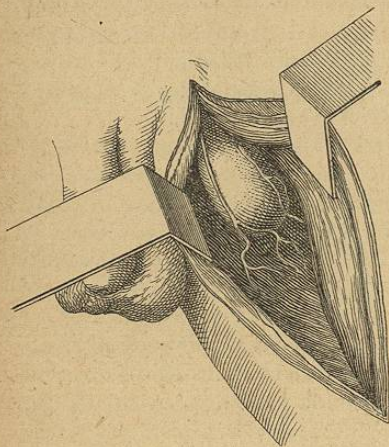


Fig. 499.

Hernie obturatrice. Cure radicale (d'après LEJARS, *Chirurgie d'urgence*).

On cherchera ensuite, coupant la paroi et l'aponévrose, liant les vaisseaux, l'interstice musculaire du pectiné et du moyen adducteur.

Ecartant tous les tissus du côté de l'artère, protégée par un écarteur, réclinant en dedans le moyen adducteur, on remonte le long du bord interne du pectiné jusqu'à son insertion supérieure.

Il faut voir très bien, car le danger est l'artère obturatrice dont on ignore les rapports avec le sac. Au besoin, donc, on coupera en travers les fibres du pectiné pour découvrir la région obturatrice.

La hernie est en dehors du muscle obturateur externe, passant au-dessus de lui ou au travers ses fibres, ou bien elle est sous le muscle qu'il faut couper pour la découvrir.

On devra toujours découvrir et voir la membrane obturatrice, puis ouvrir le sac, chercher à lever l'étranglement avec le doigt ou un petit débridement fait, sous le contrôle de l'œil, en un endroit où l'on ne sent pas de battements artériels. Si le collet est très serré, il est préférable de revenir à la face extérieure du sac, de dégager la membrane fibreuse et d'inciser direc-

tement celle-ci en un point où l'on ne trouve pas d'artère. Le collet débridé, l'opération se continue comme pour les autres hernies.

Hernie ischiatique. — Il faut découvrir la partie supérieure de l'échancrure sciatique. On incisera donc largement la fesse, de l'épine iliaque postéro-supérieure vers le grand trochanter,

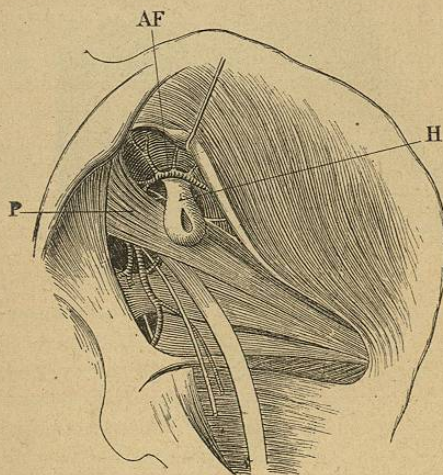


Fig. 500.

Hernie ischiatique.

AF, artère fessière. — H, sac herniaire. — P, muscle pyramidal.

pour séparer les fibres du muscle grand fessier. Ecartant fortement les fibres du grand fessier et au besoin désinsérant quelques fibres du muscle, on isolera le sac que l'on suivra jusqu'à l'échancrure osseuse et au bord du muscle pyramidal.

Il faudra s'efforcer de voir avant de débrider, pour éviter les artères qui sortent par l'échancrure.

Le débridement se fera en général en bas et en dehors, sur le muscle pyramidal (fig. 500).

Hernie lombaire. — La kélotomie se ferait ici en se guidant sur les principes généraux et incisant sur la tumeur, il n'y a pas de danger particulier tenant à la région (fig. 501). La cure

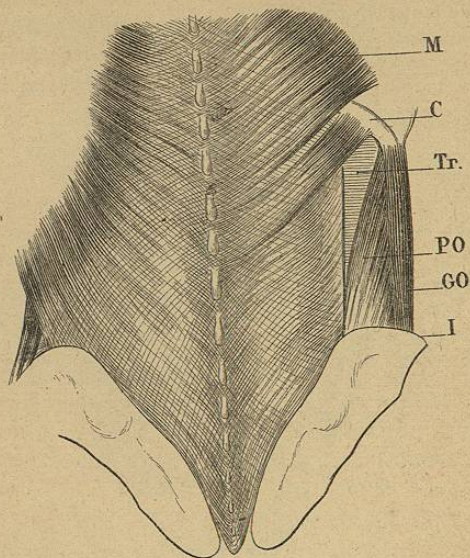


Fig. 501.

Région lombaire (d'après POIRIER).

I, crête iliaque. — C, 12^e côte. — PO, muscle petit oblique. — GO, muscle grand oblique. — Tr, triangle de Grynfeltt (ou lombaire supérieur). Du côté gauche, entre la crête iliaque, le bord postérieur du grand oblique et le muscle grand dorsal, on voit le triangle de J.-L. Petit (ou lombaire inférieur).

de la hernie se ferait ensuite en mobilisant les lames musculaires pour oblitérer l'orifice.

D. Événtration. — La cure d'une événementration, post-opératoire ou non, ressemble beaucoup à celle d'une hernie ombilicale, et peut présenter les mêmes difficultés opératoires. L'ouverture du péritoine, la dissection des adhérences épiploïques et intes-

tinales qui sont fréquentes, et la suture du péritoine doivent être suivies de l'ouverture des gaines des muscles droits sur leur bord interne et de la reconstitution de la paroi comme après une laparotomie.

Lorsque l'événtration est large et les muscles droits très écartés, il est bon d'opérer comme l'a conseillé QUÉNU¹. Les gaines des muscles droits étant ouvertes sur leur bord interne, comme d'habitude, et les feuillets profonds de ces gaines étant suturés l'un à l'autre, on mobilise les muscles droits, les rapproche et les suture, pour fermer ensuite les feuillets superficiels des mêmes gaines. On pourra même, au besoin, comme le fit Pozzi², inciser les gaines musculaires sur leur bord *externe*, pour faciliter le glissement des muscles de dehors en dedans.

III. — GRAND ÉPIPLOON

Le grand épiploon peut être réséqué au cours d'un grand nombre d'opérations abdominales, et notamment, comme nous l'avons vu, au cours de la cure des hernies (voy. t. II, p. 20).

Dans le but de créer des voies de dérivation lors d'obstruction du système porte (cirrhoses avec ascite), on peut établir des anastomoses vasculaires entre la paroi abdominale et l'épiploon (Méthode de TALMA³), c'est l'omentopexie.

Omentopexie. — Laparotomie et évacuation du liquide.

— L'ouverture de l'abdomen est ordinairement longitudinale, exceptionnellement on a fait une incision le long des fausses côtes. L'incision longitudinale est médiane ou latérale, le long du bord externe du muscle droit du côté droit. On a ajouté aussi à cette incision latérale une incision horizontale siégeant à l'union des tiers supérieur et moyen, et se dirigeant vers la ligne médiane (SCHIASI).

L'évacuation du liquide peut être incomplète.

¹ QUÉNU. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1896, p. 179.

² POZZI. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1897, p. 177.

³ ALEXANDRE. *L'Omentopexie*. Thèse de Paris, 1903.