

Chez l'adulte, la réduction ne souffrira aussi aucune difficulté, si l'épiploon se trouve seul dans la hernie. Mais si l'épiploon est adhérent au sac, irréductible, ou bien si la hernie est formée par une anse intestinale adhérent à l'épiploon, il faut alors recourir à l'opération.

Il faut, après avoir ouvert le sac herniaire, rompre avec le doigt toutes les adhérences épiploïques. Une fois l'épiploon pédiculisé et bien isolé, s'assurer qu'il est seul, qu'il ne contient aucune anse intestinale et il ne reste alors qu'à le lier au moyen d'un seul fil de catgut, s'il est petit et d'un double fil, s'il est trop volumineux. Lorsque l'épiploon est bien lié, on le résèque en deçà de la ligature et on rentre le pédicule dans l'abdomen.

*2° Destruction de la cavité du sac.*— Il faut ensuite isoler, séparer des tissus voisins la cavité infundibuliforme aboutissant au collet, à l'anneau qui avait livré passage aux viscères. Il s'agit de faire disparaître cette cavité, c'est-à-dire qu'il faut détruire le sac.

*3° Oblitération du collet et fermeture de l'orifice de sortie*—Une fois le sac disséqué et isolé surtout au niveau de son collet, on en saisit les bords avec une pince à force pressée et on le tend de façon à bien voir l'infundibulum qu'il forme ; puis, on passe autour de sa base un fil de catgut qu'on lie fortement et on résèque le sac en deçà de la ligature.

On a réduit les viscères, détruit le sac, oblitéré son collet, il reste encore l'anneau fibreux qui a livré passage aux viscères et qui demeure largement béant. Comment faut-il le traiter ? Trois différents procédés sont en vogue : avivement des bords de l'anneau, suture des bords de l'anneau et enfin avivement et sutures combinés. A Paris, on ne fait pas habituellement l'avivement de l'anneau, excepté, cependant, lorsque l'anneau est trop épais et trop résistant pour qu'on puisse compter sur un affondrement exact de ses bords.

La plaie, formée par l'opération, se traite comme les plaies simples de l'abdomen ou une plaie de la laparotomie. La majorité des chirurgiens français sont en faveur des sutures en masse de la paroi et des sutures superficielles, si c'est nécessaire.

Je n'ai pas besoin d'insister et même de dire que, dans les différents temps de cette opération, on doit mettre en œuvre l'antisepsie la plus rigoureuse. Il est inutile, après la suture, de mettre un drain dans la plaie, pas plus qu'on ne le fait après la laparotomie. On applique un pansement formé par quelques compresses de gaze iodoformée recouvertes de ouate hydrophile ; au-dessus, on place une autre couche de ouate ordinaire, puis une large ceinture de flanelle à l'aide de laquelle