

Le malade, anesthésié, est mis dans la position classique, les cuisses fléchies sur le bassin : puis deux aides se placent de chaque côté de l'opérateur. Dans un premier temps on procède à la dilatation anale sous le chloroforme ; dans un second temps, on excise le bourrelet hémorroïdal.

Dans la majorité des cas, nous adoptons le procédé de Whitehead. En voici, en deux mots, les grandes lignes. On pratique une incision à l'union de la muqueuse et de la peau. Puis on dissèque la moitié droite, par exemple, du lambeau muqueux, auquel reste appendues les ampoules variqueuses, jusqu'à ce qu'on ait atteint le bord inférieur du sphincter. A ce moment, on trouve un plan de clivage qui permet de décoller rapidement la muqueuse avec le doigt jusqu'au tissu sain, c'est-à-dire là où doit porter le trait de section. On résèque ensuite le lambeau muqueux et on suture peau à muqueuse. La moitié droite terminée, on fait de même pour la demi-circonférence gauche, sans qu'il soit nécessaire de laisser un pont de tégument entre les deux moitiés.

Or, les résultats, bons ou mauvais de cette opération, dépendent absolument de la perfection des détails de technique, et c'est pourquoi nous nous permettons d'y insister.

Lorsqu'on a fait la dissection du lambeau muco-hémorroïdal, si on vient à couper ce lambeau avec l'intention de faire des sutures ensuite, voici ce qui se passe. Si on a réséqué peu de muqueuse, il n'y a aucune gêne sensible pour l'opérateur, la muqueuse se rétracte peu et on fait les sutures ensuite tout à fait à son aise. Mais, en revanche, on a ainsi les inconvénients d'une résection parcimonieuse, en ce sens qu'en un ou deux points au moins la muqueuse fait éversion. Le malade garde ainsi les ennuis du prolapsus pour lequel il s'était fait opérer, ou, quelquefois même, un peu de proci-dence qui manquait auparavant.

Il est donc essentiel que la ligne de suture cutané-muqueuse borde l'orifice anal ou plutôt soit même un peu inversée et non pas éversée. Pour obtenir ce résultat, il faut réséquer une portion suffisante de muqueuse. Or, nous supposons cette large résection faite et la section pratiquée d'un seul coup. Que va-t-il se passer ? La muqueuse va se rétracter et disparaître du champ opératoire. Comme je le dis souvent, le malade avale son rectum.

Il vient à l'esprit un moyen très simple, c'est d'appliquer des pinces hémostatiques sur la muqueuse fuyante, de manière à pouvoir l'abaisser au fur et à mesure des besoins de la suture. C'est là la conduite chirurgicale la plus déplorable que l'on puisse suivre. En effet, rien n'est plus susceptible que la nutrition d'une muqueuse intestinale, et cela se conçoit. La suture muqueuse, quoiqu'on fasse, ne s'opère jamais dans les conditions d'asepsie absolue : il importe donc spécialement ici que les éléments anatomiques jouissent de leur vitalité, c'est-à-dire de toute leur intégrité. Chaque point forcepressuré est un point manqué pour la bonne réunion. Les pinces ne doivent être appliquées que sur les vaisseaux qui donnent un jet en attendant un catgut, et nullement sur la tranche muqueuse.

On a cherché à parer à la difficulté en ne coupant le lambeau hémorroïdal qu'à petits coups et qu'au fur et à mesure du placement des fils. Or, de cette façon, la partie non sectionnée, maintenue par des pinces, sert de moyen de traction. Mais ici se présente un tout autre inconvénient. Lorsqu'on examine un bourrelet proci-dent hors du rectum, on constate que chaque tumeur hémorroïdale forme comme une sorte de colonne tapissée de muqueuse. Il en résulte que l'état pathologique exagère une disposition normale, à savoir que la circonférence muqueuse est plus étendue que la circonférence cutanée. Or, pour adapter d'une façon régulière et bonne deux circonférences de dimensions inégales, il faut nécessairement faire subir à l'une ce qu'on appelle, en couture, des fronces. Ces fronces doivent être répartis d'une façon égale, sur le demi-cercle. Pour arriver à cette régularité de répartition, il est de toute nécessité que la taille soit faite en totalité avant la couture. Il faut pro-

céder comme les tailleurs : d'abord tailler, ensuite coudre. Voici à quel petit moyen nous avons recours pour obvier à tous les inconvénients précédents : le lambeau muqueux, étant tenu bien étalé à ses deux extrémités par deux pinces Kocher, on passe des anse de catgut à la base du lambeau, un peu au-dessous du point où on veut faire la section, et à distance égale ; on fait ensuite sa coupe en entier.

De la sorte, on n'a plus à aller chercher la muqueuse pour passer ses fils, puisque ceux-ci se trouvent tout passés. Les anse sous-jacentes servent de moyen de fixation et de traction. Il ne reste qu'à passer le chef externe de l'anse dans la circonférence cutanée. Je procède parfois d'une façon un peu différente en passant d'emblée le fil à travers la base des lambeaux muqueux et cutané. C'est à droite, de préférence, que je place ainsi tout les fils avant de sectionner le rideau muqueux. Les points de suture précédents ont été espacés de façon égale. Il reste à parfaire la suture dans les intervalles : c'est là que se font les fronces.

Toutes des sutures sont faites avec une très petite aiguille et du fin catgut, estimant, comme pour toute chirurgie intestinale, qu'il importe beaucoup de traumatiser le moins possible et d'étreindre le minimum de tissus dans l'anse du fil.

L'opération terminée, on applique une simple feuille d'ouate iodoformée qui isole les deux demi-circonférences et les deux lignes de sutures. Nous insistons sur l'importance d'un pansement quotidien, fait par le chirurgien lui-même ou un aide intelligent. Ce pansement consistera à renouveler la ouate ou la gaze iodoformée après nettoyage péri-anal et en s'abstenant autant que possible de mouiller la plaie. La diète lactée sera maintenue pendant douze jours ; l'extrait thébaïque à dose constante (0,05 centigrammes) entretiendra la constipation pendant ce laps de temps. Vers le douzième jour, on peut commencer l'alimentation, et le plus souvent, le malade va à la selle spontanément. Dans le cas contraire, on administre un laxatif léger.

Comme nous l'avons vu, nos malades quittent l'hôpital au bout de dix-huit à vingt jours, quelquefois même au bout de quinze jours, complètement guéris.

En terminant, nous ferons observer la bénignité des suites opératoires. On note peu ou pas de douleurs, peu ou pas d'épreintes. L'ecchymose péri-anale sous-jacente, la rétention d'urine, sont les deux seuls incidents dignes de remarque. Toutes les complications graves, telle que hémorragie, suppuration, phlébite, rétrécissement consécutif, nous sont inconnues.

Bref, on peut considérer cette opération comme se rapprochant autant que possible de la perfection.

(*La Presse méd.*)

Les vomitifs dans les infections bronchiques,

D'après M. le Dr P. G. CHALCHAT.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, M. A. Robin a tenté la réhabilitation de quelques anciennes médications, la saignée, le vésicatoire, les vomitifs. Si le procès paraît gagné pour la saignée, dont l'utilité ne paraît pas discutable dans certains cas bien déterminés, il ne semble pas que l'accord soit près de se faire sur la question des vomitifs, et surtout du vésicatoires. Une thèse récente de M. le Dr P. G. Chalchat, inspirée par M. A. Robin, va nous donner l'occasion d'examiner le rôle des vomitifs dans la thérapeutique des infections bronchiques.

Quelle est, dans ces cas, d'après M. A. Robin, l'action des vomitifs.

Les vomitifs réalisent d'abord le "curage mécanique des bronches" ; de plus, en augmentant consécutivement la sécrétion du mucus bronchique dont le pouvoir antiseptique a été nettement établi par MM. Claisse et Hutinel, ils renforcent les éléments de défense de l'organisme contre l'infection ; enfin, favorisent l'oxydation des produits microbiens en augmentant la capacité respiratoire et la