

En cas d'adhérences, procéder doucement et patiemment; parfois besogne très ardue. Si l'intestin est déchiré, fermer de suite la plaie par des sutures comme p. 296, et désinfecter minutieusement la région.

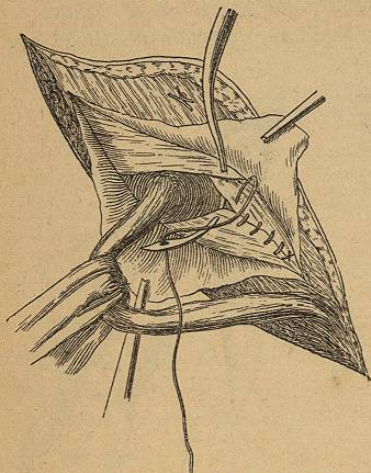


Fig. 209. — Procédé de Bassini. Réfection du plan profond (côté droit) (Ricard et Launay).

Saisir les deux bords du sac avec des pinces (repères), laver à l'eau bouillie la cavité du sac.

4. *Débridement.* — Introduire l'index gauche sous le collet du sac et sectionner ce dernier à coups de ciseaux (fig. 208). Jeter sur les deux lèvres du collet ouvert des pinces (repères). S'arrêter dès que l'intestin attiré dans la plaie vient librement (parfois, 2, 3 anneaux successifs) et s'assurer au doigt

qu'il n'y a plus de bride dans la profondeur.

5. *Examen du contenu du sac* comme pour hernie crurale (p. 294).  
6. *Isolement et résection du sac.* — Ne pas oublier que le cordon est en arrière et ses éléments souvent dissociés à la surface du sac. Opérer cette séparation avec les doigts ou la sonde cannelée. Bien dégager le collet, puis dégager tout le reste du sac jusqu'aux bourses. Le lier au collet, le plus haut possible : traverser ce dernier avec un double fil de catgut. Faire le nœud de Lawson-Tait (p. 294) et conserver les deux chefs de cette ligature. Réséquer le sac par section à 1 centimètre de la ligature.

Terminer par la cure radicale.

7. *Fixation du moignon sacculaire.* — Les deux chefs de la ligature du sac sont repris. L'index gauche étant glissé sous la paroi en haut et en dedans, cette paroi est traversée en sens inverse à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale,

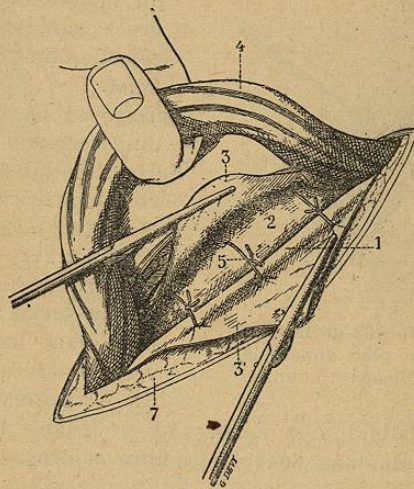


Fig. 210. — Procédé de Bassini. La paroi profonde est reconstituée (côté gauche) (Rochard).

par l'aiguille de Reverdin qui vient émerger dans la plaie, et y prend un des fils.

Passer un second point plus en dedans, ramener le second chef. Nouer ensemble ces deux chefs sur l'aponévrose du grand oblique.

8. *Réfection du plan profond* (fig. 210). — Récliner le cordon, avec un écarteur. Faire un premier point de catgut auprès du pubis pénétrant dans le rebord fibreux rétro-inguinal et passant dans le tendon plat des petit oblique et transverse. Faire un nœud, puis continuer

un surjet de dedans en dehors. En dehors (lèvre inférieure de l'incision aponevrotique) veiller à ne

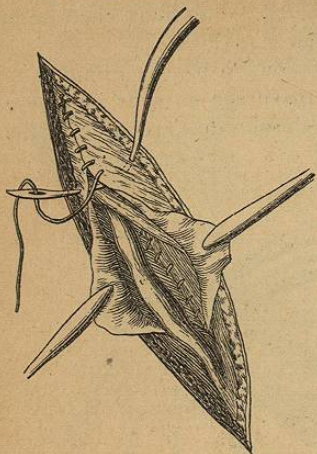


Fig. 211. — Procédé de Bassini. Réfection du plan superficiel (côté droit) (Ricard et Launay).

grand oblique en dehors; et en dedans, les piliers, puis, plus bas, l'enveloppe fibreuse des bourses.

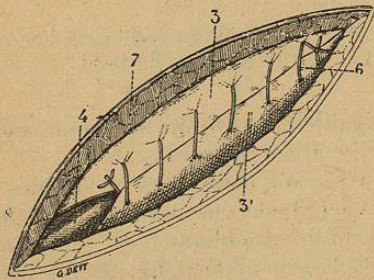


Fig. 212. — Procédé de Bassini. La paroi superficielle est reconstituée (côté gauche) (Rochard).

10. Suture de la peau, au crin de Florence, à points séparés.

charger que le bord postérieur de la gouttière, afin de laisser en avant un morceau d'aponévrose suffisant pour la réfection du plan superficiel.

Laisser en haut la place du passage du cordon.

Faire attention en haut au voisinage des vaisseaux.

9. Fermeture du plan superficiel (fig. 211).

Replacer le cordon.

Faire un surjet au catgut réunissant les deux lèvres [répérées au début] de l'aponévrose du

### Pansement.

Sec aseptique. Ouate en abondance.

Serrer et maintenir fortement par un spica double.

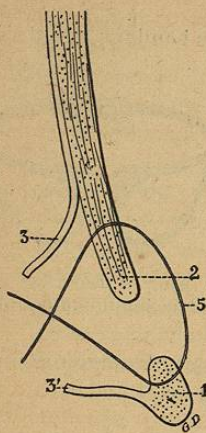


Fig. 213. — Schéma montrant la réfection du plan profond inguinal, la suture du tendon conjoint 2, à l'arcade de Fallope 1, 3 et 3' représentant l'aponévrose du grand oblique. Procédé de Bassini (Rochard).

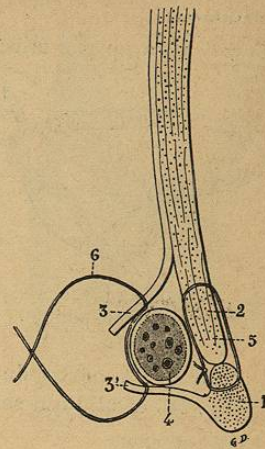


Fig. 214. — Schéma montrant la suture du plan superficiel (aponévrose du grand oblique 3, 3'), par-dessus le cordon 4, couché sur le plan profond reconstitué 1, 2, 5. Procédé de Bassini (Rochard).

Mackintosh protecteur sur la face antérieure, avec orifice pour le passage de la verge.

Ou, plus simplement (Lejars) : lamelles de gaze aseptiques superposées en couches épaisses et collodionnées sur tout leur pourtour et sur leur face superficielle.

### Suites.

Comme pour hernie crurale étranglée (p. 297).

### HERNIE INGUINALE (non étranglée).

#### Traitement.

Chez l'enfant ne pas faire porter de bandage avant l'âge

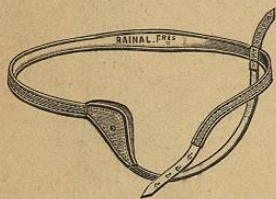


Fig. 215. — Bandage français pour hernie inguinale simple.



Fig. 216. — Bandage pour hernie inguinale double.

d'un an. A partir de ce moment, bandage français (fig. 215 et 216) qui sera porté jour et nuit.

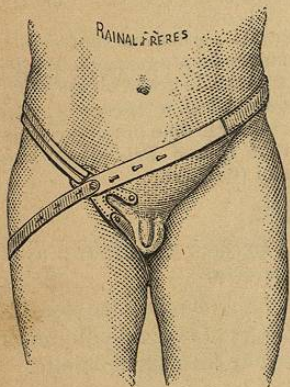


Fig. 217. — Bandage avec pelote en fourche appliqué.

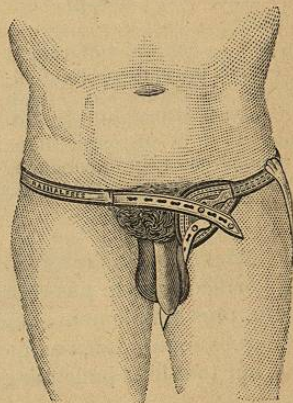


Fig. 218. — Bandage pour hernie inguinale appliqué.

Si la hernie n'est pas guérie à l'âge de quatre ans, cure

radicale. En cas d'intolérance du bandage, ou d'ectopie testiculaire, le testicule ne pouvant être séparé de la hernie, agir de même.

Si le testicule peut être séparé de la hernie, appliquer un bandage en fourche (fig 217).

Chez l'homme adulte : à moins de contre-indication (état général mauvais, paroi abdominale lâche), la cure radicale est indiquée. Si elle ne peut être employée, faire porter un bandage français (pelote ovale à grosse extrémité inférieure peu convexe) avec sous-cuisse (fig. 218); en cas de hernie très volumineuse, pelote triangulaire et terminée par un angle à bec de corbin, qui s'appuie sur le pubis.

Si hernie irréductible et non opérable : bandage logeant dans sa pelote la masse herniée.

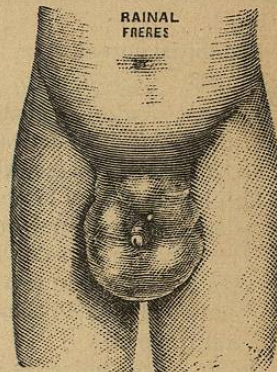


Fig. 219. — Hernie scrotale volumineuse.

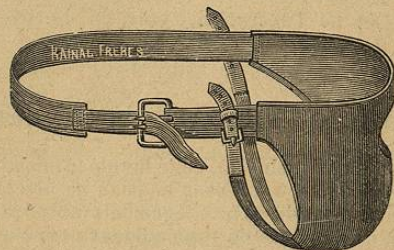


Fig. 220. — Suspensoir pour hernie scrotale volumineuse.

Enfin, si hernie scrotale volumineuse (fig. 219), suspensoir en tissu élastique (fig. 220).

## CURE RADICALE.

**Préparatifs.**

Comme pour la hernie crurale étranglée (p. 292).

**Opération.***Position.*

Décubitus dorsal.

*Exécution.*

1. *Incision cutanée*, comme plus haut.
2. *Section du pilier externe*, comme plus haut.
3. *La recherche du sac* est parfois difficile.

Le chercher dans le cordon. Pour cela isoler le cordon des parois du canal, ouvrir en long sa tunique fibreuse, reconnaître et isoler le canal déférent. On reconnaîtra la plupart du temps le sac à sa coloration blanchâtre. Si non, le chercher tout près de l'orifice inguinal profond.

Saisir le sac entre les doigts et le tirer en formant un pli (pour s'assurer qu'il ne renferme pas d'intestin, ni le canal déférent). Mettre deux pinces à l'extrémité du pli et, le soulevant verticalement, donner un coup de ciseaux en dédolant.

Le sac ouvert, et reconnu vide, est incisé le long de l'index gauche introduit dans sa cavité.

Pour la fin de l'opération, voir la hernie étranglée (p. 302, 6).

**HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE**

Sortant par l'anneau ombilical, cette hernie (d'intestin grêle généralement) est située tout à fait sous la peau au niveau de la cicatrice : le sac péritonéal adhère aux téguments (absence de graisse) ; à la périphérie, l'abondance du tissu adipeux permet à la hernie de s'étaler. L'agent de l'étranglement est constitué par l'anneau ombilical (souvent, en outre, par des brides, restes de poussée de péritonite herniaire).

C'est là que l'on observe le plus souvent les pseudo-étranglements, la péritonite herniaire, qui laissent la place aux atermoiements funestes (stercorémie progressive). La kélotomie hâtive est tout

aussi urgente dans ces formes insidieuses de pseudo-étranglement ombilical que dans l'étranglement proprement dit (Lejars).

**Pronostic.** — Opératoire : plus grave que dans les hernies précédentes (ouverture de la cavité péritonéale, difficultés créées par les adhérences, intoxication stercorémique fréquente au moment de l'opération).

**Traitement.**

Essayer de l'inversion et du taxis (p. 290).

En cas d'échec, recourir à l'intervention opératoire.

**Préparatifs.**

V. hernie crurale étranglée (p. 292).

**Opération.**

1° *Incision* circonscrivant la masse herniaire et intéressant la peau et le tissu cellulograsseux jusqu'à l'aponévrose abdominale (fig. 221).

2. *Incision hémisphérique d'un seul côté* faite le plus près possible de l'anneau ombilical et comprenant l'aponévrose, la couche graisseuse sous-péritonéale et le péritoine.

Appliquer des compresses repérées par des pinces sur les anses intestinales. Faire basculer la hernie du côté non intéressé par cette seconde incision.

3. *Section de l'anneau ombilical.*

Un aide tirant en dehors sur la masse herniaire, le chirurgien sectionne l'anneau ombilical de dedans en dehors, sur l'index gauche comme conducteur.

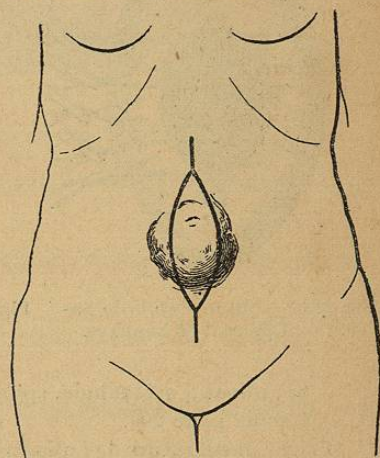


Fig. 221. — Hernie ombilicale. Incision elliptique.

4. *Examen du contenu.* — Rentrer l'intestin après vérification.

S'il ne rentre pas, libérer ses adhérences avec les parois du sac par une sculpture minutieuse au ciseau; au besoin laisser des fragments de sac sur l'intestin.

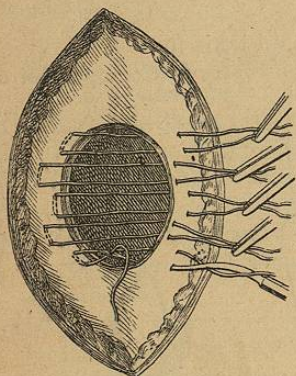


Fig. 222. — Sutures en U de Savariaud (Ricard et Launay).



Fig. 223. — Sutures en U terminées (Ricard et Launay).

Si l'intestin est malade, sphacélé, perforé, se conduire comme page 296.

Placer une ligature de Lawson-Tait (p. 294) sur l'épiploon à l'endroit où il devient libre, de façon à laisser enlever avec la masse herniaire toute sa portion adhérente.

5. *Réséction du sac.* — Enlever la masse herniaire en terminant de l'autre côté la section hémisphérique comprenant aponévrose et péritoine.

Ne pas trop s'éloigner de l'anneau ombilical.

6. *Réséction de la paroi.* — Mettre à nu le bord interne des muscles droits.

Suturer d'abord le péritoine et le feuillet profond de la gaine des grands droits. Puis, deuxième suture des muscles eux-mêmes en les faisant chevaucher par

des sutures en U (fig. 222). Enfin, troisième suture des feuillets antérieurs de la gaine.

7. *Suture de la peau.* — Exciser les amas graisseux qui encombrant la plaie. Passer des points séparés au crin de Florence.

*Pansement.*

Lamelles de gaze aseptique.

Ouate hydrophile en abondance.

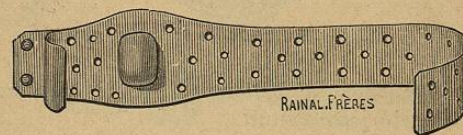


Fig. 224. — Bandage en caoutchouc vulcanisé.

Bandage de corps en flanelle très serré et maintenu par des sous-cuisses.

*Suites.*

Voir les suites de la hernie crurale étranglée (p. 297).

### HERNIE OMBILICALE (non étranglée).

*Traitement.*

Chez l'enfant, espérer la guérison à la suite du port d'un bandage jusqu'à six ou sept ans.

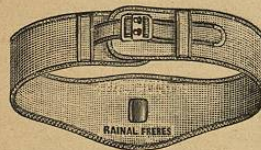


Fig. 225. — Bandage en tissu élastique recouvert de fil.

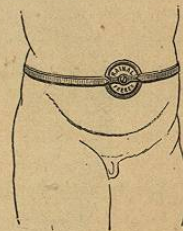


Fig. 226. — Bandage à ressort avec pelote pour hernie ombilicale, à partir de l'âge de quatre à cinq ans.

Employer le bandage de coutil ou de caoutchouc, avec

pelote à air en caoutchouc de dimensions grandes et carrée (pour qu'elle n'entre pas dans l'anneau).



Fig. 227. — Bandage de Dolbeau modifié.

(fig. 224, 225). Le bandage très médiocrement serré sera porté jour et nuit. Vers quatre ans, changer l'appareil pour un plus solide

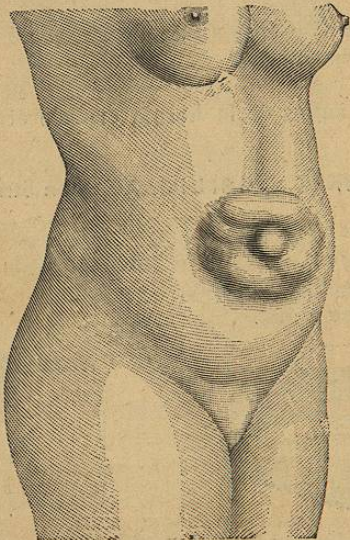


Fig. 228. — Hernie ombilicale irréductible.

(bandage à ressort avec pelote, par exemple) (fig. 226).  
Chez l'adulte. — Si la hernie est petite ou moyenne, cure

radicale. Car la hernie a toujours une tendance à s'accroître. S'il existe des contre-indications opératoires (état général, etc...) employer le bandage de Dolbeau (fig. 227) qui tient la hernie réduite.

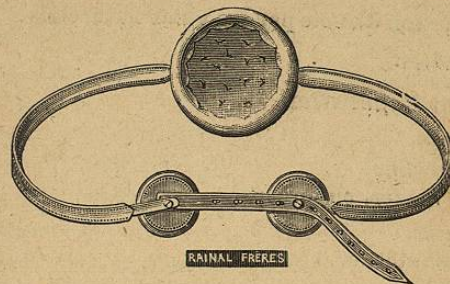


Fig. 229. — Pelote concave pour hernie ombilicale irréductible.

Dans les cas de grosses hernies volumineuses incomplètement réductibles (fig. 228) surtout chez les femmes obèses, l'opération est difficile et dangereuse (mortalité 1/10; récurrences 8 sur 25. — Baumelou), n'y recourir qu'en cas d'accidents (engouement, péritonite herniaire). Employer alors un bandage spécial à pelote concave (fig. 229).

#### CURE RADICALE.

Agir comme dans la cure de la hernie étranglée (p. 309). Si la hernie est petite et réductible, on pourra après le temps (1<sup>o</sup>) ouvrir de suite le sac, le disséquer, le lier et le réséquer.

#### CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM

Bouteille, flacon, chope, morceau de bois, etc.

**Symptômes.** — Douleurs locales, rectite, etc...

**Diagnostic.** — Commémoratifs — et surtout toucher rectal.

#### Traitement.

Il ne faut pas pousser trop loin les tentatives d'extrac-

tion directe : 27 fois sur 33 cas, l'extirpation ayant été faite directement par les voies naturelles, il y a eu 6 morts, dont 3 imputables aux manœuvres d'extirpation (Monod).

### 1° Extraction directe par les voies naturelles.

#### Préparatifs.

#### I. — Avant l'opération.

##### Instrument.

Valve rectale.

Pince, davier, ou forceps.

##### Médicaments.

Vaseline stérile.

##### Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

##### Aide.

Un pour l'anesthésie.

#### II. — Préparatifs de l'opération.

Le sujet sera anesthésié profondément.

#### Opération.

##### Position.

De la taille, le bassin soulevé par un coussin.

##### Exécution.

Dilater l'anus avec les pouces vaselinés et enfoncés dos à dos, et écartés l'un de l'autre doucement, régulièrement dans tous les sens, le plus possible.

Explorer la situation exacte du corps étranger qui peut être mobile, fixe ou enclavé. L'enlever si possible.

Si le corps est fixe, enfoncer une valve sur la paroi postérieure, la pousser au plus loin, par-dessus le coccyx, la récliner en arrière, de façon à bien mettre à jour la région.

Avec une pince, un davier, ou un forceps saisir le corps étranger et l'attirer au dehors (s'il est en verre revêtir

les branches de l'instrument extracteur avec du caoutchouc pour éviter les dérapements).

Pendant les manœuvres d'extraction, ne jamais oublier de faire placer la main d'un aide dans la fosse iliaque gauche pour empêcher l'ascension du corps étranger. En cas d'échec, recourir à l'intervention suivante :

### 2° Extraction indirecte par voie artificielle ou naturelle.

Si le corps n'est pas enclavé dans la concavité sacrée, recourir à la périnéotomie postérieure.

#### PÉRINÉOTOMIE POSTÉRIEURE.

#### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

#### [Instrument.

Un bistouri.

Une paire de ciseaux droits ordinaires.

Une sonde cannelée de Nélaton.

Une pince à griffes.

Douze pinces à forcipressure.

Une aiguille courbe ordinaire.

Une aiguille de Mooy.

Catgut n° 1.

Crins.

#### Matériel de pansement.

Bandage en T double.

#### Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

#### Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

#### Opération.

##### Position.

De la taille.

##### Exécution.

Inciser la peau depuis l'anus jusqu'à la pointe du coccyx.

Diviser le tissu cellulaire, les fibres musculaires.

Au milieu de la pointe du coccyx enfoncer la sonde cannelée dans le rectum, la faire sortir à l'anus et fendre sur la sonde tous les tissus soulevés.

Les deux lambeaux écartés l'un de l'autre, on a accès sur le corps étranger. Pendant l'extraction, ne pas oublier d'empêcher l'ascension du corps, par la main d'un aide placée dans la fosse iliaque gauche.

La plaie nettoyée à l'eau bouillie faire trois plans de suture : le premier profond sera un surjet au catgut de la muqueuse rectale. Le second sera formé de points de crins de Florence séparés et profonds, servant les tissus en masse pour rapprocher les fibres du sphincter coupées. Le troisième comprendra des points cutanés superficiels, au crin également.

**Pansement.**

Sec aseptique. Bandage en T.

**Suites.**

Le malade sera constipé pendant une huitaine de jours (une pilule d'opium de 0,01- à 0,02 tous les jours). Alimentation légère, et surtout liquide. Le pansement ne sera levé qu'au bout de huit jours.

La rétention d'urine est fréquente pendant les premiers jours ; procéder au cathétérisme bi ou tri-quotidien.

Si la plaie suppure, ne pas hésiter à couper un ou plusieurs fils et à nettoyer la région suspecte. Pansements humides quotidiens pendant quelques jours.

**RÉSECTION DU COCCYX.**

A employer lorsque le corps étranger est enclavé dans la cavité sacrée.

**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 43).

**[Instruments.]**

Un bistouri.

Une paire de ciseaux droits ordinaires.

Douze pinces à forcipressure.

Un davier.

Une pince coupante.

Une aiguille courbe ordinaire.

Catgut n° 1.

Crins.

**Matériel de pansement.**

Bandage en T double.

**Anesthésique.**

Général : chloroforme ou éther.

**Aides.**

Trois (un pour l'anesthésie)].

**Opération.**

**Position.**

De la taille. Pendant l'opération un aide est occupé à maintenir le corps étranger dans la fosse iliaque gauche, de façon à empêcher son ascension.

**Exécution.**

A un travers de doigt en arrière de l'anus, incision médiane remontant jusqu'au milieu du sacrum ; l'incision ira jusqu'à l'os au niveau du coccyx.

Avec le bistouri dénuder le coccyx sur sa pointe et sa face postérieure. L'ayant saisi dans le davier, le soulever pour dénuder ses faces latérales et antérieure.

Sectionner la première pièce en travers à la pince coupante, à moins que le mouvement du davier n'ouvre l'articulation des deux pièces : il suffirait d'achever la désarticulation avec le bistouri. Au point de vue des suites, ne pas se préoccuper de cette ablation du coccyx.

Procédant alors à l'examen du rectum, on parvient généralement à désenclaver le corps étranger, sans ouvrir l'intestin.

Suturer au crin les plans traversés.

En cas d'échec, on peut être amené à fendre la paroi rectale (voir plus haut : périnéotomie, p. 316).