

La persistance des vomissements, d'abord attribués à l'anesthésie, l'absence d'émission de gaz au bout de quarante-huit heures, malgré le tube rectal et l'administration d'un lavement, le ballonnement du ventre, doivent faire craindre l'obstruction. La purgation du troisième jour, aidée d'une irrigation rectale, ne produit-elle aucun résultat, après essai, si cela est possible, d'un lavement électrique, il faut intervenir au plus tôt par laparotomie ou entérotomie, selon l'état de résistance de l'opéré.

Ces obstructions véritables, qu'il ne faut pas confondre avec la parésie intestinale due à une infection péritonéale, sont bien rarement observées si l'on a soin de provoquer dès le troisième jour l'évacuation intestinale.

II. — HERNIES

A. Hernies réductibles. — Hernie inguinale. — Quel que soit l'âge du sujet opéré, les principes opératoires de la cure d'une hernie inguinale doivent être les mêmes, et il ne faut pas se contenter, chez le jeune enfant, d'une rapide dissection du sac sans ouverture du canal inguinal, et d'une suture des piliers, ce serait s'exposer tôt ou tard à une récurrence à peu près certaine.

Ces principes, dont l'application varie avec les très nombreux procédés, comportent : une incision des téguments assez large pour bien exposer toute la région inguinale, l'ouverture du canal inguinal pour permettre une dissection profonde du sac herniaire, la résection complète du sac, la restauration soignée de la paroi abdominale.

1° Incision cutanée. — L'incision de la peau doit être tout entière située sur l'abdomen, elle ne doit pas entamer le scrotum, même lorsque la hernie volumineuse descend dans les bourses. L'incision du scrotum est inutile pour l'opération et plus difficile à protéger par le pansement.

La direction générale de l'incision (fig. 453) est celle du canal inguinal, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, se rapprochant cependant plus de la verticale que de l'horizontale,

l'extrémité inférieure se trouvant au niveau de l'orifice inguinal extérieur reconnu du bout de l'index.

La longueur de l'incision est appropriée au volume de la hernie, elle ne peut être inférieure à 7 ou 8 centimètres, chez l'adulte, pour une hernie complètement réduite.

On incise rapidement la peau et la graisse, jusqu'à ce qu'on voie bien à nu l'aponévrose blanche du grand oblique, dans toute l'étendue de la plaie. On pince les vaisseaux qui saignent sur les deux tranches.

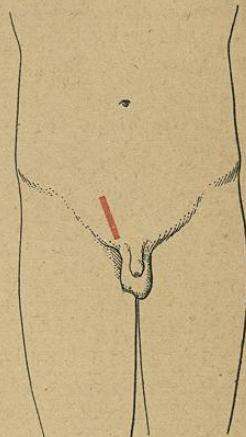


Fig. 453.
Hernie inguinale. Tracé de l'incision.

2° Ouverture du canal inguinal.

Recherche du sac. — Le tendon aponévrotique du grand oblique étant bien dénudé, on trouve facilement, en bas de la plaie, l'orifice inguinal extérieur que l'on accroche du bout de l'index gauche fléchi. Soulevant le doigt pour tendre les piliers de l'orifice et les voir, on saisit dans une pince de Kocher chacun des deux piliers. Les pinces soulevées tendant l'aponévrose (fig. 454), il est facile d'inciser la paroi antérieure du canal inguinal, pour découvrir toute la longueur du cordon et l'orifice inguinal profond.

On soulève alors avec le doigt le cordon couché dans le canal, on le dégage par quelques coups de sonde cannelée, et l'attire hors du canal. Etalant le cordon dans la main gauche, on ouvre la gaine fibreuse à l'aide du bistouri ou de la sonde cannelée, et on cherche le sac reconnaissable, s'il est vide, à son aspect blanc, tranchant sur les éléments du cordon.

Facile à trouver lorsqu'il est épais et long, le sac peut être peu visible lorsqu'il est mince, transparent et court. On le trouvera en cherchant avec soin à la partie supérieure du canal, contre l'orifice inguinal profond.

3° Traitement du sac et de son contenu. — Le sac trouvé, on l'ouvre en saisissant entre deux pinces un pli que l'on soulève, et incisant ce pli. Le doigt pénètre alors dans le sac et l'explore ; l'ouverture est agrandie, dans le sens de la longueur, sur le doigt qui protège le contenu.

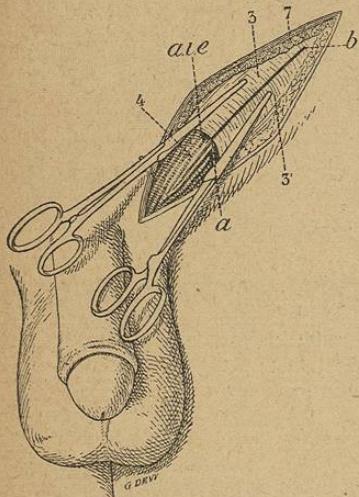


Fig. 454.

Cure radicale de la hernie inguinale. Section de l'aponévrose du grand oblique (ROCHARD).

recommandée, mais nous préférons diviser l'épiploon en un certain nombre de pédicules peu volumineux, liés séparément (fig. 457), afin d'éviter un moignon épais et une formation en sac de la lame épiploïque (fig. 456).

Il est très simple de pratiquer cette ligature. Étalant la lame épiploïque, on cherche, près d'un bord, un espace transparent avasculaire, et à travers cet espace on glisse une pince à forcipresse fermée. Cette pince va saisir un fil qui sert à lier le premier pédicule. La ligature faite et bien serrée, on coupe la portion périphérique d'épiploon qui correspond à la ligature ; et

Le contenu peut être de l'intestin ou de l'épiploon. Dans ces hernies réductibles, les organes ne sont pas adhérents, et l'intestin rentre seul. Si les anses intestinales tendent à sortir, on les maintient à l'aide d'un tampon de gaze glissé dans l'orifice du sac et maintenu par une pince.

L'épiploon trouvé dans la hernie doit au contraire être réséqué. Dans ce but on étale sur une compresse ce qui sort d'épiploon, sans chercher à en attirer un paquet volumineux, et on lie l'épiploon avant de le couper. La ligature en chaîne (fig. 455) est souvent

on constitue de même à côté un second pédicule peu épais. On place ainsi autant de ligatures indépendantes qu'il est nécessaire

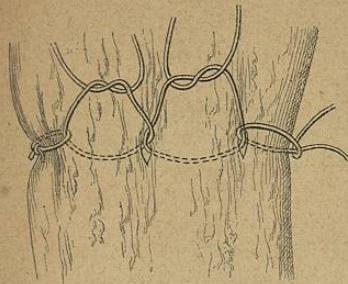


Fig. 455.

Ligature en chaîne du grand épiploon.



Fig. 456.

Résultat de la ligature en masse.

pour couper toute la portion périphérique d'épiploon, sans s'inquiéter de placer les fils tous exactement au même niveau. Les fils ont tous été conservés longs, et on ne les coupe que lorsque la ligature totale est terminée, en les prenant l'un après l'autre pour examiner à nouveau chaque pédicule et s'assurer que la ligature tient bien. L'épiploon est alors réintégré dans l'abdomen.

Ces ligatures sont faites à la soie, au fil de lin ou au catgut. Nous préférons le catgut, fil résorbable, qui ne nous a jamais occasionné aucun accident consécutif.

Le sac lui-même doit être séparé, par dissection, de tous les organes du cordon, lié au ras du péritoine pariétal, et extirpé.

Lorsque la hernie n'est pas testiculaire, que le sac se termine

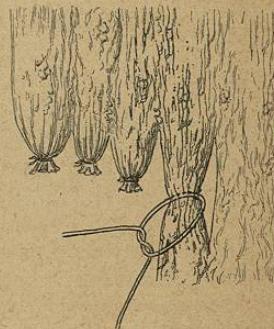


Fig. 457.

Ligature du grand épiploon en petits pédicules séparés.

en cul-de-sac, il est commode de coiffer l'index gauche du fond du sac, et soulevant et tendant ainsi la séreuse, de séparer de la main droite les organes qui lui sont adhérents.

Si la séparation se fait facilement, ce qui est le cas ordinaire, il suffit de prendre en masse le cordon avec les doigts, surveillant bien le canal déférent, et de séparer les organes en les écartant. On pousse cette séparation aussi loin que possible, jusqu'au niveau de l'orifice inguinal profond, afin de ne laisser aucun infundibulum péritonéal, susceptible d'être l'amorce d'une récurrence.

Lorsque le sac communique avec la vaginale, il faut commencer par en libérer complètement un segment au-dessus du testicule, puis on coupe là le conduit péritonéo-vaginal pour disséquer le sac comme précédemment. Quelques points de catgut peuvent fermer la vaginale.

Si la dissection est difficile, on la fait à l'aide de petits ciseaux mousses, légèrement courbes, et il est préférable d'isoler d'abord circulairement un point du sac rapproché de l'anneau profond, pour former le pédicule séreux, et ensuite extirper la portion périphérique du sac. Toujours cette portion périphérique peut être disséquée et extirpée, et doit l'être.

La *ligature du sac* ne doit pas être faite par un simple fil noué autour du pédicule, le fil doit toujours traverser le pédicule séreux, à sa partie moyenne, et le nœud peut être ensuite effectué de différente façon.

Un fil est passé, à l'aide d'une aiguille, à travers la partie la plus reculée du sac, l'index placé à l'intérieur s'assurant que rien ne sort par l'orifice (fig. 458). Le fil est simple ou double. Avec un fil simple, on noue d'un côté d'abord, puis ramenant les deux chefs du côté opposé, on noue de nouveau (fig. 459). Avec un fil double on peut pratiquer soit une ligature en chaîne (fig. 460) en coupant la boucle, croisant les deux fils, et nouant de chaque côté; soit un nœud de LAWSON-TAIT. Le nœud de LAWSON-TAIT (fig. 461) est composé d'un fil double dont on ne coupe pas l'anse; cette anse est élargie et rabattue par-dessus le pédicule, le sac passant à travers; elle vient rejoindre ainsi les deux chefs libres dont on passe l'un dans l'anse. Serrant

le tout, on noue alors les chefs libres comme d'habitude.

Le nœud solidement fait, avant d'en couper les chefs, on coupe le pédicule du sac, et on s'assure de nouveau que la ligature tient bien. Les fils coupés, si le sac a été disséqué assez loin, le pédicule remonte de lui-même sous la paroi abdominale, et disparaît.

Quelques chirurgiens fixent à ce moment le pédicule séreux en un point éloigné de l'orifice inguinal profond.

Telle est la *manœuvre de Barker*, qui conserve les deux chefs de la ligature du sac, puis, traversant avec une aiguille, de dehors en dedans, la paroi abdominale jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, en un point situé au-dessus de l'anneau in-



Fig. 458.

Ligature du sac (côté droit).

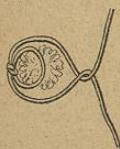


Fig. 459.

Fil simple et ligature double.

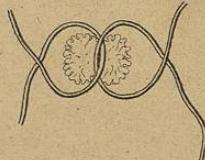


Fig. 460.

Ligature en chaîne.



Fig. 461.

Nœud de Lawson-Tait.

guinal profond, vient chercher un des chefs de ce fil (fig. 462). L'autre chef est de même ramené à travers la paroi abdominale, en un point voisin du premier, et les deux fils

noués maintiennent le pédicule séreux en un point éloigné de l'anneau inguinal profond, dans le but de supprimer tout infundibulum au niveau de cet anneau.

Telle est aussi la *manœuvre de Kocher*, qui n'incisant pas la paroi antérieure du canal, pratique un peu en dehors de l'anneau

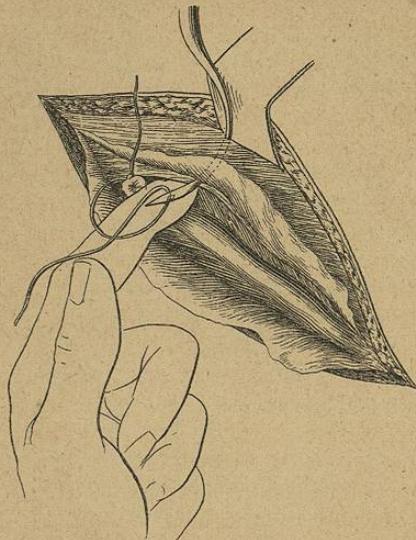


Fig. 462.

Manœuvre de Barker (côté droit).

inguinal profond une petite incision sur l'aponévrose du grand oblique. Par cette incision une pince est poussée dans le canal inguinal et ramène le sac disséqué et non encore coupé. Le sac est tordu et attiré par l'ouverture, puis coupé; et le pédicule est fixé à ce niveau de la paroi.

Ces manœuvres ne nous paraissent pas nécessaires.

Quelques particularités sont à signaler dans ce temps opératoire. Peu importantes sont les variétés du contenu de ces hernies réductibles, tous les organes qui s'y trouvent

libres sont normaux et doivent être refoulés, sauf l'épiploon.

Le sac peut présenter des diverticules, des poches secondaires qu'il faut disséquer et extirper comme la poche principale.

S'il s'agit d'une *hernie très volumineuse*, le maintien des organes dans l'abdomen est très facilité par l'emploi du plan incliné mis à une faible inclinaison (voy. Laparotomie); et l'oblitération du collet du sac peut être difficile à faire par une ligature; le pédicule constitué ainsi serait trop gros. Dans ce cas, le mieux est de repérer les bords de l'orifice séreux avec des pinces, et d'opérer comme après une laparotomie, fermant l'orifice avec un surjet de catgut. Il est bon de nouer ensemble les deux extrémités du fil qui a servi à faire le surjet.

Chez la femme, la dissection du sac, est très simplifiée, il n'y a pas de cordon à ménager, et la dissection du ligament rond est peu importante.

L'*ectopie testiculaire* crée une situation particulière. La dissection et la résection du sac doivent être faites avec le même soin.

Le cordon disséqué, le testicule peut ou non s'abaisser dans le scrotum et les règles qui doivent guider dans sa conservation ou sa suppression sont les mêmes que nous étudierons à propos de l'ectopie elle-même (voy. *Testicule*); elles dépendent de l'âge du sujet, de l'état de la glande et du cordon. En principe le testicule doit être conservé d'autant plus que le malade est plus jeune; et son sacrifice ne doit être accepté, chez l'adulte, que si l'ectopie est unilatérale, et si l'abaissement est reconnu impossible.

La présence de la *vessie* dans la hernie donne lieu aussi à quelques considérations opératoires particulières. La cystocèle est rarement diagnostiquée, et c'est ordinairement au cours de l'opération qu'elle est reconnue.

La hernie vésicale peut être exceptionnellement contenue dans le sac péritonéal de la hernie ordinaire, il n'y a alors qu'à le refouler comme une anse intestinale.

Le plus souvent la vessie accompagne le sac, située en dedans de ce sac, on la trouve en disséquant le sac, accolée à lui; on la reconnaît à l'épaisseur de sa paroi, à la graisse qui l'accompagne. Il suffit encore de libérer cette portion de vessie et de la refouler,

en liant le sac auprès d'elle. Si, pendant la dissection, on avait déchiré la paroi vésicale, il faudrait, avant de la refouler, réparer par une suture cette déchirure. La suture doit comprendre un fin surjet musculo-muqueux, un fort surjet musculaire prenant très largement la paroi vésicale, et enfin un dernier surjet de protection prenant, avec les couches superficielles du muscle, le tissu cellulo-graisseux périvésical.

Enfin la vessie peut faire hernie sans être accompagnée d'un sac péritonéal, et la vessie est prise alors elle-même pour le sac. On peut reconnaître la nature de la tumeur, si l'attention est attirée sur son aspect anormal, par l'épaisseur des tissus, la situation interne du pédicule, on peut suivre ce pédicule derrière la symphyse et reconnaître sa continuité avec la vessie. Une sonde placée dans la vessie, une injection poussée dans sa cavité peuvent confirmer encore ce diagnostic. Il faut alors dégager la vessie et la refouler derrière la symphyse pour réparer ensuite la paroi. Mais on peut ne pas reconnaître la nature de l'organe et ouvrir la vessie, croyant ouvrir un sac; cette erreur n'est pas très rare. L'aspect de la muqueuse, les renseignements fournis par le doigt introduit dans la cavité renseignent bientôt sur la nature de ce sac. Il faut alors suturer la vessie comme nous l'avons dit plus haut, et la refouler derrière la symphyse. Il ne faudra pas s'étonner si, dans les premiers jours qui suivent, le malade urine un peu de sang, mais l'accident n'a pas, ordinairement, d'autre conséquence.

4° Restauration de la paroi. — Les procédés de restauration de la paroi, après résection du sac, sont extrêmement nombreux, et nous ne pouvons les décrire tous, nous donnerons seulement ceux qui nous paraissent présenter des garanties suffisantes de solidité. Nous réprouvons d'abord tout procédé comportant l'introduction, entre les plans de la paroi, de corps étrangers tels que lamelles de périoste, os décalcifié, cartilage, treillis de fils métalliques, etc., et nous n'en parlerons pas.

Les variétés dans les procédés portent soit sur l'assemblage des différents plans, soit dans la nature des sutures.

1. Variétés selon l'assemblage des plans. — La suture simple de la paroi abdominale, comme après toute laparotomie, peut être faite ici. On abaissera vers l'arcade de Fallope les plans musculo-aponévrotiques, en laissant le cordon derrière la paroi, entre elle et le péritoine, sortant au niveau de l'orifice inguinal extérieur rétréci.

Il nous paraît peu recommandable de laisser au contraire le cordon entièrement à l'extérieur, sous la peau, sortant à la partie supérieure du canal inguinal que l'on obture ensuite complètement.

Le cordon étant donc refoulé contre le péritoine, on étale la lèvre inférieure du grand oblique sectionnée, pour voir le bord profond de l'arcade de Fallope; relevant la lèvre supérieure de la même aponévrose, on libère largement les bords des muscles transverse et petit oblique. Puis, à l'aide d'un surjet de catgut ou de points séparés d'autres fils, on suture l'un à l'autre, en les accolant, ces muscles, pris largement par l'aiguille (fig. 463), au bord profond de l'arcade de Fallope (bandelette ilio-pubienne), prenant bien soin de faire passer le fil au-dessus du cordon.

La suture est conduite jusqu'à l'orifice extérieur du canal que l'on rétrécit de façon à ne laisser que l'espace suffisant pour le passage du cordon.

Par-dessus ce plan profond, on en fait un second comprenant le bord superficiel de l'arcade de Fallope et l'autre lèvre de l'apo-

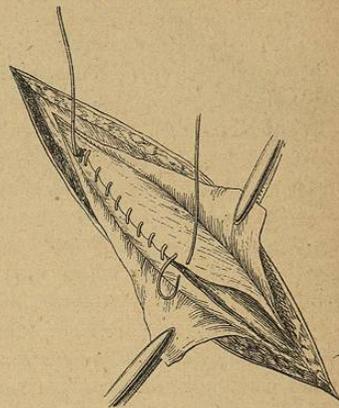


Fig. 463.

Cure opératoire de la hernie inguinale. Suture simple de la paroi, en refoulant le cordon derrière la paroi refaite en deux plans solidarisés. Surjet du plan profond musculaire. Les pinces tiennent écartées les lèvres de l'aponévrose du grand oblique dont la suture forme le deuxième plan (côté droit).

névrose du grand oblique (fig. 463). On aura soin, en passant, de reprendre dans l'anse de fil une certaine épaisseur de fibres musculaires pour fusionner les deux plans.



Fig. 464.

Hernie inguinale. Procédé de Championnière (côté gauche).

L'imbrication des plans est obtenue par le procédé de L. Championnière. Le sac ayant été lié et réséqué, il reste un champ opératoire comprenant deux lambeaux, l'un externe et inférieur, l'autre interne et supérieur. L'objectif de la réparation est de faire passer tout le lambeau externe sous le lambeau interne, le cordon restant dans le fond. On place sur le lambeau externe des fils en U (fig. 464), les chefs de chaque anse de ces fils sont con-

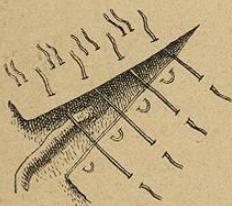


Fig. 465.

Hernie inguinale. Procédé de L. Championnière (côté gauche).

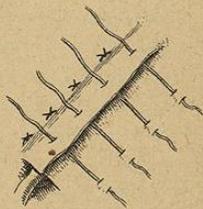


Fig. 466.

duits le plus loin possible sous le lambeau interne. Lorsque les fils seront serrés, le lambeau externe sera entraîné sous l'interne (fig. 466). On place ainsi quatre ou cinq fils sur le canal inguinal.

Puis, comme le lambeau interne pourrait se recroqueviller,

on l'étale sur le lambeau externe à l'aide de fils séparés (fig. 465) attirant le bord libre du lambeau interne sur le lambeau externe (fig. 467).

La reconstitution en deux plans séparés par le cordon est obtenue par le procédé de Bassini.

Le canal largement ouvert, les piliers repérés par des pinces, le sac disséqué et réséqué, la reconstitution de la paroi s'obtient par la confection d'une paroi profonde et d'une paroi superficielle au canal

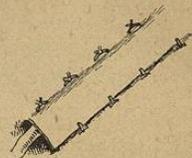


Fig. 467.
Procédé de L. Championnière terminé (côté gauche).

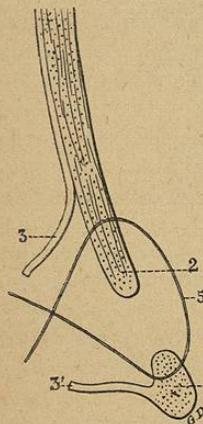


Fig. 468.

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).

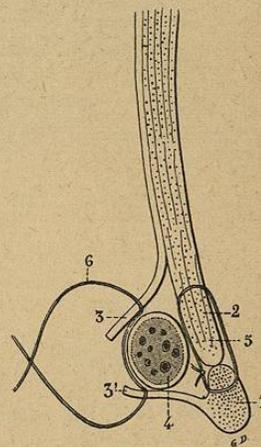


Fig. 469.

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, 3). Procédé de Bassini (ROCHARD).

inguinal, entre lesquelles est couché le cordon. La paroi pro-

fonde (fig. 468) est constituée par le fascia transversalis et les muscle petit oblique et transverse mobilisés jusqu'à leur union au muscle droit (tendon conjoint), et suturés au bord profond de l'arcade de Fallope (bandelette ilio-pubienne). La paroi superficielle (fig. 469) n'est formée que par le tendon aponévrotique du grand oblique.

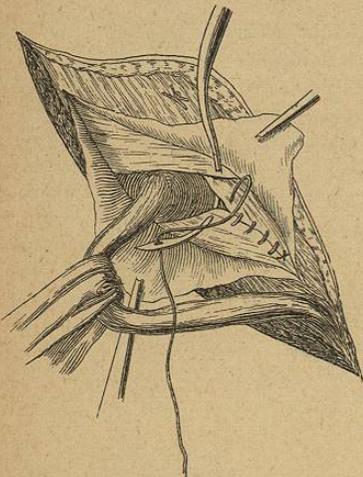


Fig. 470.

Procédé de Bassini. Plan profond (côté droit).

La région opératoire étant bien exposée, le cordon est récliné hors de la plaie à l'aide d'un écarteur ou d'une lanière de gaze (fig. 470). On libère alors le plan musculo-aponévrotique supéro-interne sous l'aponévrose du grand oblique, et on suture le bord profond du ligament de Poupart, senti avec le doigt et exposé à la vue, avec ce plan musculo-aponévrotique (fig. 470), en commençant en dedans, au niveau du bord externe du muscle droit et du tendon conjoint, et se portant jusqu'à l'orifice inguinal profond que l'on

rétrécit (fig. 471); ou inversement.

Le cordon spermatique est alors remis à sa place, et, par-dessus, on suture les deux lèvres de l'incision du tendon aponévrotique du grand oblique (fig. 472). Il faut avoir soin de prolonger cette suture en dehors jusqu'au delà de l'orifice inguinal profond. L'orifice inguinal superficiel est rétréci de façon à ne livrer passage qu'au cordon (fig. 473).

Chez la femme, la restauration de la paroi est facilitée par l'absence de cordon et la possibilité de fermer complètement la paroi abdominale.

Dans certains cas de hernies volumineuses ou présentant des

dispositions particulières (hernies inguino-interstitielles), dans le but de renforcer la paroi au niveau de l'orifice herniaire, on peut employer des *procédés autoplastiques*. Nous citerons le procédé myoplastique de SCHWARTZ et le procédé de BERGER pour les hernies inguino-interstitielles.

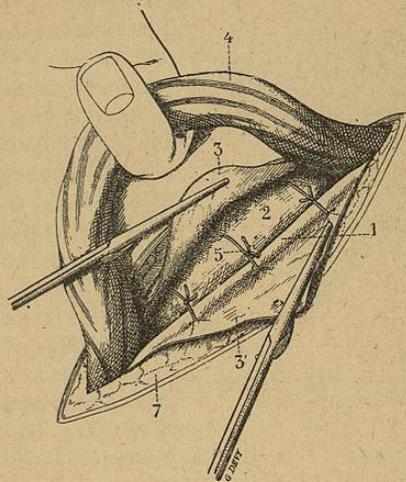


Fig. 471.

Cure radicale de la hernie inguinale. Procédé de Bassini. La paroi profonde est reconstituée (côté gauche) (ROCHARD).

SCHWARTZ¹, après résection du sac, détache du muscle grand droit un lambeau pédiculé que l'on glisse sous le pilier interne, pour l'étaler et le fixer au-devant de l'orifice herniaire.

« Nous ouvrons la gaine du muscle grand droit de l'abdomen par une incision longitudinale de 6 à 8 centimètres. Les feuillets aponévrotiques sont repérés par deux fines pinces de Kocher. Nous taillons dans le droit un lambeau musculaire à pédicule

¹ SCHWARTZ. in Thèse de Bufnoir, Paris, 1900 et Congrès international. Paris 1900. Section Chirurgie générale, p. 435.

inférieur, en nous servant surtout de la sonde cannelée ; le muscle en haut est pincé en masse, puis lié au catgut et sectionné. On a de la sorte un lambeau de 4 à 5 centimètres de long après la rétraction, épais de 1 à 1 centimètre et demi.

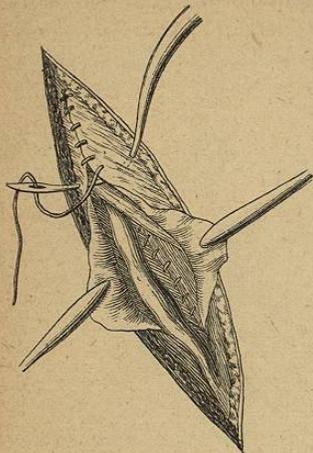


Fig. 472.
Procédé de Bassini. Plan superficiel (côté droit).

herniaire est suturé en haut au bord inférieur du petit oblique et

Une pince de KOCHER soulevant le pilier interne du grand oblique, avec un bistouri passé à plat, on ouvre la gaine du droit au-dessous du pilier, on va chercher le lambeau qu'on fait passer par l'orifice, le plus bas possible. On ferme par quelques points de suture au catgut l'incision de la gaine du grand droit.

Cela fait, le lambeau musculaire attiré dans la région

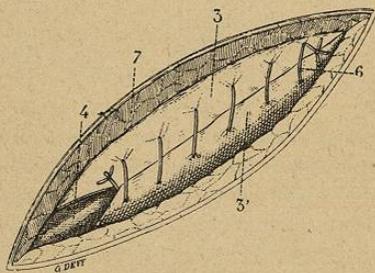


Fig. 473.
Cure radicale de la hernie inguinale. Procédé de Bassini. La paroi superficielle est reconstituée (côté gauche) (ROCHARD).

du transverse, en bas et en dehors à l'arcade crurale (fig. 474).

Le reste de l'opération se termine comme d'habitude.

BERGER¹, pour les hernies inguino-interstitielles où la résistance de la paroi est souvent très précaire, décrit le procédé suivant.

Le testicule ectopié ayant été supprimé ou abaissé, en conservant dans ce cas une partie du sac pour lui constituer une vaginale, le sac ayant été réséqué, on reconstitue la paroi postérieure du canal inguinal par le procédé de BASSINI.

Puis on découvre la face antérieure de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen, en relevant le bord supérieur de l'incision de l'oblique externe ; on pratique sur la face antérieure de cette gaine une incision longitudinale de 8 à 10 centimètres, parallèle à son bord externe, à un travers de doigt en dedans de ce bord, jusqu'à ce que les fibres musculaires soient à découvert dans toute la hauteur de cette incision (fig. 475). On rabat

de dedans en dehors, en la retournant face profonde en avant, la lèvre externe de l'incision de la gaine en la séparant du bord du muscle (fig. 476) ; on la ramène de dedans en dehors et de haut en bas, par-dessus la ligne de réunion du petit oblique et du tendon conjoint à l'arcade de FALLOPE, et on la réunit au bord supérieur de cette arcade par quelques points de suture (fig. 476).

Pour empêcher le bord du muscle droit de se rétracter en

¹ BERGER. Congrès de chirurgie, 1901, p. 564. *Revue de chirurgie*, 1902, n° 1, p. 37.

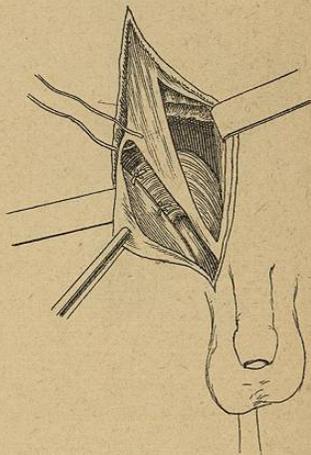


Fig. 474.
Hernie inguinale. Procédé myoplastique de Schwartz (d'après FARABEUF).