

çant au point où devra commencer l'incision, la pousser à travers les parois de l'abdomen, jusqu'au point où elle se terminera. Puis on la retire doucement, en même temps qu'en pressant sur le piston, on chasse le liquide qui se dépose le long du trajet. Une quantité de trois seringues d'une solution de 2 p. c. suffit.

Il ne faut pas oublier de rendre le champ opératoire complètement aseptique. Pour cela, la veille, la région iliaque gauche et tout le pubis sont rasés, soigneusement lavés au savon et à l'eau d'abord, puis avec un liquide antiseptique. On la recouvre ensuite d'une couche de compresses imbibées du même liquide et on la laisse ainsi jusqu'à l'heure de l'opération. A ce moment, la région est de nouveau lavée antiseptiquement et le champ que devra parcourir le couteau est circonscrit par des compresses, toujours imbibées de la solution antiseptique.

Après avoir fait les piqûres de cocaïne et avoir attendu que l'anesthésie soit complète, l'opération est commencée.

Incision de 6 à 7 centimètres de long, à deux centimètres au-dessus du ligament de Poupart et parallèle à lui. Procéder couche par couche, en arrêtant l'hémorragie par une pince placée sur chaque artériole sectionnée. D'ailleurs, cette incision donne peu de sang. En arrivant à la couche musculaire, il faut, ainsi que l'a indiquée M. Verneuil, éviter de couper les muscles transversalement, mais plutôt séparer les faisceaux musculaires, sans les inciser, après avoir sectionné la peau, le fascia superficialis, la toile celluleuse qui double le grand oblique, le muscle grand oblique, le petit oblique, le transverse, le fascia transversalis, on arrive sur le péritoine que l'on incise avec une sonde cannelée ou simplement avec les ciseaux. Dès que cette incision est faite, si l'intestin n'occupe pas une place anormale, la partie supérieure de l'S iliaque, celle qui fait suite au colon descendant, se présente dans la boutonnière, avec ses signes distinctifs, ses bandes longitudinales et ses appendices graisseux. Des pinces sont alors placées sur les bords de la plaie, puis renversées en dehors, mettant nettement l'intestin à découvert. Après s'être assuré d'être bien sur l'S iliaque, il ne reste plus qu'à le prendre avec une pince, l'attirer au dehors de la plaie, jusqu'à l'apparition du méso. Dès que celui-ci est bien en vue, il est perforé avec une grosse sonde ordinaire en caoutchouc durci, et préalablement désinfectée par un bain antiseptique. La sonde est poussée à travers le méso, jusqu'à sa partie moyenne seulement, et laissée en place, elle repose alors sur les bords de la plaie qu'elle traverse en diagonale, s'appuyant bien sur la paroi abdominale et supporte l'anse intestinale à cheval sur elle. Cet anse intestinale fait alors hernie au travers de l'incision et ne peut rentrer dans l'abdomen, empêché qu'elle en est par la sonde passée en dessous d'elle.