HERNIAIRE (ÉTRANGLEMENT)

Éléments étiologiques : Adulte et vieillard (très rare chez l'enfant) ; traumatismes, efforts (toux, éternuement, etc...).

Signes cliniques : Tumeur brusquement irréductible, tendue, résistante, douloureuse; vomissements réflexes (alimentaires, muqueux) ; état nauséeux; arrêt des matières et des gaz (parfois précédé de l'évacuation du bout inférieur) ; coliques intestinales ; tension des parois abdominales sensibles à la palpation. Bientôt, et plus ou moins rapidement suivant la forme de l'étranglement (suraigu, aigu, chronique...), vomissements bilieux, puis fécaloïdes; ballonnement du ventre, météorisme ; pouls dépressible, petit, fréquent, parfois irrégulier; anxiété extrême ; respiration superficielle, accélérée; facies terreux, angoissé; hypothermie; intégrité de l'intelligence (empoisonnement stercorémique). Mort par stercorémie, péritonite septique, complications pulmonaires (broncho-pneumonie)... Guérison spontanée : anus contre nature (phlegmon stercoral).

Recommandation très importante : S'assurer autant que possible le concours d'un chirurgien, à cause des surprises opératoires relatives au degré des lésions, pouvant nécessiter des manœuvres délicates et complexes.

I. — HERNIE ANCIENNE, VOLUMINEUSE ; CRISES ANTÉRIEURES D'IRRÉDUCTIBILITÉ TEMPORAIRE, AVEC AUGMENTATION DE VOLUME ET DOULEURS ; CRISE ACTUELLE AU DÉBUT.

Tenter le taxis (pendant deux ou trois minutes au maximum et d'une façon méthodique) :

Technique : Soins préliminaires : Raser et nettoyer la région. Tout préparer pour la kélotomie (qu'il faudra pratiquer immédiatement après le taxis, en cas d'échec).

Attitude du malade : Bassin élevé, cuisses fléchies en abduction.

Attitude du chirurgien : A droite du malade.

Anesthésie générale (chloroforme, éther) ou bien, en cas de contre-indication formelle, piqûre de morphine au niveau du collet.

Premier temps : Vider l'intestin : Embrasser de la main gauche le pédicule de la hernie.

Entourer circonférentiellement, avec la main droite, la partie moyenne de la tumeur et la comprimer « largement, doucement, progressivement. » (Lejars.) (Evacuation de l'anse annoncée par du gargouillement et la diminution de la tension de la masse herniaire.)

Deuxième temps : Réduire l'anse herniée, totalement ou partiellement vidée :

Etirer avec la main gauche le pédicule « en filière. »

Exercer de bas en haut, avec la pulpe des doigts de la main droite, des mouvements rythmés de pression, sur les parties contenues dans la région du pédicule; faire ainsi progresser ces parties vers le collet, où les saisissent les doigts de la main gauche pour leur faire franchir, au fur et à mesure de leur arrivée, l'orifice herniaire.

Après réduction de l'intestin, agir de même sur l'épiploon, sans insister (adhérences, hémorragies).

Ne se déclarer satisfait que quand le doigt peut être introduit dans le trajet herniaire.

En cas d'échec, ne pas renouveler la séance de taxis et recourir immédiatement à la *kélotomie,* comme pour II.

II. — SIGNES NETS D'ÉTRANGLEMENT.

Irréductibilité, vomissements (signes du début, imposant d'emblée l'intervention) ; arrêt des matières et des gaz ; tension du ventre, etc.

Kélotomie d'urgence : Soins préparatoires : S'éclairer le mieux possible (ne jamais se contenter, la nuit, d'une seule lampe, qui peut s'éteindre).

Instruments : Bistouri, douze pinces hémostatiques, pince à griffes, sonde cannelée, ciseaux droit et courbe, herniotome de Cooper, aiguille de Reverdin, aiguille fine de Hagedorn, soie, catgut, crins de Florence.

Antisepsie des mains, de la région, des instruments.

Anesthésie générale (chloroforme ; ou bien, en cas de contre-indication, *anesthésie locale à la cocaïne* (solution à 1/100) : faire, suivant la future ligne d'incision cutanée, une première injection intradermique; renouveler les injec-

tions pendant l'opération, au niveau des différentes couches anatomiques (tissu cellulaire, aponévroses, sac).

Technique opératoire :

Premier temps :

Incision des parties molles : Parallèle au grand axe de la tumeur (verticale pour les hernies crurale et ombilicale, oblique de dehors en dedans et de haut en bas pour les hernies inguinales); *longue* (se donner beaucoup de jour) et dépassant largement par en haut le siège de l'étranglement.

Deuxième temps :

a) Recherche du sac : Dissocier à la sonde cannelée ou sectionner prudemment aux ciseaux (hémostase au fur et à mesure) le tissu cellulo-adipeux qui entoure le sac (tumeur arrondie, rénitente, gris brunâtre);

Est-ce bien le sac?

Circonscrire la tumeur avec l'index et l'énucléer des tissus environnants, jusqu'au pédicule (c'est donc une poche, un sac);

b) Ouverture du sac : Avec une pince à griffes, faire un pli à la membrane séreuse et, avec la pointe d'un bistouri, faire prudemment, au niveau de ce pli, une petite incision (jet de liquide séro-sanguin, sauf dans hernies sèches); agrandir l'incision sur la sonde cannelée, introduire l'index gauche dans le sac, et, sur ce doigt comme guide, inciser le sac, aux ciseaux, jusqu'au collet.

Repérer exactement, avec des pinces à forcipressure, les lèvres de l'incision du sac.

Laver la séreuse au sublimé à 1/1000 et assécher ensuite exactement.

Anomalies de ce deuxième temps : Existence d'un kyste préherniaire (hernie crurale surtout) :

Signes caractéristiques : a) C'est un cul-de-sac (recourir à la sonde cannelée) ;

b) Le liquide qui en sort est citrin et non séro-sanguin;

c) Il repose sur le vrai sac que l'on voit et sent bomber au-dessous de lui.

Existence d'une masse graisseuse (sous-péritonéale) au-devant du sac, faisant croire à l'épiploon (pseudo-épiploon) (hernie crurale) :

Caractère distinctif : Absence de pédicule; rechercher le sac au-dessous.

Troisième temps :

Débridement : Le faire à ciel ouvert (grâce au prolongement par en haut de l'incision primitive).

Introduire l'index gauche, lentement, progressivement, entre la paroi du sac et les viscères (pulpe tournée vers les viscères), érailler avec l'ongle le collet du sac et le dilater de plus en plus (un aide attirant le sac au dehors, à l'aide de pinces à forcipressure, pour empêcher le collet de fuir au-devant du doigt).

En cas d'anneaux fibreux très étroit : Section aux ciseaux: Introduire entre le sac et l'anneau fibreux, la branche mousse des ciseaux, et sectionner l'anneau, à petits coups, jusqu'au delà de l'obstacle.

Sinon, section au *bistouri de Cooper :* guider le bistouri à plat, sur l'index gauche, jusqu'au collet; glisser son extrémité mousse entre l'intestin et le collet; tourner alors le tranchant vers ce dernier et imprimer au manche un mouvement de bascule qui assure la section.

Sens du débridement d'après variétés des hernies :

Hernie inguinale : En haut et légèrement en dehors.

Hernie crurale : En bas et en dedans.

Hernie ombilicale : Ad libitum (de préférence en haut et à gauche).

Quatrième temps :

Examen du contenu herniaire :

Attirer l'intestin (sans brusquerie) au dehors, sur une assez grande étendue.

Examiner attentivement le sillon d'étranglement et l'anse elle-même.

Examiner attentivement l'épiploon.

A. *Intestin :* 1° *L'intestin peut être réduit* (pas d'amincissement de la paroi intestinale; séreuse intacte, coloration foncée noirâtre, mais non verdâtre, terne; circulation se réveillant sous l'eau bouillie chaude).

2° *L'intestin est malade* (Voir plus loin).

B. *Épiploon :* 1° *L'épiploon peut être réduit : Sain* (formant masse compacte, fortement tassée, mais facile à déplisser, sans fausses membranes) et en petite quantité.

2° *L'épiploon doit être réséqué :* Enflammé ou sain mais en très grande quantité :

Résection avec un fil très solide, de grosseur moyenne (soie ou catgut) ; nœud de Lawson Tait ou ligatures en chaîne, suivant le volume de la masse épiploïque.

Cinquième temps :

Réduction : Vider l'anse intestinale de son contenu par une compression très douce, et refouler ensuite méthodiquement dans le ventre l'intestin, en commençant par le bout postérieur (sorti le premier).

S'assurer que la réduction est parfaite, en introduisant l'index droit dans le ventre.

Sixième temps :

Résection du sac : Lier le sac au niveau du pédicule (catgut moyen) et le sectionner au-dessous de la ligature.

Septième temps :

Fermeture de la paroi abdominale : Plan par plan, par une suture à étages. Appliquer un large pansement antiseptique compressif (spica double bien serré).

Soins postopératoires : Diète absolue pendant vingt-quatre heures.

Lavement légèrement purgatif (s'il y a lieu) à la fin du deuxième jour.

En cas d'échec du lavement : Huile de ricin à doses fractionnées (une cuillerée toutes les heures), au troisième jour.

Intestin trouvé malade pendant la Kélotomie (après débridement).

a) Intestin plus ou moins profondément éraillé (séreuse, couche musculaire) : Ne jamais réduire sans avoir réparé la brèche, quelque superficielle qu'elle soit : suture séro-séreuse, à la Lambert (fin catgut), adossant les lèvres de la solution de continuité.

b) Intestin menacé de gangrène (coloration terne, grisâtre, bronzée, feuille morte ; diminution de consistance de la paroi, etc.) :

1° *Altération très limitée (ou petite perforation) :* Enfouir les parties suspectes ou perforées à l'aide de deux

plans de suture séro-séreuse, refermant l'intestin au-dessus des parties malades (Guinard).

2° *Altérations étendues, diffuses :* Attirer largement au dehors l'anse menacée et l'y maintenir entre deux couches de gaze iodoformée, ou (si on craint qu'elle ne rentre spontanément dans le ventre), à l'aide de quelques points de suture la fixant au collet ; recouvrir l'anse de compresses aseptiques :

Au bout de quarante huit heures ou bien *perforation :* N'intervenir que plus tard contre anus contre nature ou fistule stercorale ;

Ou bien : *réparation des lésions :* Enlever les fils de suture et panser à plat (réduction spontanée de l'anse).

En cas de réduction spontanée trop lente : Décoller prudemment avec le doigt les adhérences récentes, refouler l'anse dans le ventre et fermer la paroi abdominale.

c) Intestin gangrené : 1° *Une ou plusieurs plaques de sphacèle, nettement circonscrites, de faibles dimensions :* Enfouissement (Voir *b*) 1°) ou *résection de la plaque de sphacèle* suivie de la suture exacte des lèvres de la perte de substance (surjet séro-musculaire) ;

2° *Sphacèle de la totalité de l'anse, ou plaques de gangrène confluentes :*

Entérectomie avec *entérorraphie* circulaire ou à l'aide d'un bouton anastomotique (nécessité d'une instrumentation spéciale, d'une assistance éclairée et surtout d'une sérieuse expérience chirurgicale) ;

Ou bien : *Anus contre nature* (intervention facile et à la portée du plus grand nombre).

1° *Anse pincée latéralement :* Exciser la plaque de gangrène et réunir à la peau, avec beaucoup de soin, les bords de la perte de substance.

2° *Anse herniée entière, mais très courte :* Inciser suivant le bord libre de l'anse, en plein tissu gangrené et suturer à la peau et au collet du sac, les bords de l'incision.

Introduire dans le bout supérieur de l'anse un drain en caoutchouc qui en assurera le fonctionnement.

3° *Anse herniée longue :* Attirer prudemment au dehors l'anse gangrenée et une longueur suffisante d'anse intestinale saine.

Réunir, par des points séro-séreux, et sur les parties saines de l'intestin, les faces contiguës des deux cylindres intestinaux.

Suturer ces derniers aux débris du sac et à la peau; réséquer enfin l'anse gangrénée.

Recouvrir l'anus contre nature de compresses humides fréquemment renouvelées.

III. — ÉTRANGLEMENT ANCIEN. PHLEGMON STERCORAL.

Inciser largement le phlegmon au bistouri ; lavage antiseptique abondant du foyer.

Recouvrir la plaie de compresses humides, fréquemment renouvelées.

HERNIES (CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA CURE RADICALE).

I. — HERNIEUX A PAROI ABDOMINALE SANS RÉSISTANCE physiologiquement insuffisante et dont les régions inguinales amincies et facilement dépressibles, bombent au moindre effort (hernies souvent multiples).

Bandage :

Considérations générales relatives à son application : Le médecin doit le faire fabriquer sur mesure, d'après ses propres indications, et le surveiller, de façon à le faire modifier ou changer s'il y a lieu (usure du bandage, croissance du malade, etc.).

Appliquer le bandage, sur le malade couché, la hernie étant bien réduite (exploration digitale du trajet).

Vérifier la bonne contention en faisant marcher, sauter, se moucher dans la position accroupie, se baisser et se lever, le malade.

Mettre le bandage le matin, avant de se lever, et l'enlever le soir, après s'être couché (sauf indication particulière nécessitant la permanence d'application).

Veiller à la propreté absolue de la peau et du bandage.

II. — HERNIEUX AVEC ÉTAT GÉNÉRAL DÉFECTUEUX OU GRAVE (diabète, albuminurie, tuberculose, affection cardiaque).

Traitement comme pour I.

III. — HERNIEUX ATTEINT D'UNE AFFECTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES (efforts de toux) OU DES VOIES URINAIRES (efforts de miction).

Traitement comme pour I.

En cas d'affections aiguës des voies respiratoires ou urinaires : Appliquer un bandage jusqu'à guérison complète de ces affections; ne recourir qu'alors seulement à la cure radicale, indiquée d'autre part.

IV. — HERNIEUX TRÈS JEUNES (rien d'absolu) VIEUX (rien d'absolu ! cinquante ans)

Traitement comme pour I.

V. — HERNIEUX PORTEUR D'UNE VÉRITABLE ÉVENTRATION (hernie énorme, ayant perdu droit de domicile dans le ventre).

Cure radicale indiquée chez malade jeune et bien portant.

En dehors de ces circonstances cliniques (rarement réalisées) : Suspensoir élastique lacé (permettant une compression légère de la hernie).

HERNIES (INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA CURE RADICALE)

I. — HERNIES IRRÉDUCTIBLES (épiplocèles, entérocèles, entéro-épiplocèles).

Douleurs plus ou moins vives, coliques, tiraillements, impossibilité de tout effort ; complications toujours imminentes (inflammation, engouement, étranglement) : **Cure radicale** nettement indiquée (en dehors de toute contre-indication formelle (Voir *Hernies* : contre-indications de la cure radicale).

Conditions fondamentales de l'opération : 1° Excision élevée du sac herniaire, après dissection poussée le plus loin possible, jusqu'au tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal (destruction de l'infundibulum péritonéal).

2° Libérer exactement, avant de les réduire, les parties adhérentes et exciser la plus grande quantité possible d'épiploon (amorce de récidive).

3° Créer une cicatrice solide au niveau de la solution de continuité de la paroi, en réunissant ses différents plans par une suture à étages.

4° Nécessité absolue d'une antisepsie rigoureuse !

II. — HERNIES RÉDUCTIBLES (en dehors de toute contre-indication formelle). (Voir *Hernies : contre-indications de la cure radicale.*)

a) Hernies incoercibles : S'insinuant toujours au-dessous du bandage : **Cure radicale.**

b) Hernies congénitales avec ectopie testiculaire : (très souvent douloureuses; bandage insupportable ; accidents fréquents (étranglement de l'intestin, du testicule) : Cure radicale (voir *ectopies du testicule.*

c) Hernies douloureuses : (Douleur seul symptôme : petit volume, réduction aisée, maintien facile par le bandage; mais adhérences épiploïques au collet du sac) : Cure radicale.

d) Hernies à volume progressivement croissant : Nécessité d'une intervention tout particulièrement précoce.

e) Hernies à opérer par convenances sociales :

1° *Hernies des jeunes gens :* Service militaire ; mariage ; nécessité de travailler pour vivre.

2° *Hernies des jeunes filles :* Souvent douloureuses et excellents résultats de la cure radicale. Effet moral du bandage désastreux.

HERNIES
INGUINALES, CRURALES, OMBILICALES

I. — HERNIES INGUINALES.

A. — De l'adulte.

Cure radicale (en dehors de toute contre-indication formelle) (Voir *Hernies*, contre-indications de la cure radicale).

B. — Des nouveau-nés et des enfants.

a) Sans ectopie testiculaire : Guérison fréquemment obtenue par bandage inguinal double porté, sans interruption, nuit et jour.

Cure radicale très légitime après la première année.

b) Avec ectopie testiculaire :

1° *Testicule au-dessous de la hernie et facile à isoler :* Bandage en fourche pour maintenir la hernie réduite ; massage pour abaisser le testicule. En cas d'échec, au bout d'un certain temps, intervenir comme pour 2°.

2° *Testicule et hernie solidaires, ou ectopie inguinale élevée :* Pas de bandage ; surveiller attentivement le malade ; opérer le plus tôt possible (après la première année) ; « passé dix-huit mois à deux ans, toute hernie avec ectopie doit être traitée par la cure radicale suivie d'orchidopexie » (Broca) ;

Tenter la *conservation* du testicule (abaissement et orchidopexie) ; *castration* (cordon trop court ; atrophie considérable ; adultes).

II. — HERNIES CRURALES.

Cure radicale nettement indiquée à tout âge (sauf extrême vieillesse) toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle (Voir *Hernies* : contre-indications de la cure radicale).

III. — HERNIES OMBILICALES.

A. — Des nouveau-nés et des enfants.

Bandage jusqu'à sept ou huit ans :

a) Très jeunes enfants : Appliquer sur la hernie réduite un tampon d'ouate gros comme une noix et maintenu par une bande de diachylon faisant deux fois le tour du corps ;

b) Enfants plus âgés : Ceinture en caoutchouc avec pelote à insufflation.

A partir de sept ou huit ans : **Cure radicale.**

B. — Des adultes.

Intervenir (en l'absence de contre-indication formelle) (Voir *Hernies :* contre-indications de la cure radicale), le plus tôt possible, avant que la hernie ne soit trop grosse.

En cas de contre-indications : Bandage de Dolbeau. Plaques concaves rembourrées, moulées sur la hernie. Suspensoir élastique lacé.

HYDARTHROSES

Éléments étiologiques : 1° *Traumatismes articulaires* (entorse) : hémo-hydarthrose traumatique (genou).

2° *Infections* : Hydarthroses blennorragique, tuberculeuse, syphilitique, rhumatismale vraie, pseudo-rhumatismale (varicelle, scarlatine, oreillons...).

3° *Hydarthrose proprement dite, essentielle?* (sans cause apparente, cliniquement appréciable) : Synovite plastique articulaire ; hydarthrose intermittente (auto-intoxication?) ; grandes articulations (genou surtout).

Signes cliniques : *Objectifs communs* : Tuméfaction et déformation de la jointure, distension de la synoviale (cul-de-sac sous-tricipital), fluctuation, choc rotulien ; atrophie musculaire précoce (des extenseurs surtout).

Variantes symptomatiques et évolutives suivant étiologie : *Hydartrose traumatique* : douleurs vives de l'arthrite, spontanées, à la pression, pendant les mouvements ; apparition tardive de l'épanchement (12, 24, 48 heures après l'accident) ; sa résorption très lente au genou (hémo-hydarthrose). — *Hydarthrose blennorragique :* apparition souvent brusque de l'épanchement ; évolution excessivement lente ; indolence ou douleurs très vives, spontanées et provoquées (gros épanchement) ; intégrité des tissus péri-articulaires ; ni points douloureux ni gonflement au niveau des extrémités articulaires (diagnostic avec l'arthrite blennorragique) ; peu ou pas de phénomènes généraux, ankylose. — *Hydarthrose tuberculeuse :* début insidieux, lent, indolent ; mouvements conservés ; os et ligaments intacts ; synoviale épaissie, épanchement intermittent ; guérison ou transformation en arthrite fongueuse. — *Hydarthrose proprement dite* (synovite plastique articulaire) ; début insidieux, simple gêne des mouvements ; pas d'attitude fixe du membre ; évolution très lente ; récidives fréquentes ; distension ligamenteuse parfois considérable ; mouvements anormaux de latéralité (genou) ; atrophie musculaire ; entorses à répétition.

I. — HYDARTHROSE TRAUMATIQUE.

A. — L'accident vient de se produire.

a) Phénomènes aigus d'arthrite avec épanchement progressif très abondant : distension excessive et très douloureuse des culs-de-sac synoviaux :