

4° *Reconstitution de la paroi.* — Par des sutures en U, CHAMPIONNIÈRE applique l'une sur l'autre les deux lèvres du canal inguinal fendu dans sa longueur. Dans les cas de hernie ancienne volumineuse où il faut reconstituer un trajet herniaire oblique (ce qui favorise sa fermeture au moment de la pression abdominale) le procédé de BASSINI est le procédé de choix :

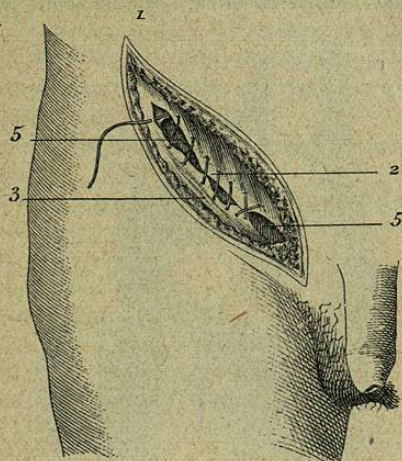


Fig. 138.

Procédé de BASSINI : 3° temps ; surjet de la paroi antérieure.

il consiste après incision large de l'aponévrose du grand oblique et soulèvement du cordon, à unir par un surjet le tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope, depuis l'anneau profond jusqu'au pubis (ce qui reconstitue l'arrière-paroi du canal) ; puis, le cordon étant remis en place, on suture en avant de lui, par un surjet, les deux bords de l'incision du grand oblique. — Dans la majorité des cas, pour éviter les inconvénients liés à la mobilisation du cordon, nous conseillons un *procédé antéfuniculaire*, dont SCHWARTZ et ROCHARD ont aussi eu l'idée qui consiste à joindre au bord postérieur de l'arcade crurale, en avant du cordon laissé en place, le plan du transverse

et du petit oblique, et même, dans certains cas, le bord externe du grand droit.

Quelques particularités de la cure opératoire de la hernie inguinale sont à signaler : 1° le traitement du testicule quand il est en ectopie, la conservation de l'organe, par sa dissection et son abaissement, devant être le but général ; 2° la lésion possible de la vessie au cours de l'opération ; 3° la lésion, rare, du canal déférent.

ARTICLE II

HERNIE CRURALE

Définition et caractères généraux. — La hernie crurale est celle qui sort au-dessous de l'arcade fémorale et qui vient proéminer à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

Elle a pour caractères généraux, comme le résume GOSSELIN, de se rencontrer plus souvent chez la femme que chez l'homme, de devenir habituellement moins volumineuse, de s'étrangler plus facilement et de donner lieu à des étranglements plus serrés, plus réfractaires au taxis, et plus promptement graves si on les abandonne à eux-mêmes.

Anatomie pathologique. — 1° SON TRAJET. — La hernie crurale commune, celle que l'on rencontre dans l'immense majorité des cas (car la hernie externe qui se fait, en dehors des vaisseaux, celle à travers le ligament de Gimbernat — hernie de Laugier, — et celle qui se fait sous l'aponévrose pectinéale — hernie de Cloquet — sont trois exceptions) se fait par l'anneau crural : c'est-à-dire qu'elle sort de l'abdomen au niveau de cette dépression que le péritoine présente à l'état normal vers la partie interne de l'arcade crurale, entre le bord tranchant du ligament de Gimbernat qui se trouve en dedans et la gaine des vaisseaux fémoraux ou, plus exactement la veine fémorale située en dehors, rapport anatomique de grande importance pratique.

Cet anneau crural n'est pas une ouverture réelle, puisqu'il est rempli et obstrué par le *septum crurale* de Cloquet, cloison cellulaire qui double en ce point le péritoine, par un ganglion

et des vaisseaux lymphatiques (logé lymphatique). Mais, c'est, nous dit GOSSELIN, une ouverture possible ou facile à faire en repoussant avec le doigt les parties molles dépressibles qui se trouvent à son niveau : « ce que nous faisons avec le doigt sur le cadavre, les viscères le font eux-mêmes pendant la vie sous l'influence des efforts. »

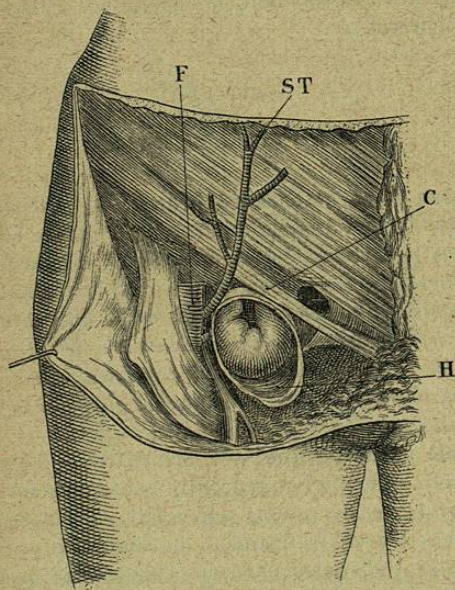


Fig. 139.
Rapports de la hernie crurale (Le Fort).

Reoulant le péritoine et sa doublure cellulo-graisseuse sous-séreuse, *fascia propria* d'A. Cooper, dont la lamelle connue sous le nom de *septum crurale* n'est qu'un renforcement, — par conséquent, recouverte d'une double enveloppe — la hernie a franchi l'anneau crural. Elle arrive dans la partie haute du *canal crural*, espace inter-aponévrotique circonscrit par les deux feuillets, superficiel et profond, du *fascia lata* et occupé par du

tissu cellulaire lâche qui se laisse déprimer facilement. En cette position, la hernie reste à l'état de *pointe* : la saillie, petite et profonde, est peu ou point appréciable à la vue ; l'impulsion donnée par la toux est l'indice de cette hernie au premier degré.

Les viscères, continuant à descendre, refoulent la gaine celluleuse des vaisseaux fémoraux et creusent ainsi par dépression, l'*entonnoir fémoral-vasculaire de Demeaux*, où ils peuvent demeurer, ce qui est rare (hernie interstitielle d'A. Cooper). — Mais, ordinairement, trouvant une résistance moindre au niveau des ouvertures lymphatiques du *fascia cribriformis*, qui n'est que la *portion criblée* du feuillet superficiel du *fascia lata*, ils élargissent un de ces orifices — généralement un *des plus élevés* — et arrivent ainsi dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La hernie crurale se fait quelquefois à travers deux ouvertures du *fascia cribriforme* (*hernies doubles* de Cloquet et de Demeaux) ; parfois elle sort à travers l'orifice de la saphène interne (*hernie de Béclard*).

La hernie crurale atteint rarement un grand volume : elle est, en effet, bridée en bas par la rencontre du feuillet superficiel et du feuillet profond du *fascia lata* ; ce qui explique que la hernie doit, lorsqu'elle prend un grand développement, remonter au-devant de l'arcade de Fallope, par un véritable trajet récurrent, en crochet : RICHET comparait cette courbe à la forme de l'aiguille de Cooper.

2° SES ENVELOPPES. — La hernie a, au-devant de son corps : 1° la peau ; 2° le tissu cellulaire sous-cutané, parfois chargé de couches grasses abondantes ; 3° le *fascia propria* souvent très adipeux lui-même ; 4° le sac péritonéal. — Ce qu'il faut savoir, pour se reconnaître au milieu de ces couches, modifiées par l'ancienneté de la hernie et la pression du bandage, c'est le développement à ce niveau de véritables bourses séreuses (hygromas herniaires) et d'enveloppes lipomateuses épaisses, bosselées, capables d'induire en erreur. Assez souvent après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, vous rencontrez une enveloppe mince qui paraît être le sac et, au-dessous d'elle, une masse grasseuse qui ressemble à de l'épiploon. Or, en contournant avec le doigt cette masse adipeuse, vous sentez qu'elle

tient aux parties profondes et n'a pas de pédicule : incisez ce « pseudo-sac et ce pseudo-épiploon », comme disait MALGAIGNE, et vous arrivez au véritable sac.

3° SES RAPPORTS. — La hernie crurale est en rapport avec des vaisseaux importants : son collet répond en dehors à la veine fémorale, en avant à l'arcade crurale, en arrière au ligament de Cooper, en dedans au bord tranchant du ligament de Gimbernat. — Donc, on peut, à la rigueur, débrider sur tout le pourtour du collet, *excepté en dehors* : nous débridons volontiers par de larges incisions sur l'arcade ; mais le lieu d'élection classique est en dedans sur le ligament de Gimbernat, où cependant on peut blesser l'artère obturatrice lorsqu'elle naît de l'épigastrique et passe derrière le ligament pour se rendre au trou obturateur.

Symptômes et diagnostic. — 1° *Hernies crurales réductibles.*

— La hernie crurale réductible se présente sous l'aspect d'une tumeur dépassant rarement le volume d'une noix, d'un maron, d'une mandarine ; nous en avons vu cependant qui étaient plus grosses qu'un poing d'adulte. — Elle est ordinairement *arrondie et assez régulière* ; mais parfois elle est *multilobée* (*hernie d'Hesselbach*), et ces bosselures répondent à l'inégale résistance du tissu conjonctif rencontré par le corps de la hernie au delà du fascia cribriformis, ou à des nodosités lipomateuses du fascia propria. — Elle a un pédicule qui est situé profondément et placé plus en dedans que le corps de la tumeur.

Les signes fonctionnels sont souvent très réduits : quelques coliques, parfois des troubles dyspeptiques, des douleurs névralgiques ; mais, selon la remarque de GOSSELIN, beaucoup de malades, surtout les femmes, ne souffrent pas, ne sentent pas leur hernie, ignorent même qu'elles en ont une : notion importante en pratique ; car, en face d'accidents d'occlusion intestinale, il faut toujours songer à une crurale méconnue, en état d'étranglement.

Le diagnostic est ordinairement facile. Lorsque la hernie est assez volumineuse, à trajet récurrent, il devient malaisé de la différencier à première vue d'une hernie inguinale. Voici le signe d'AMUSSAT : refoulant en haut, avec la main, la partie inférieure de la paroi abdominale, tirez une ligne de l'épine

iliaque antérieure à l'épine du pubis, direction de l'arcade : la hernie est inguinale si elle est au-dessus de cette ligne, crurale si elle est au-dessous. En réalité, il faut s'attendre, comme le dit GOSSELIN, à trouver, non pas la totalité, mais une partie plus considérable de la tumeur au-dessus ou au-dessous de cette ligne. — On pourrait, dit-on, confondre une crurale réductible avec un abcès froid, un anévrisme de la fémorale, une varice de la saphène interne à son embouchure. Erreurs exceptionnelles et évitables en auscultant la tumeur, en considérant que l'abcès par congestion est plus étalé et peut refluer dans une seconde poche occupant la fosse iliaque interne, enfin que la varice de la saphène s'accroît par la compression sur l'anneau tandis que c'est le contraire pour la hernie et que la station debout augmente son volume bien plus que la toux.

Hernies crurales irréductibles. — Certaines *épiplécèles crurales* — et l'épiploon seul constitue pendant longtemps maintes hernies crurales — non contenues ou irritées par la pression du bandage, deviennent *irréductibles par adhérences* : cette variété peut être confondue avec un de ces lipomes sous-séreux de formation fréquente autour du sac crural, et l'opération seule peut alors trancher le diagnostic.

Le diagnostic d'une *hernie crurale irréductible par étranglement* est, en général, aisé ; mais il faut toujours songer à ces deux causes d'erreur : d'une part, la méconnaissance de la hernie par le sujet qui en est atteint, si bien qu'il n'attire l'attention du médecin que sur des phénomènes (vomissements et coliques) attribués à une indigestion ; d'autre part, la variabilité des symptômes et, parfois, leur bénignité trompeuse. Il faut donc examiner avec grand soin la région interne de l'aîne : la tumeur est petite, masquée par la graisse chez les femmes obèses ; elle reste parfois indolente ; et cependant ce sont ces petites tumeurs qui entraînent, du côté de l'anse, partiellement ou totalement incarceration, les lésions de sphacèle les plus aiguës. Dans le doute, il vaut mieux pencher du côté du diagnostic de l'étranglement herniaire ; car il n'existe guère, à ce niveau, de causes d'erreur : seule, l'adénite du ganglion de Cloquet offre quelque identité symptomatique, avec des nuances

(vomissements surtout bilieux, suppression incomplète des matières et des gaz) ; et l'inconvénient n'est point grand de débrider alors, puisque, suivant la remarque de TILLAUX, en découvrant le ganglion on supprime l'étranglement qu'il subit et les accidents qu'il provoque.

Traitement. — 1° **BANDAGE.** — Il est difficile de bien maintenir, par un bandage, une hernie crurale ; en effet, tandis que le bandage inguinal ne quitte pas le bassin, le crural, tout en gardant le même point d'appui, aboutit au haut de la cuisse, mobile sur le bassin. La pelote doit posséder le volume juste convenable, ovale et étroite, pour ne pas gêner les mouvements de flexion de la cuisse ; le collet du ressort offre une courbure de haut en bas ; l'emploi du sous-cuisse est de rigueur pour la hernie crurale.

2° **CURE OPÉRATOIRE.** — *Conditions opératoires spéciales à cette variété.* — Les conditions opératoires y sont meilleures, au point de vue de l'extirpation du sac, qui n'est pas gênée par la présence d'un organe important comme le cordon. Mais les dispositions anatomiques de l'anneau, rigide, peu propice à la suture, sont défavorables à la réalisation de ce second point : à savoir, le soutien de la fermeture du sac par un plan cicatriciel de défense. Heureusement, comme CHAMPIONNIÈRE a raison de le soutenir, le traitement de l'anneau est moins nécessaire qu'ailleurs : la solidité de la cure radicale, après les opérations qui l'ont négligé ou qui se sont bornées à une suture incomplète, ne peut laisser aucun doute. — Cependant, il est réel que le sac de la hernie crurale est souvent irrégulier ; que parfois ses parties supérieures sont si minces qu'il est bien difficile de le garder intact et de le pédiculiser : les récidives, sans être fréquentes, sont maintes fois signalées, et CAMSON, dans sa thèse récente, en signale une proportion de plus de 20 p. 100.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — I. *Procédé de fermeture de l'anneau.* — CHAMPIONNIÈRE cherche à consolider la cicatrice en accolant par des fils de catgut, la gaine des vaisseaux à l'aponévrose pectinée et au moyen adducteur. — BERGER, après avoir isolé, disséqué et sectionné le sac, conserve le fil placé sur le collet et le conduit sous l'arcade, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal,

au moyen d'une aiguille mousse : chacun de ses deux chefs traverse séparément la paroi abdominale d'arrière en avant et on les lie en avant de l'aponévrose du grand oblique. C'est, au total, l'analogue du procédé de BARKER pour la hernie inguinale. — BASSINI, qui fait une incision parallèle et supérieure à l'arcade, suture l'extrémité interne du ligament de Fallope au revêtement aponévrotique de la crête pectinéale et le repli falciforme à l'aponévrose du muscle pectiné. Mais la rigidité de l'arcade de Fallope, tendue en pont, rend peu stable cette occlusion de l'anneau crural.

II. *Procédé inguinal de Ruggi.* — RUGGI et PARLEVECCHIO incisent le canal inguinal au-dessus de l'arcade et vont chercher le sac crural qu'ils isolent et ramènent dans le canal inguinal : après résection du sac, on suture l'anneau crural en unissant le bord postérieur de l'arcade de Fallope au ligament de Cooper : ce temps de l'opération se fait au-dessus de l'arcade. TUFFIER a employé ce procédé.

III. *Obturation autoplastique de l'orifice.* — Plusieurs procédés cherchent à obturer l'orifice herniaire par une autoplastie : SALZER ferme l'anneau crural au moyen d'un lambeau emprunté au muscle pectiné ; POUCKET se sert du tendon du premier adducteur ; SCHWARTZ taille dans le moyen adducteur une pièce musculaire à pédicule supérieur. THIRIAR cherche à boucher l'ouverture herniaire avec une plaque d'os décalcifié.

IV. *Affaissement de l'arcade : procédé de Delagenière.* — Tous ces procédés comptent des succès ; mais nous nous en sommes tenu constamment, avec de bons résultats, à celui de CHAMPIONNIÈRE. Néanmoins il faut accorder une mention spéciale au mode opératoire préconisé récemment par DELAGENIÈRE : il est certain que l'arcade de Fallope joue un rôle important dans la permanence des hernies : elle maintient la béance et l'inaptitude à la réunion du trou herniaire ; sur une paroi de hernieux, sans résistance, elle forme une corde tendue, au-dessus et au-dessous de laquelle les viscères viendront créer des dépressions et des amorces herniaires. Supprimer cette corde, c'est permettre la clôture de l'orifice rigide ; c'est aussi faciliter la résection élevée du sac ; et il est vraisemblable d'admettre,

avec DELAGENIÈRE, que si les opérations de hernie crurale étranglée nous confèrent des cures radicales stables, c'est que nos débridements larges atteignent en haut de l'arcade. Sur cette idée très rationnelle, DELAGENIÈRE a fondé un procédé dont les deux points fondamentaux sont : 1° d'inciser l'arcade en haut ; 2° de l'affaisser, de la suturer au ligament de Cooper et au périoste de la branche horizontale du pubis.

ARTICLE III

HERNIES OMBILICALES

Définition et classifications. — La région ombilicale est le siège de trois variétés de hernies, apparaissant à trois périodes différentes de la vie et relevant de conditions pathogéniques dissemblables : 1° *hernies de la naissance* ; 2° *hernies de l'enfance* ; 3° *hernies de l'âge adulte*.

On peut ainsi résumer ces trois formes :

1° Pendant la vie intra-utérine, la *formation des parois ventrales* (période embryonnaire) ou la *constitution de l'ombilie* (période fœtale) peuvent subir un arrêt ou un retard de développement. Il en résulte qu'une portion, plus ou moins considérable, du tube digestif se trouve *située en dehors de la cavité ventrale* ou *engagée dans le pédicule du cordon* : ce qui, à proprement parler, est *plutôt une malformation qu'une hernie* ;

2° Chez le jeune enfant, le travail d'*oblitération cicatricielle de l'ouverture ombilicale*, qui suit la chute du cordon, peut être *incomplet* et *tardif* : ce qui permet aux viscères de s'engager dans l'anneau partiellement perméable, *hernie infantile* ;

3° Chez l'adulte, chez la femme surtout, le plus souvent sans aucun antécédent de hernie infantile, les viscères peuvent sortir par l'anneau ombilical distendu ; et cette distension tardive est due à l'affaiblissement des couches musculo-aponévrotiques (accouchements), à la ptose viscérale, surtout à la surcharge graisseuse de la paroi.

I. — HERNIES OMBILICALES DE LA NAISSANCE : EXOMPHALES CONGÉNITALES

On voit des enfants venir au monde, porteurs d'une tumeur placée au niveau du pédicule ombilical du cordon et comprise dans sa base. Tantôt il s'agit d'une tumeur de petit ou moyen volume, généralement réductible, totalement ou partiellement transparente. Tantôt la tumeur est très volumineuse, contenant le foie et la partie la plus considérable de l'intestin grêle, s'accompagnant d'une large lacune dans la paroi abdominale, éversion plutôt que hernie.

Pathogénie. — Dans les premiers temps de la vie intra-utérine, et *jusqu'au troisième mois*, les parois de l'abdomen sont incomplètes. L'embryon, s'incurvant sur lui-même dans le sens transversal et longitudinal, s'accorde, par son ventre, tel un bateau incomplètement ponté et renversé, à la partie extra-embryonnaire de la vésicule blastodermique, qui prend le nom de *vésicule ombilicale* et qui communique avec l'intestin embryonnaire, par le *canal vitellin*, largement ouvert pendant le premier mois. Le *diverticule de Meckel* est un vestige de ce canal, persistant chez le fœtus ou chez l'adulte, et l'anse grêle sur laquelle il s'insère s'appelle *anse vitelline*.

Donc, aux phases initiales du développement, la face ventrale de l'embryon représente une gouttière largement ouverte en avant. Peu à peu, les bords de cette gouttière convergent vers la ligne médiane en un pédicule progressivement rétréci, de manière à circonscrire de plus en plus l'ouverture ombilicale, *ombilie cutané*.

Le cordon s'implante sur ce point. C'est d'abord une gaine très ample, recouverte par l'amnios, par où passent deux pédicules : celui de la vésicule ombilicale et celui de la vésicule allantoïdienne, formée à partir de la troisième semaine. — De sorte qu'à ce moment une section de ce pédicule montrerait : 1° l'ombilie cutané ; 2° la coupe transversale du canal vitellin, dite *ombilie intestinal*, séparée de l'orifice précédent par un espace annulaire qui reste plus large et plus longtemps per-