

Reste à traiter cette anse.

Si rien ne presse : procédé en deux temps.

Placer sous l'anse, à travers son mésentère, un bout de sonde en gomme stérilisée (fig. 196) ou même une mèche de gaze (fig. 197) qui, s'appuyant des deux côtés sur les rebords de la plaie, va soutenir cette anse; réduire les deux bouts de cette dernière, retirer les écarteurs et rétrécir la plaie, s'il est nécessaire, par un ou deux points au crin.

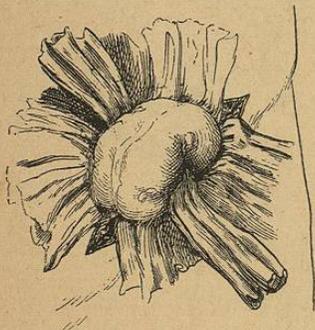


Fig. 197. — Anus contre nature. Procédé non rapide. Une mèche de gaze est passée sous l'anse (Ricard et Launay).

tère (fig. 198). Cette section doit être faite lentement, à petits coups pénétrant de plus en plus profondément. Elle ne doit pas dépasser une longueur de 1 centimètre et demi environ. S'il est possible, il est préférable de n'intervenir qu'au sixième ou septième jour, à cause des adhérences qui seront alors plus solides. La tige de gomme ne sera retirée que le dixième jour.

Si l'on est pressé (stercorémie...) procédé en un temps (fig. 199).

Réunir par une couronne de points en anse au catgut la région choisie de l'S iliaque au péritoine pariétal. Du côté de l'intestin, ne traverser que les couches séreuse et musculaire. Former l'éperon en accolant

l'une à l'autre les deux portions de l'anse par quelques points (fig. 199).

Placer en haut et en bas de la plaie, pour la rétrécir,

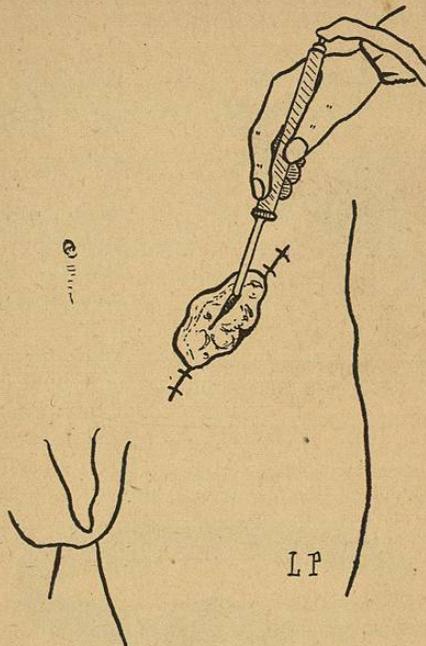


Fig. 198. — Anus contre nature. Procédé non rapide. 2^e temps : ouverture au thermocautère.

quelques points au crin réunissant toute l'épaisseur des couches musculaires.

Réunir les extrémités de la plaie cutanée elle-même.

Pour ouvrir l'anse, soulever la paroi intestinale avec une pince, et inciser au bistouri ou aux ciseaux dans l'étendue de 2 centimètres.

Pansement.

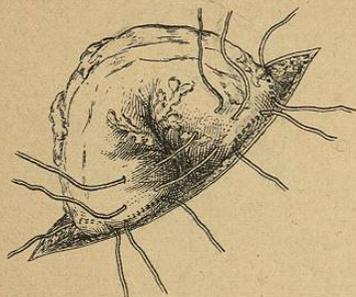
Enduire de vaseline stérile l'orifice et la plaie. Recou-

vrir d'un pansement aseptique humide. Bandage de corps modérément serré avec sous-cuisses.

Suites.

Tous les jours, nettoyer la région de la plaie au savon et à l'eau chaude, puis à la liqueur de Van Swieten dédoublée. L'enduire de vaseline, puis la recouvrir d'un pansement aseptique humide ou, si la peau se macère, d'un pansement sec que l'on renouvellera aussi souvent que nécessaire.

Fig. 199. — Colostomie en un temps. Formation de l'éperon (Ricard et Launay).



Par le bout inférieur de l'anus artificiel, faire des lavages à l'eau

boriquée tous les jours, de façon à désinfecter la tumeur qui siège dans ce bout.

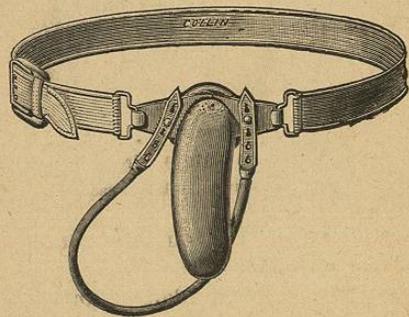


Fig. 200. — Appareil avec poche de caoutchouc pour anus artificiel.

L'alimentation donne souvent de la diarrhée, sans qu'on puisse indiquer à l'avance la liste des aliments conve-

nables. C'est en tâtonnant que le *malade choisira les mets* qui lui sont favorables.

D'habitude, l'opéré arrive, au bout de quelques jours, à devenir continent et à régulariser ses selles. Au bout d'une quinzaine de jours, on pourra s'occuper de lui faire porter un appareil spécial (fig. 200), muni d'une poche en caoutchouc destinée à recevoir les matières fécales.

Sauf complications, le *lever* pourra avoir lieu à partir du quinzième au vingtième jour. Peu à peu, la marche sera reprise.

Un des inconvénients de l'anus contre nature consiste dans la hernie de la muqueuse intestinale; cette hernie généralement progressive peut atteindre le volume des deux poings et même davantage. Le repos prolongé dans le décubitus dorsal et au besoin, l'application d'une vessie remplie d'eau à la température ordinaire sur la masse herniaire, suffisent dans la grande majorité des cas pour la faire rentrer.

Pour éviter ces accidents, il est bon de veiller avec grand soin à l'état pulmonaire des malades, de façon à éviter la toux, dans la mesure du possible.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

Sortie de l'abdomen au niveau de l'anneau crural, cette hernie suit la paroi interne de la loge des vaisseaux fémoraux et s'en dégage à la base du triangle de Scarpa par un des trous du fascia cribriformis.

Rapports anatomiques. — En dehors, veine fémorale; en avant et en haut chez l'homme, cordon spermatique séparé par l'arcade de Fallope; en dedans, bord tranchant du ligament de Gimbernat; en bas et en arrière, pectiné recouvert de son aponévrose.

Débrider en arrière et un peu en dedans (origine anormale de l'obturatrice, à la face profonde de l'anneau).

L'étranglement se produit soit au niveau de l'anneau crural, soit au niveau d'un orifice du fascia cribriformis, soit au niveau de ces deux anneaux confondus.

Signes. — S'observe surtout chez la femme : tumeur d'habitude petite (parfois même invisible) sur la partie moyenne et un peu interne de la racine de la cuisse (fig. 201). Souvent les symptômes généraux affectent la forme du choléra herniaire : douleurs, vomissements, facies grippé, contractures, convulsions.

Diagnostic. — Si la tumeur n'est pas très visible, incliner en avant le tronc du malade, en lui faisant fléchir et tourner les cuisses un peu en dedans : le doigt engagé dans l'anneau crural sent la tuméfaction ou détermine une vive douleur, qui fait fléchir la cuisse et se contracter l'abdomen. — Penser à adénite aiguë, anévrysme de la fémorale, phlébite variqueuse de la saphène.

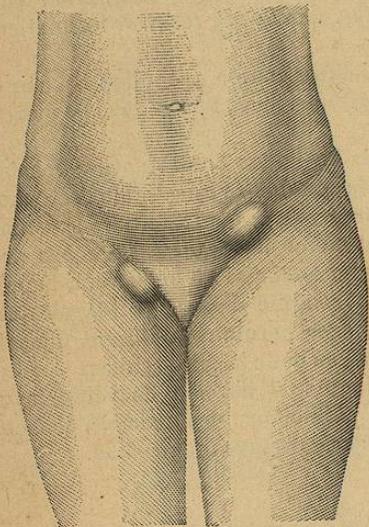


Fig. 201. — Hernie crurale droite, inguinale gauche.

Traitement.

On peut essayer tout d'abord de l'inversion complète du corps, puis du taxis sans ou avec anesthésie générale. Enfin, en cas d'insuccès, l'intervention opératoire doit être faite sur-le-champ.

INVERSION COMPLÈTE DU CORPS (Lucas-Championnière).

1. Inversion simple sans aucun taxis.

Ce procédé consiste à faire charger le patient sur les épaules d'un homme vigoureux, la tête et les bras pendants. Le sujet est retenu par les mollets, les membres inférieurs étant fléchis sur les épaules du porteur.

Il faut le maintenir ainsi pendant un certain temps et si le poids du malade le permet, faire marcher le porteur.

En replaçant ensuite le sujet dans la position horizontale, on constate souvent que la hernie est rentrée.

2. Inversion complète avec essai de taxis.

Faire l'inversion d'abord, puis quelques pressions légères et on réduit sans difficulté une hernie qui a parfois résisté aux taxis les plus réguliers.

3. Inversion avec anesthésie chloroformique.

Endormir à fond le sujet dans la position horizontale. Lorsqu'on le met en position inversée, il faut habituellement le rendormir, parce qu'il a tendance à se réveiller. Or, il est très important que la résolution soit complète.

TAXIS.

Ensemble des pressions devant amener la rentrée dans la cavité abdominale des viscères herniés.

Préparatifs.

Donner un grand bain — un lavement simple ou purgatif — faire uriner le malade, puis mettre pendant quelque temps le sujet en position inclinée en arrière.

Technique.

Position.

Malade dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin.

Exécution.

A l'aide de la pulpe des doigts de la main droite, exercer des pressions sur les parties les plus voisines de l'orifice herniaire en cherchant à les repousser en haut et en dehors. Agir ainsi successivement sur les diverses parties renfermées dans le sac.

Si la hernie a franchi un orifice du fascia cribriformis, la pousser d'abord en bas et en dedans pour la refouler en arrière de cette membrane, puis exercer les pressions en haut et en dehors.

Cesser ces manœuvres au bout de quelques minutes (cinq à quinze minutes).

En cas d'échec, le taxis peut être recommencé sous

l'anesthésie générale. Si l'on échoue, il faut, enfin, se résoudre à l'intervention.

KÉLOTOMIE.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[I. *Instruments.*

- Bistouri ordinaire.
- Ciseaux droits et ciseaux courbes.
- Pince à disséquer.
- Pince à griffes.
- Une douzaine de pinces hémostatiques.
- Six pinces de Kocher.
- Aiguille de Reverdin courbe.
- Aiguille de Mooy.
- Aiguille à suture fine et courbe.
- Une paire d'écarteurs moyens.
- Soie fine (n° 0).
- Catgut gros (n° 3).
- Crins de Florence.

Liquides, médicaments.

- Solution phéniquée à 50/1000.
- Collodion élastique.

Matériel de pansement.

Mackintosh.

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Au moins deux (un pour l'anesthésie).

II. *Malade.*

Ne pas omettre de raser la région et de nettoyer non seulement le pli de l'aîne, mais, chez l'homme, le scrotum et la verge; envelopper cette dernière d'une compresse serrée par une pince à forcipressure].

Opération.*Position.*

Décubitus dorsal.

Exécution.

1. *Incision* de la peau et du tissu cellulaire. Point de départ : au-dessus de l'arcade de Fallope, à 3 ou 4 centimètres de l'épine du pubis; descendre verticalement et sur une longueur variable (6 à 10 centimètres) au milieu de la tumeur.

Mettre à nu le rebord de l'arcade de Fallope à la partie supérieure de la plaie.

En écartant les pelotonsgraisseux, ou un véritable lipome pré-herniaire, on tombe sur le sac.

2. *Isolement du sac.*

Avant de l'ouvrir jusqu'à l'anneau, se servir de la sonde cannelée et chercher un plan de clivage. Enlever la graisse, écarter les ganglions qui encombrent la région pour bien voir ce que l'on fait.

3. *Ouverture du sac.*

Saisir un pli entre

les mors d'une pince à disséquer, l'entamer en dédoulant à petits coups avec la pointe des ciseaux.

Se rappeler que le sac a une paroi épaisse et souvent très compliquée. Songer à la possibilité d'hygromas en avant du sac — provenant du port de bandages —, pour ne pas confondre leur ouverture avec celle du sac.

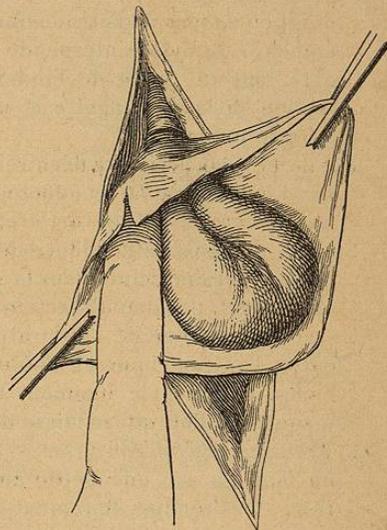


Fig. 202. — Hernie crurale étranglée. Débridement sur le doigt (Ricard et Launay).

Dès que le sac est ouvert, issue de sérosité rougeâtre.

Saisir les bords du sac avec des pinces à forcipresure et compléter la fente en haut et en bas.

4. *Débridement de l'anneau.* — Essayer du débridement mousse, au doigt (fig. 202) : enfoncer l'index droit (avec difficulté, car l'anneau est très étroit) entre la face interne du sac et son contenu jusqu'au collet.

Chercher, en refoulant l'intestin, à insinuer le bout du doigt en dehors de l'arcade fibreuse, qu'il accroche et franchit. Le bord interne de cette dernière chargé ainsi sur la pulpe de l'index est déchiré par une flexion de la phalange et une traction en dedans vers le pubis.

Si l'on ne peut arriver à déchirer ce ligament, l'inciser, sur l'index comme conducteur, à petits coups de ciseaux en bas et en arrière.

En cas d'impossibilité d'introduire l'index dans l'anneau, débrider celui-ci sur la sonde cannelée, mais à ciel ouvert, par une dissection soigneuse.

En cas de section de l'obturatrice, ou d'anastomoses entre l'épigastrique et l'obturatrice, lier les deux bouts. Une fois le ligament rompu, porter le doigt jusqu'au collet, qui se laisse distendre aisément.

5. *Traitement du contenu du sac.* — D'habitude on découvre au fond du sac une petite anse d'intestin grêle noirâtre, très tendue. Rarement on trouve au devant de cette anse de l'épiploon, le cæcum, l'S iliaque.

Si l'intestin est sain (couleur brun foncé, noirâtre, qui se modifie et devient brune sous les grands lavages à l'eau bouillie chaude), le réduire en commençant par comprimer le bout postérieur de l'anse herniaire.

En général réséquer l'épiploon (à moins qu'il ne soit en très petite quantité). Pour cela, passer une anse de fil au milieu de la partie à étrangler, ramener en avant les deux chefs libres, les faire passer dans l'anse, serrer ce premier nœud coulant; amener l'un des chefs en arrière, l'autre en avant, et, après avoir bien

tiré sur eux les réunir par un double nœud du côté de l'autre moitié de la partie à étrangler (fig. 203, 204). C'est le nœud de Lawson-Tait.

Si la portion d'épiploon est trop volumineuse, la séparer en plusieurs segments que l'on traitera de la même façon que le précédent.

Vérifier, une fois l'épiploon réséqué à 1 centimètre de

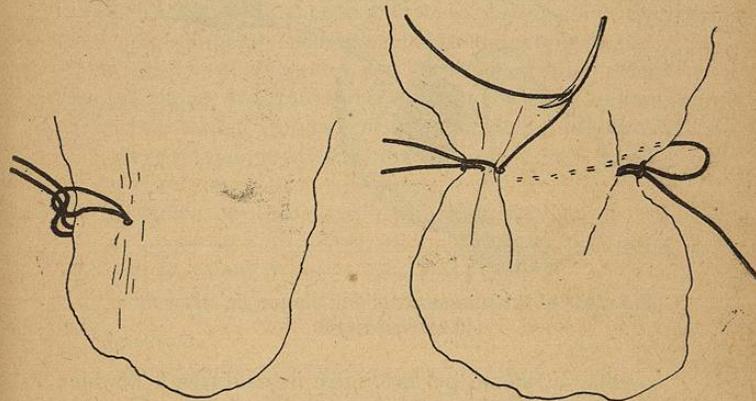


Fig. 203. — Ligature épiploïque à l'aide du nœud de Lawson-Tait (1^{er} temps) (d'après Lejars).

Fig. 204. — Ligature épiploïque à l'aide du nœud de Lawson-Tait. Le nœud est achevé à gauche, il est en voie d'exécution à droite (d'après Lejars).

la ligature, que le moignon ne saigne pas. Alors seulement sectionner les fils à 3 millimètres de chaque ligature. Avant de rentrer le moignon, tamponner ce dernier avec la solution phéniquée forte.

Si, la réduction faite, du sang vient de la profondeur, aller à la recherche des organes réduits (déchirure intestinale, mésentérique, insuffisance de la ligature épiploïque).

Si l'intestin noirâtre, couleur feuille morte, ne reprend pas une coloration saine sous l'eau chaude bouillie —

s'il y a, en outre, fétidité de la sérosité du sac —, fixer le pourtour du segment suspect aux abords de l'orifice herniaire; si l'anse entière est ainsi, la laisser dans la plaie, en la fixant à l'anneau. Recouvrir le tout d'un pansement.

Si l'intestin est nettement sphacélé en un ou plusieurs

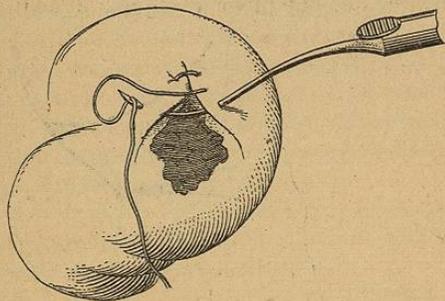


Fig. 205. — Enfouissement d'une plaque de sphacèle (d'après Lejars).

points, ou même perforé, faire des sutures à double étage (fig. 205) :

- 1° points comprenant toutes les tuniques.
- 2° points séro-séreux.

Dans les cas où les lésions sont trop étendues (crainte du rétrécissement par le fait des sutures) les bords de la perforation seront suturés au sac, puis à la paroi.

6. *Réséction du sac.* — Abaisser le sac le plus possible de façon à amener au dehors la graisse sous-péritonéale (se méfier du peloton graisseux interne et le refouler : souvent il est doublé de la vessie prolabée) Traverser le collet avec un double fil de catgut. Faire le nœud de Lawson-Tait et conserver les deux chefs de cette ligature. — Sectionner le sac à 1 centimètre de la ligature.

Reste à faire la cure radicale.

7. *Fixation du moignon sacculaire.* — L'index gauche intro-

duit dans l'anneau crural est poussé sous la paroi jusqu'au-dessus de l'arcade crurale. — Une aiguille de Reverdin courbe traverse cette paroi d'avant en arrière et guidée par l'index vient chercher l'un après l'autre les deux chefs de la ligature sacculaire, qui sont noués ensemble sur l'aponévrose du grand oblique et attirent en haut le moignon sacculaire.

8. *Obturation de l'orifice crural.* — Un premier fil passé dans l'aponévrose du pectiné à la hauteur de l'anneau. Un des chefs repris est mené à travers l'arcade de Fallope. Tâcher de prendre avec ce fil le ligament de Gimbernat. En passer un deuxième, un troisième excentriquement par rapport au premier, de façon à faire une suture en bourse.

9. *Suture :* 1° des plans cellulaires. Rapprocher par un surget au catgut devant l'orifice tous les tissus qui entouraient le sac et en ont été séparés.

2° de la peau, au crin et à points interrompus.

Pansement.

Lamelles de gaze aseptique nombreuses — ouate hydrophile — ouate ordinaire très abondante. Double spica maintenant solidement le pansement. Placer un mackintosh sur la face antérieure, avec orifice pour laisser passer la verge.

Suites.

Générales. — Séjour au lit : trois semaines. Diète absolue pendant les vingt-quatre premières heures. En cas de soif trop ardente, quelques cuillerées à café de grog, d'eau de Vichy, de champagne glacés. Injection de sérum artificiel de 500 centimètres cubes.

Le lendemain alimentation liquide, et injection de sérum de 500 centimètres cubes.

S'il n'y a pas eu de selle, lavement avec 4 ou 5 cuillerées d'huile d'olives ou de glycérine, à renouveler au besoin plusieurs fois.

Si l'intestin ne s'est pas vidé le troisième jour, purgation

avec huile de ricin (une cuillère à café toutes les heures) jusqu'à effet utile. Continuer l'alimentation liquide trois ou quatre jours.

Chez les vieillards, les sujets affaiblis ou intoxiqués par la stercorémie, faire fonctionner l'intestin plus tôt (iléus paralytique fréquent, même après la kélotomie). Recourir au lavement électrique (p. 279).

Locales. — Lever le pansement au huitième jour. Enlever les fils. Replacer un pansement aseptique sec.

En cas de suppuration locale, faire tous les jours le pansement, nettoyer à la solution de sublimé à 1/1000 les points infectés. Recouvrir d'un pansement aseptique sec.

Si l'opéré est jeune et ses tissus résistants, si la hernie était petite, le port d'un bandage est inutile.

Mais, s'il s'agissait d'une hernie volumineuse, chez un sujet âgé, le port du bandage à pelote large, plate et peu compressible, est indiqué.

HERNIE CRURALE (non étranglée).

Il est possible de guérir une hernie crurale par le port d'un bandage. Cependant, en général, la cure radicale s'impose [néanmoins récidives : 81 fois sur 393 observations (Bresset)].

Si contre-indications (mauvais état général, tissus lâches, autres hernies...), appliquer le bandage français (fig. 206), avec pelote ovale assez petite, ressort ferme. Ne pas oublier le port d'un sous-cuisse.

Cure radicale.

L'opération est identique à celle de la hernie étranglée, en supprimant le temps (4) relatif au débridement de l'anneau.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

Peut être congénitale (persistance du canal vagino-péritonéal) ou acquise. Elle quitte l'abdomen généralement au niveau de l'orifice

profond du canal inguinal (hernie oblique externe); plus rarement, de la fossette entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale (hernie directe); exceptionnellement de la fossette entre l'artère ombilicale et l'ouraque (hernie oblique interne). En pratique il est souvent difficile, même impossible — au moins avant l'opération — de distinguer la variété à laquelle on a affaire.

Le siège de l'étranglement est presque toujours au collet du sac, c'est-à-dire au niveau de l'orifice inguinal profond, en dehors de l'artère épigastrique. Pour ne pas blesser cette dernière, avoir soin de faire des débridements multiples et vers le haut, où il n'y a aucun organe important.

Dans le cas habituel de hernie inguinale externe, il faudra traverser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, ouvrir le canal inguinal en fendant parallèlement à sa direction l'aponévrose du grand oblique; pénétrer dans le cordon à travers la tunique fibreuse commune, au sein de laquelle est le sac; presque toujours il existe un sac péritonéal complet.

Chez la femme, le cordon est remplacé par le ligament rond.

Signes. — Tumeur au-dessus de l'arcade crurale, obliquement dirigée dans la direction du cordon et descendant plus ou moins bas vers les bourses. Suppression des garde-robes et des gaz. Douleurs vives. Facies pâle. Pouls petit, rapide.

Diagnostic. — Le doigt mis sur l'épine du pubis permet de sentir la pédicule de la tumeur au-dessus du doigt (caractère distinctif d'avec la hernie crurale). Diagnostic à faire parfois avec kyste du cordon enflammé, inflammation du testicule ectopié.

Traitement.

L'inversion et letaxis (p. 290, 291) seront pratiqués dans

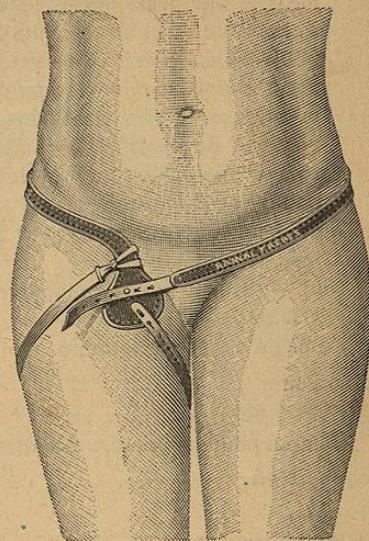


Fig. 206. — Bandage français pour hernie crurale.

les heures qui suivent : pour le taxis, commencer par donner un lavement, puis faire uriner le sujet; ce dernier sera couché sur le dos, tête basse, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. Anesthésie au chlorure d'éthyle facultative.

Le chirurgien prend le pédicule de la hernie dans la main gauche et, avec la pulpe des doigts de l'autre main, exerce des pressions sur les parties les plus voisines de l'orifice herniaire, en cherchant à les refouler de bas en haut et de dedans en dehors, et un peu d'avant en arrière.

Agir ainsi successivement sur les diverses parties renfermées dans le sac.

Ne pas prolonger ces manœuvres plus de dix à quinze minutes.

En cas d'échec, kélotomie.

KÉLOTOMIE.

Préparatifs.

Comme pour hernie crurale étranglée (p. 292).

Opération.

Position.

Décubitus dorsal.

Exécution.

1. *Incision cutanée* à 4 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, en dehors du milieu de cette arcade et descendant plus ou moins sur le milieu de la racine de la bourse correspondante. Inciser la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose nacrée du grand oblique. Pincer et lier tous les vaisseaux qui donnent. Si l'épigastrique est blessée, en lier les deux bouts, le supérieur souvent est rétracté.
2. *Section du pilier externe* (fig. 207). — Le sac se présente au-dessous de l'aponévrose du grand oblique. Insinuer la sonde cannelée sous le pilier externe de l'anneau inguinal, le sectionner aux ciseaux, et continuer la section du plan fibreux jusqu'au sommet de l'incision.

En cas de trop grande distension du pédicule herniaire et de difficulté de glisser la sonde cannelée sous le pilier externe, commencer par le temps suivant et procéder ensuite à la section du pilier.

3. *Ouverture du sac.* — Sectionner sur la sonde cannelée les enveloppes externes du sac, parfois nombreuses.

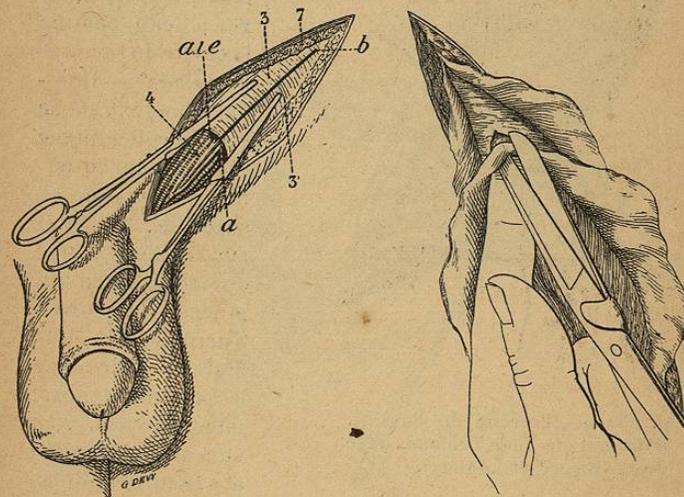


Fig. 207. — Tracé de la section (a b) de l'aponévrose du grand oblique. (Ricard et Launay).

Fig. 208. — Débridement de la hernie étranglée inguinale (Ricard et Launay).

Quand la sonde ne charge plus de tissus, saisir un pli du sac entre les mors d'une pince à disséquer et l'entamer en dédolant, à petits coups, avec la pointe des ciseaux. Dès que le sac est ouvert, issue de sérosité rougeâtre.

Sur l'index gauche, introduit par cet orifice un peu élargi, glisser l'une des branches des ciseaux et sectionner le sac en haut jusqu'à l'anneau inguinal, en bas jusqu'à la partie inférieure de la plaie.