

**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

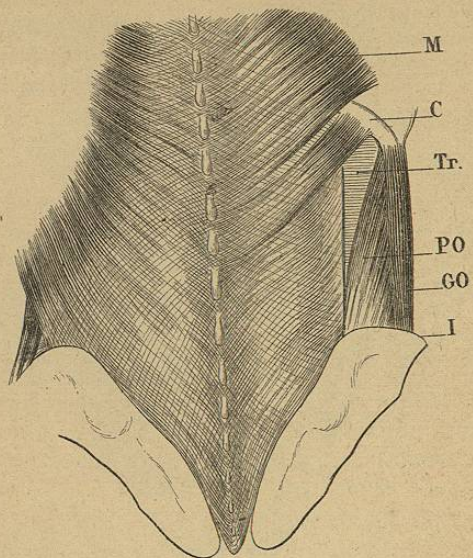


Fig. 501.

Région lombaire (d'après POIRIER).

I, crête iliaque. — C, 12<sup>e</sup> 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. Éventration.** — La cure d'une éventration, 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'éventration est large et les muscles droits très écartés, il est bon d'opérer comme l'a conseillé QUÉNU<sup>1</sup>. 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 Pozzi<sup>2</sup>, 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 TALMA<sup>3</sup>), 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.

<sup>1</sup> QUÉNU. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1896, p. 179.

<sup>2</sup> POZZI. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1897, p. 177.

<sup>3</sup> ALEXANDRE. *L'Omentopexie*. Thèse de Paris, 1903.

**Fixation de l'épiploon.** — Les procédés d'omentopexie peuvent être classés selon le plan anatomique dans lequel on fixe le grand épiploon (VILLAR).

**Fixation entre le foie et le diaphragme** (ROLLESTON et TURNER). — Par une incision oblique transversale de l'abdomen, on insinue le grand épiploon entre le foie et le diaphragme, et on suture ensemble le bord du foie, l'épiploon et le péritoine pariétal.

**Fixation entre la face extérieure du péritoine et la couche musculaire** (SCHIASI). — L'abdomen est ouvert par une incision verticale latérale droite à laquelle on joint l'incision transversale signalée plus haut. Avant d'inciser le péritoine suivant les mêmes lignes, on le décolle du plan musculaire.

Le grand épiploon, attiré et étalé dans l'incision horizontale, est fixé au péritoine pariétal, le long de cette incision, par des points séparés qui évitent de prendre les vaisseaux épiploïques.

La lame épiploïque sortie est étalée à la face extérieure du péritoine, sous les muscles, et fixée dans cette position par quelques fils placés à ses extrémités. On refait ensuite soigneusement la paroi abdominale en évitant de drainer.

**Fixation au péritoine pariétal seul** (TERRIER). — Il faut utiliser la région de l'ombilic pour la création des anastomoses vasculaires, c'est la région favorable. L'incision pariétale est médiane, sus et sous-ombilicale, passant à gauche de l'ombilic sans le réséquer.

L'abdomen ouvert et examiné, on étale avec soin l'épiploon au-devant de l'intestin. C'est à la face intérieure du péritoine que l'on va fixer l'épiploon.

Des fils séparés prenant de dedans en dehors le péritoine pariétal, et un peu de tissu pour empêcher le fil de couper, traversent l'épiploon dans un point avasculaire, et fixent les extrémités de la lame épiploïque de chaque côté de la partie inférieure de l'incision.

On refait ensuite la paroi en plusieurs plans, et on reprend l'épiploon dans la suture médiane du péritoine.

Il faut éviter le drainage qui faciliterait l'infection secondaire et l'éventration.

#### IV. — ESTOMAC

**Sutures des plaies de l'estomac.** — Ces sutures sont absolument semblables aux *sutures intestinales* que nous étudierons plus loin (voy. p. 416).

**Gastrotomie et exploration de la cavité gastrique.** — L'ouverture simple de l'estomac, sans abouchement à la paroi abdominale, peut être faite dans le but d'extraire un corps étranger ou une tumeur pédiculée, ou pour rechercher une ulcération qui saigne.

L'estomac est découvert par une *laparotomie médiane sus-ombilicale* suffisamment longue (voy. Laparotomie, p. 3, t. II), préférable, pour la solidité de la cicatrice et pour la facilité des recherches, à l'incision latérale oblique ou longitudinale.

L'estomac étant mis à découvert, facilement s'il est de dimensions normales; en relevant le bord antérieur du foie s'il est rétracté et petit; il est utile, suivant le conseil de SAVARIAUD<sup>1</sup>, de l'évacuer avant de l'ouvrir s'il contient du sang en abondance. La ponction aspiratrice ordinaire, faite au niveau où devra siéger l'incision, réalise cette évacuation.

On explore alors successivement, par la vue et par le toucher, la face antérieure, le cardia, en relevant le foie avec un large écarteur plat, le pylore, la face postérieure. L'examen de la face postérieure ne peut être pratiqué qu'en ouvrant l'arrière-cavité des épiploons pour y introduire la main. L'arrière-cavité est ouverte au niveau du ligament gastro-colique qui réunit les grandes courbures au colon transverse, en déchirant celui-ci dans une région avasculaire et au-dessous de l'artère épiploïque dont il faut éviter de couper les branches gastriques.

L'examen extérieur de l'estomac ayant fait conclure à la nécessité d'une gastrotomie, on attire l'estomac autant que

<sup>1</sup> SAVARIAUD. Thèse de Paris, 1898, p. 76.