

suivant l'habitude. On ne saurait trop engager les futurs opérateurs à s'exercer fréquemment aux sutures intestinales pour ne pas être pris au dépourvu le jour où il leur sera nécessaire d'en faire. Combien d'existences seraient journellement épargnées si l'entérorraphie était aussi fréquemment demandée aux candidats que la ligature de la pédieuse !

Pour les opérateurs peu exercés, l'entéro-synthèse avec le bouton de Murphy est préférable à la suture. Je crois même que, malgré l'inconvénient résultant de la présence d'un corps étranger dans l'intestin, cette méthode est la meilleure, parce qu'elle réalise la réunion de l'intestin avec une précision et une rapidité dont les sutures les mieux faites ne sont pas capables. La sécurité du malade, l'asepsie et même l'élégance opératoire y trouvent leur compte, quoiqu'en aient pu dire les snobs de la chirurgie. Mais il faut avoir un bouton dans sa poche lorsqu'on est appelé pour une hernie étranglée et il faut s'être assuré avant de partir que le ressort à boudin fonctionne, que les crochets s'agrippent bien dans la rainure du pas de vis. Serait-ce donc beaucoup plus

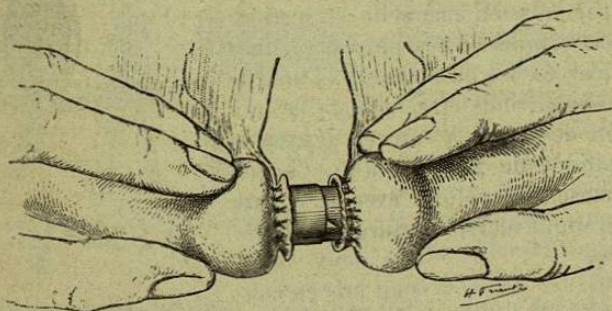


Fig. 156. — Mauvaise manière d'appliquer le bouton, la tranche de l'intestin n'étant pas enfouie dans la rainure. Bouton trop gros (Guibé).

difficile que de voir si son bistouri coupe et si on n'oublie pas ses aiguilles ? Surtout qu'on ne stérilise pas le bouton à la chaleur sèche, ce serait bon pour désouder ses différentes pièces. Une ébullition de quelques minutes doit suffire. Ne va-t-on pas le mettre dans l'intestin, milieu septique par excellence ? Son application est des plus faciles, il suffit d'y procéder avec méthode. Préparez une aiguille enfilée, montez chaque pièce du bouton sur une pince qui sert à le manier. Faites sur chaque bout intestinal une suture en bourse que vous nouez sur le tube central de chaque pièce, au-dessus du plateau mobile que presse le ressort à boudin sur la pièce mâle (celle qui porte les crochets), enfouissez bien cette collerette dans la rainure du bouton pour qu'on n'aperçoive pas de muqueuse à l'extérieur et pour que les crochets soient bien visibles. Ceci fait, emboitez les deux pièces placées bien en face l'une de l'autre et poussez carrément, d'aplomb et à fond, en deux fois pour être sûr que la prise est solide. Inutile, en général, de mettre aucun point de suture. Réduisez après avoir dilaté le collet de la hernie.

Voilà les deux procédés de choix. Lorsqu'il s'agit de réunir deux anses de calibre très inégal, ce qui s'observe rarement dans le cas de hernie étranglée,

on fera mieux de pratiquer un abouchement par implantation ou un abouchement parallèle.

3° *L'anse est perforée. Phlegmon stercoral.* — Lorsque le sac sphacélé est rempli de pus et de matières intestinales, on se borne à faciliter la débâcle du bout supérieur. Le sac étant bien détergé et réséqué, s'il est sphacélé, l'intestin pareillement excisé dans ses parties mortifiées, on s'assure que l'écoulement des matières se fait très bien. En général, l'étranglement est tel que les gaz sortent seuls et avec peine. Pour faciliter la débâcle on est obligé d'introduire une longue pince dans le bout supérieur et de dilater l'orifice intestinal en écartant ses mors. On la remplace ensuite par une sonde en gomme. Dans le cas où l'étranglement est tellement serré qu'on ne peut introduire ni la pince, ni la sonde, il est indiqué de débrider l'anneau fibreux seul, en restant en dehors du collet par conséquent pour ne pas inoculer le péritoine.

Mortalité de la kélotomie. — L'opération de la hernie étranglée n'est pas grave par elle-même. Pratiquée dès le début des accidents, elle n'est pas beaucoup plus grave que la cure radicale. Sa mortalité tend vers 0. Pratiquée au bout de 4 ou 5 jours d'attente, à l'état de gangrène, sa mortalité est de 50 % et davantage. La conclusion s'impose donc avec les caractères de l'évidence. Il faut opérer le plus vite possible.

Les causes de mort les plus fréquentes sont la congestion pulmonaire et la pneumonie, fréquentes et graves chez les vieillards et les alcooliques. La péritonite par perforation ou par propagation s'observe lorsqu'on a réduit une anse suspecte de gangrène. L'occlusion paralytique s'observe dans les étranglements où l'on a trop attendu, dans ceux où l'intestin a été contusionné par un taxis violent et prolongé. Les hémorragies intestinales sont une complication rare, mais assez fréquemment mortelle. Enfin, le plus souvent, ces opérés succombent sans cause apparente, sans péritonite, après une opération heureuse, tout simplement parce qu'ils sont irrémédiablement intoxiqués par la stercorémie, malgré la débâcle libératrice. Ils ont été opérés trop tard.

SAVARIAUD.

HERNIE CRURALE. — A l'inverse de la hernie inguinale qui se fraie à travers les parois abdominales un trajet oblique, long, à parois souples, bien disposées pour être affaissées et accolées par la pression du bandage, la hernie crurale possède un trajet direct, curviligne, enroulé pour ainsi dire au-dessous de l'arcade crurale, et sort par un orifice unique, rigide, profondément situé dans l'abdomen et défendu par la saillie du ventre, ainsi que par la racine de la cuisse qui s'élève et chasse le bandage à chaque mouvement de flexion. Ceci revient à dire que le seul traitement efficace de la hernie crurale est la cure radicale. Je dirai tout à l'heure que celle-ci est d'une simplicité et d'une benignité extrêmes.

La hernie crurale est l'apanage de la femme d'un certain âge, on n'en voit presque point chez les enfants, elle est très fréquente chez les vieilles. Chez l'homme on ne la voit presque jamais seule. Elle est presque toujours associée à une inguinale ou à une autre crurale. C'est une hernie de faiblesse.

L'orifice par lequel la hernie sort du ventre est l'anneau crural. C'est un point faible de la paroi abdominale, à l'endroit où elle se soude avec la racine

de la cuisse. Cet anneau, situé entre les vaisseaux fémoraux, le ligament de Gimbernat, l'arcade crurale et le pubis recouvert du muscle pectiné, cet anneau, dis-je, a une forme quadrilatère. Il regarde en bas et un peu en avant, le sujet étant debout.

Son *diamètre* est des plus variables; à l'état normal il doit être juste assez large pour loger un petit ganglion lymphatique à cheval sur la fosse iliaque et la cuisse (G. de Cloquet). Sa largeur est d'autant plus grande que le ligament de Gimbernat est moins développé; on pense aussi qu'elle est proportionnelle à la largeur du bassin, ce qui explique la fréquence incomparablement plus grande de la hernie crurale dans le sexe féminin.

L'orifice crural par lequel s'engage la hernie est défendu, du côté de l'abdomen, par un certain nombre de couches dont l'ensemble est somme toute

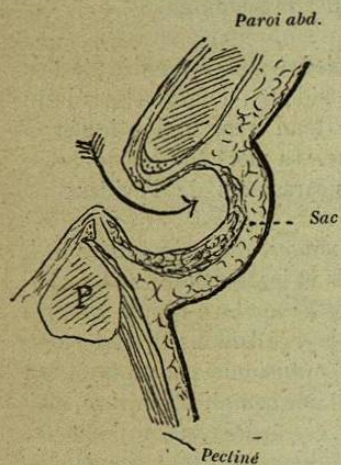


Fig. 157. — Trajet curviligne de la hernie crurale.

peu résistant, de sorte que le doigt enfoncé en dedans des vaisseaux peut arriver très facilement sous la peau du triangle de Scarpa, une fois le péritoine déchiré. Aucune de ces couches en effet n'oppose une résistance sérieuse, toutes étant plus ou moins infiltrées de graisse et de ganglions lymphatiques, aucune ne possédant les caractères des véritables aponévroses (fig. 157).

Le péritoine qui recouvre la région crurale étant doublé à sa face externe de tissu graisseux, les lobules de ce tissu peuvent s'hypertrophier, s'engager sous la pression des viscères dans l'anneau crural et entraîner après eux le péritoine. Ainsi est créée une amorce de hernie que vient bientôt occuper un bout d'intestin ou d'épiploon.

Comment la hernie se comporte-t-elle par rapport aux différentes couches de la paroi (fascia propria, septum crural, fascia cribriformis)? Va-t-elle simplement les refouler et s'en coiffer, ou bien va-t-elle les dissocier, les perforer et s'en énucléer pour ainsi dire? D'après les constatations que j'ai pu faire au cours d'assez nombreuses cures radicales, la vérité me paraît être entre ces deux opinions. Le péritoine se coiffe du tissu graisseux sous-péritonéal ainsi que d'une mince couche fibreuse, lisse et brillante, qui double sa paroi externe et qui me paraît être le fascia propria. Ces différentes couches cellulo-graisseuses donnent, par endroits, au sac l'épaisseur de près d'un centimètre. Quant aux autres fascias, le septum crural a totalement disparu et le fascia cribriformis m'a paru réduit à quelques fibres qui du bord inférieur de l'arcade crurale se rendent autour du collet du sac et l'enserment en forme de bague; de sorte qu'en se plaçant à ce point de vue on peut dire que ces fibres peuvent être un agent d'étranglement, mais ce qu'il faut retenir, c'est qu'en pratique ce dernier siège toujours profondément au-dessous de l'arcade, qu'il soit dû aux fibres précédentes, à l'anneau fibreux en totalité, au seul ligament de Gimbernat ou au collet lui-même

Quand on pratique la cure radicale d'une hernie crurale on trouve successivement au-dessous de la peau une couche graisseuse plus ou moins épaisse, puis un plan de clivage et enfin le sac d'aspect à la fois séreux et graisseux, assez fréquemment recouvert d'une ou deux artérioles.

Ce sac s'isole des parties voisines avec une facilité merveilleuse et c'est là un point sur lequel je suis étonné de ne pas voir insister nos classiques. Il y a entre la crurale et l'inguinale congénitale par exemple une grande différence et c'est ce qui rend l'opération de la crurale si facile.

Le sac de la crurale est d'une simplicité extrême. Il est en forme de carafe avec un fond et un goulot qui est le collet. Le fond ne présente que bien rarement des diverticules. Assez fréquemment cependant il est recouvert d'un kyste sacculaire, d'un sac inhabité et vide, ou d'un lipome herniaire.

Sur ce collet se jettent, ainsi que nous l'avons vu, quelques fibres de l'arcade représentant ce qui reste du fascia cribriformis tassé et refoulé. Lorsqu'on les a tranchées, il est facile d'attirer fortement le collet au dehors.

Les rapports du collet doivent être connus pour pratiquer en toute sécurité la cure radicale. Le seul intéressant est celui que la hernie affecte avec

l'énorme veine crurale située en dehors du collet. On cite également en dedans de lui une artère anormale réunissant l'épigastrique à l'obturatrice, mais ceci se passe dans la profondeur du ventre à une distance trop grande pour intéresser l'opérateur qui suit les règles actuelles de la chirurgie à ciel ouvert (fig. 158).

Le sac nous l'avons dit, est aussi facile que possible à isoler des organes qui l'entourent. Ceux-ci, notamment la veine fémorale et la mince aponévrose qui recouvre le pectiné, ne deviennent visibles que lorsqu'on les a dépouillés de l'enveloppe fibro-graisseuse qui les entoure. Pendant la cure radicale, la veine recouverte de la gaine des vaisseaux ne doit pas être aperçue.

Quant à l'aponévrose pectinéale au contraire, il est bon de la mettre à nu en la dépouillant du tissu cellulo-graisseux qui la recouvre afin de n'adosser ensemble que des plans fibreux dépourvus de graisse.

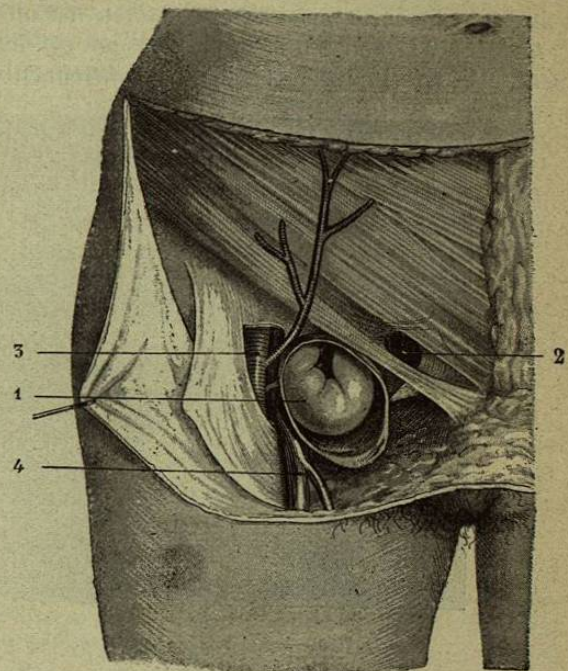


Fig. 158. — Rapport de la hernie crurale. (Le Fort.)

Tel est le trajet ordinaire de la hernie crurale. Il est exceptionnel de la voir sortir par un orifice autre que celui de la loge lymphatique de l'anneau crural. Aussi je me contente de mentionner la hernie qui sort à travers le Gimbernat, celle qui sort à travers le pectiné, celle qui se fait en dehors des vaisseaux.

Le contenu est ordinairement de l'épiploon seul, ou bien l'épiploon avec l'intestin grêle. On peut y rencontrer l'appendice seul, l'appendice et le cæcum, la trompe et l'ovaire, la vessie.

Symptômes. — La hernie crurale atteint rarement un volume considérable; le plus souvent, elle ne dépasse pas le volume d'une noix, ou tout au plus d'une mandarine. Il est exceptionnel de lui voir acquérir le volume du poing et à plus forte raison celui d'une tête d'adulte.

Au début, la petite tumeur ne sort que par intermittence et rentre facilement. Mais très rapidement elle devient irréductible et toujours cette irréduc-

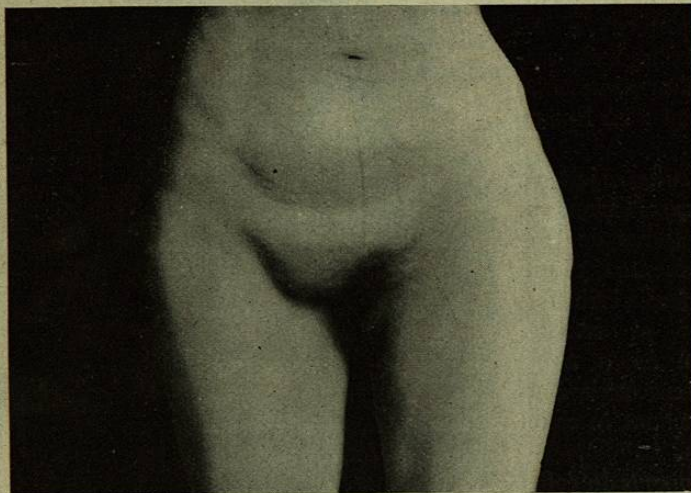


Fig. 159. — Aspect de la hernie crurale. (D'après une photographie.)

tibilité est due à des adhérences inflammatoires de l'épiploon. Ces adhérences succèdent généralement à une poussée douloureuse du côté de la hernie, d'autres fois elles se produisent sans bruit, sans que les malades s'en aperçoivent.

Beaucoup de malades d'ailleurs ignorent qu'ils sont atteints de hernie; dans la moitié des cas que nous observons à l'hôpital, les malades atteints d'étranglement ne savent pas de quoi il s'agit quand on les questionne sur leur hernie. Leur réponse habituelle est celle-ci: « Mais monsieur, je n'ai jamais eu de hernie, je ne sais de quoi vous voulez parler », et quand on leur montre du doigt la petite tumeur qui est la cause de leur mal, ces malades répondent presque invariablement: « Oh! ceci n'est rien, il y a longtemps que j'avais cette petite grosseur, mais, comme elle ne me faisait pas mal, jamais je ne m'en suis inquiétée. »

Dans la grande majorité des cas, en effet, on n'est appelé auprès des malades peu soigneux, que lorsqu'il existe des accidents, poussées d'épiploïte ou étranglement véritable.

Quoi qu'il en soit, voici sous quel aspect se présente en général la tumeur. A l'inspection on note que la saillie, généralement arrondie, quelquefois bosselée, occupe le pli de l'aîne. Cette saillie est située à peu près à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de ce pli, et même à la partie la plus interne du pli de l'aîne, au contact de la grande lèvre (fig. 159).

Elle remonte fréquemment sur la paroi abdominale, mais jamais elle ne s'engage dans l'épaisseur de la grande lèvre comme l'inguinale, avec laquelle les débutants et même des chirurgiens exercés ont souvent de la peine à la distinguer.

A la palpation la tumeur est molle, sonore et réductible avec gargouillement, si elle contient de l'intestin; mate, finement lobulée et réductible avec un bruissement spécial si elle contient de l'épiploon non adhérent. Quand celui-ci adhère, la tumeur est plus ou moins irréductible. Son irréductibilité n'est complète que lorsque le collet est oblitéré par un bouchon épiploïque, ce qui se voit assez fréquemment après une poussée d'épiploïte. Dans ce cas l'impulsion à la toux est nulle ou à peu près, et surtout l'ampliation de la tumeur; car l'impulsion peut exister alors que l'ampliation a disparu. Il suffit pour qu'il y ait impulsion que le sac avec son contenu soit propulsé en masse par la poussée abdominale, tandis que, pour qu'il y ait ampliation, il faut que le contenu du sac puisse augmenter sous la poussée abdominale.

Enfin, lorsqu'on cherche à énucléer la tumeur, on voit qu'elle tient dans la profondeur et qu'elle est pourvue d'un pédicule qui s'enfonce sous l'arcade crurale, en dedans de l'artère fémorale qu'on sent battre.

Diagnostic. — Le diagnostic se pose dans trois conditions:

1° Il n'y a pas de tumeur appréciable au moment de l'examen, mais la malade dit que celle-ci sort par intermittence. Il faut alors faire marcher le sujet, le faire pousser, tousser, au besoin lui dire de revenir quand la tumeur sera sortie.

2° Il y a dans l'aîne une tumeur réductible. Cette tumeur peut être une hernie, un abcès froid ou une dilatation variqueuse de la saphène à son embouchure. L'abcès du triangle de Scarpa est presque toujours un abcès migrateur venu de la colonne vertébrale et situé dans la loge du psoas, c'est-à-dire en dehors de la région herniaire. Il est en forme de bissac avec poche dans la fosse iliaque, il fluctue, et cette fluctuation s'accompagne de bruit de chainon; il y a des signes de mal de Pott. La dilatation de la saphène se distingue à sa mollesse, à son mode de réduction qui se fait sans gargouillement, à sa reproduction immédiate quand on enlève le doigt qui la comprime, à la présence de varices.

3° Il y a dans l'aîne une tumeur irréductible. Cette tumeur peut être une épiplocèle ou un ganglion. Le ganglion est rarement unique, il occupe rarement la place de la hernie, il n'a pas de pédicule et ne présente pas d'impulsion à la toux, ce qui est le propre de la hernie.

Lorsqu'on a reconnu dans le pli de l'aîne l'existence d'une hernie (ce qui n'est pas toujours commode chez les personnes obèses), il faut préciser entre la hernie crurale et l'inguinale. Le diagnostic n'est pas toujours facile, tant s'en faut. Lorsque la tumeur est réductible, on peut engager le doigt à sa suite dans l'anneau et reconnaître ce dernier aux rapports qu'il affecte avec l'arcade crurale et l'artère fémorale, mais lorsque la tumeur est irréductible et à cheval sur

l'arcade, le diagnostic est souvent impossible. D'une façon générale, les tumeurs qui s'engagent dans la grande lèvre sont inguinales, celles qui ne font que s'en approcher sont des crurales.

Pronostic. — Le pronostic de la crurale est plus grave que celui de l'inguinale, parce que le bandage est impuissant à la guérir, et parce que son étranglement est à la fois relativement plus fréquent et plus grave.

Étranglement des hernies crurales. — En chiffres absolus, le nombre des kélotomies pour crurales étranglées étant aussi fréquent que celui des inguinales dans les deux sexes, il faut en conclure que la crurale s'étrangle beaucoup plus souvent. C'est en effet ce qu'admettent tous les auteurs.

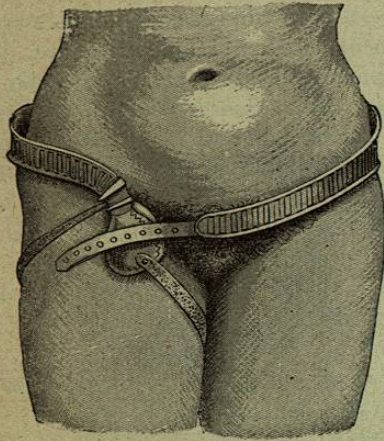


Fig. 140. — Bandage crural avec sous-cuisse. (Berger.)

Pourquoi cette fréquence de l'étranglement? On peut l'attribuer d'une part à ce que bon nombre de ces hernies n'ont jamais été soignées, parce qu'elles étaient ignorées des malades. D'autre part bon nombre d'entre elles s'étranglent malgré le bandage parce que ce dernier remplit très mal son rôle. Enfin on peut admettre que la rigidité de l'anneau crural rend l'étranglement plus serré, de même que le petit volume de la hernie se prête mal aux tentatives de réduction faites par les malades. Ces derniers n'ont pas l'idée de presser sur

cette petite tumeur qu'ils prennent pour une glande, ainsi qu'ils le font instinctivement pour une hernie scrotale.

On a beaucoup discuté pour savoir quel était l'agent de l'étranglement dans les crurales; on a successivement admis d'une façon exclusive l'étranglement par l'anneau, par le collet, par le ligament de Gimbernat, par le fascia cribiformis. Toutes ces variétés à mon avis peuvent s'observer soit isolément, soit le plus souvent réunies.

En pratique c'est l'anneau fibreux ou le collet et, je le répète, ordinairement les deux à la fois. La chose n'a d'ailleurs que peu d'importance, depuis qu'on ouvre de parti pris le sac, pour en inspecter le contenu; le débridement de l'anneau est-il suffisant pour attirer l'intestin et pour réduire, on s'en contente; sinon, on dilate le collet ou bien même on l'incise aussi loin qu'il est nécessaire.

En raison du petit volume du sac, le bord libre de l'intestin fait souvent seul partie de la hernie (pincement latéral), la hernie est alors souvent sèche, et la gangrène plus rapide, alors que les symptômes sont au contraire assez souvent atténués.

Cette atténuation des symptômes n'appartient pas d'ailleurs exclusivement au pincement latéral, on peut l'observer avec une anse complète.

Gosselin a bien montré comment pendant un jour ou deux les phénomènes généraux pouvaient tellement manquer que les malades viennent à pied à

l'hôpital, alors même qu'il existe de la gangrène. Dans d'autres cas, au contraire, les phénomènes péritonéaux sont tellement accentués que l'étranglement présente le tableau du choléra herniaire.

En général, l'étranglement est très serré en raison de l'étrécissement, de la rigidité de l'anneau et de l'absence d'épiploon dans la hernie. Il en résulte que la gangrène est très précoce; d'où la règle de ne jamais pratiquer le taxis dans ces hernies au delà de 24 heures.

L'étranglement est fréquemment méconnu en raison de la petitesse de la hernie dissimulée au fond du pli de l'aîne, et à cause de l'insidiosité des symptômes généraux. Il faut savoir faire le diagnostic en se contentant du minimum de signes : état nauséux,

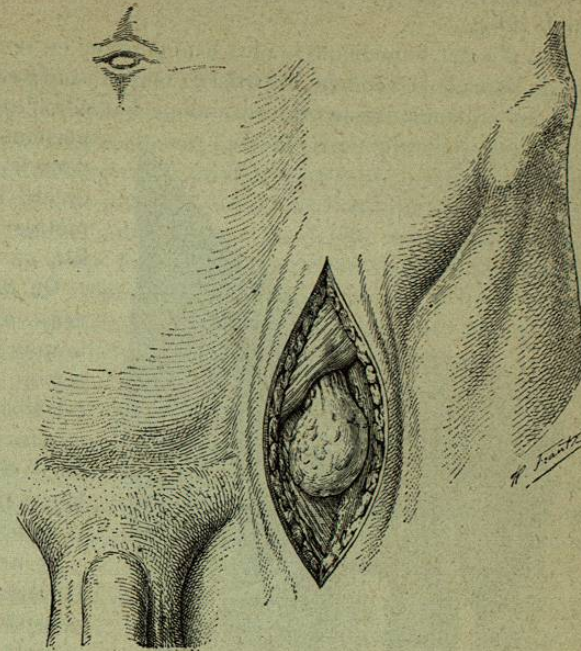


Fig. 141. — Incision cutanée de la cure radicale. (Guibé.)

constipation, arrêt des gaz avec petite tumeur tendue, rénitente ou fluctuante, irréductible et douloureuse, surtout au niveau du pédicule; en voilà plus qu'il n'en faut pour faire prendre le bistouri, c'est ici par conséquent le cas de dire qu'il ne faut pas attendre pour opérer les fameux vomissements féca-loïdes.

Traitement. — a) **Hernie non compliquée.** — Le rôle du bandage est presque illusoire. Comment pourrait-il affaïsser l'arcade et l'amener au contact du pubis? Comment l'empêcher de remonter dans la flexion de la cuisse, même avec un sous-cuisse? Le bandage employé est le bandage français à ressort, avec un collet plus recourbé que celui de la hernie inguinale. Cette incurvation lui enlève une partie de sa puissance, de sorte qu'on est obligé de renforcer le collet. La pelote doit être fixée par un sous-cuisse qui revient se fixer à son point de départ (fig. 140).

Le seul traitement logique et efficace est la cure radicale. Celle-ci est d'ailleurs facile et peut s'exécuter commodément à la cocaïne.

Cure radicale. — L'incision cutanée est faite comme pour lier l'artère fémorale à la racine de la cuisse, mais plus en dedans. Elle est verticale et dépasse la tumeur en haut et en bas (fig. 141).

Comme pour la ligature de l'artère, on travaille d'abord dans la partie supé-

rieure de la plaie, pour mettre à nu l'aponévrose du grand oblique et l'arcade crurale. Celle-ci trouvée, on est sur le pédicule de la hernie.

L'isolement du sac s'accomplit alors en un clin d'œil, sans autre instrument que le doigt.

Afin d'isoler le pédicule le plus haut possible on sectionne les quelques fibres qui de l'arcade se rendent au collet et on fait soulever vigoureusement l'arcade avec un écarteur. Au besoin on entame l'arcade d'un coup de ciseaux, ce qui

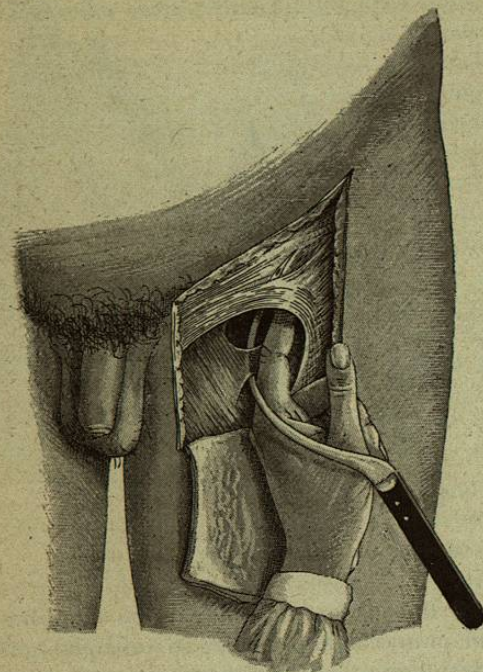


Fig. 142. — Oblitération de l'anneau crural. (Berger.)

b) **Hernies étranglées.** — Le taxis ne doit être toléré que pour les hernies volumineuses. Passé 24 heures, on ne fera plus de taxis. Pour les petites marronnées on fera la kélotomie d'emblée, c'est le meilleur moyen d'éviter la réduction d'un intestin gangrené.

La kélotomie se pratique exactement comme la cure radicale. Lorsque l'étranglement est peu serré on peut se contenter de dilater l'anneau et le collet avec le doigt. Lorsqu'il l'est davantage, il faut débrider. On *débridera sur l'arcade*, sans danger pour les vaisseaux du ligament rond. On attirera le collet et on le sectionnera dans la mesure nécessaire.

La hernie étant presque toujours petite, la réduction ne présente jamais de difficulté. En revanche, en raison de la petitesse de l'anse, on est exposé à la voir filer dans le ventre dès qu'on a débridé le collet, ce qui peut avoir les conséquences les plus graves en cas de gangrène. Si pareil accident arrivait, il ne faudrait pas craindre d'inciser largement la paroi afin d'aller repêcher l'anse suspecte.

permet de remonter plus haut dans le ventre. En général, le pédicule long de plusieurs centimètres se laisse attirer avec facilité.

On ouvre alors le sac au niveau du pédicule qui presque toujours est dépourvu d'adhérences avec l'épiploon. Celui-ci est libéré et réséqué. Le sac est embroché et lié, puis les deux chefs du fil sont passés à la Barker à travers la paroi abdominale et noués ensemble au-devant d'elle.

Il ne reste plus qu'à oblitérer l'anneau. Le moyen le plus simple consiste à fixer par deux ou trois catguts l'arcade crurale à l'aponévrose malheureusement peu résistante du muscle pectiné. Une aiguille à très grande courbure est des plus utiles (fig. 142). On peut aussi comme Roux abaisser l'arcade et la fixer au pubis avec un clou qu'on laisse à demeure.

La région crurale se prête très bien à l'établissement d'un anus contre nature. Si le pincement n'est que latéral, on peut se contenter d'un anus latéral qui se transforme bientôt en fistule stercorale et peut guérir de lui-même.

SAVARIAUD.

HERNIE ÉPIGASTRIQUE OU DE LA LIGNE BLANCHE. — Les muscles grands

droits de l'abdomen étant contigus dans la partie sous-ombilicale du tronc, et n'étant séparés que par une mince cloison aponévrotique placée de champ, les hernies spontanées ne peuvent guère se produire sur cette partie de la ligne blanche. Mais il n'en est plus de même au-dessus de l'ombilic. Là les muscles s'écartent et sont réunis l'un à l'autre par une bandelette aponévrotique large de 2 centimètres, sorte de natte formée par l'entre-croisement des tendons aplatis des muscles larges de l'abdomen. A l'état normal cette ligne blanche est perforée par des filets vasculaires et nerveux qui la traversent d'arrière en avant. Par les mêmes orifices s'engagent de fins lobules adipeux qui sont comme l'amorce d'autant de hernies. En effet la ligne blanche étant en rapport en arrière avec la graisse fluide qui double le péritoine en cette région, on comprend que tout excès de pression abdominale tendra à chasser cette graisse mobile à travers les trous de l'aponévrose. C'est ce qui arrive chez les obèses, les tousseurs, chez ceux qui se livrent à des travaux pénibles. Ce premier stade constitue la *hernie graisseuse* sorte de lipome en bissac, à la fois sus- et sous-aponévrotique.

Ce lipome va dilater l'orifice et entraîner le péritoine qui est poussé d'autre part par les viscères; en dernier lieu ceux-ci se précipiteront dans le sac (hernie complète).

Ces hernies ne se voient guère que chez l'homme. Il semble que, chez la femme, la hernie de la ligne blanche sorte toujours par l'ombilic; je veux dire que, si la ligne blanche doit céder quelque part, c'est au niveau de l'ombilic qu'elle cède, tandis que chez l'homme c'est généralement au-dessus de ce dernier. C'est une hernie de force qu'on ne voit qu'à l'âge adulte.

Le volume de ces hernies est d'ordinaire minime, il ne dépasse pas en général celui d'une noix verte, d'un œuf ou d'une mandarine. Il est exceptionnel tout à fait de leur voir acquérir le volume du poing. Quand elles contiennent quelque chose, elles contiennent l'épiploon, parfois l'intestin, mais le plus souvent elles sont vides.

Ces hernies ne s'étranglent presque jamais, mais, en revanche, elles sont presque toujours très douloureuses et les douleurs gastralgiques qu'elles entraînent sont tout à fait hors de proportion avec le danger qu'offre la hernie. Ces douleurs gastralgiques et les vomissements qui les accompagnent parfois ont fait croire pendant longtemps que ces hernies contenaient l'estomac. Il n'en est rien, ainsi que je viens de le dire.

Les douleurs provoquées par ces hernies sont telles que la plupart des malades acceptent avec empressement l'opération qui leur est proposée. Celle-ci est des plus logiques et en même temps des plus simples. L'intestin n'habitait presque jamais ces hernies, surtout celles qui sont petites, on pourrait à la rigueur, après avoir dénudé avec soin le pédicule, le lier, le couper et oblitérer l'orifice. Mais il est plus prudent d'ouvrir le sac ou tout au moins le lipome

dans toute son étendue pour voir s'il ne contient rien. Assez fréquemment, en effet, on y trouve un bout d'épiploon, qu'il est sage de libérer, de lier, de couper et de réduire avant de traiter le sac, ainsi qu'on le fait dans toutes les hernies.

L'orifice de ces hernies étant ordinairement très petit, il suffit pour l'oblitérer de bien peu de chose; quelques fils, de préférence non résorbables, feront l'affaire. Il me paraît tout à fait inutile d'ouvrir la gaine des muscles droits, et de les suturer l'un à l'autre, ce qui est antiphysiologique, puisque normalement à ce niveau les muscles sont écartés. Si on voulait les rapprocher, il faudrait le faire depuis l'ombilic jusqu'à l'appendice xyphoïde, ce qui serait une opération très laborieuse, et pourrait amener une récurrence plus grave que l'affection première.

Les résultats ainsi obtenus sont en général très bons. Toutefois la récurrence peut se produire même après un grand nombre d'années. J'ai réopéré dernièrement un malade qui avait été opéré 13 ans avant par un de nos maîtres des hôpitaux et qui avait joui pendant une douzaine d'années du bénéfice de sa cure. Comme ce malade avait été très satisfait de sa première opération, il revenait en demander une seconde. Au cours de celle-ci je retrouvai les fils d'argent qui avaient servi à la suture. Il me fut difficile de voir si les fils avaient cédé ou coupé l'aponévrose; mais mon impression est que ce n'était ni l'un ni l'autre, et que de nouveaux pelotons adipeux avaient dilaté de nouvelles mailles. Cette récurrence était donc plutôt une nouvelle hernie. SAVARIAUD.

HERNIES INGUINALES. — Le trajet inguinal, au niveau duquel les tendons des muscles abdominaux s'écartent pour laisser passer le cordon spermatique chez l'homme, constitue chez ce dernier le point le plus faible de la paroi. D'où la fréquence excessive des hernies inguinales dans le sexe masculin. Ce qui contribue à rendre ces hernies encore plus fréquentes, c'est la présence au milieu du cordon d'un canal préformé, le *conduit séreux vagino-péritonéal* qui, chez le fœtus, fait communiquer la vaginale avec le péritoine et qui persiste souvent après la naissance. Les hernies qui s'engagent dans ce canal vagino-péritonéal, parfois très tard, à l'âge adulte, sont improprement appelées congénitales.

Je rappelle en quelques mots que le trajet inguinal est long de 3 c. 5 environ, que sa direction est oblique, de telle sorte que ses orifices ne se correspondent pas; que son orifice externe bien net est formé par l'écartement des piliers du grand oblique, réunis l'un à l'autre par des fibres arciformes. Cet orifice à l'état normal ne doit point admettre la pulpe de l'index; lorsque ce dernier s'y engage c'est que l'anneau est anormalement dilaté, ce qui ne veut pas dire qu'il y ait hernie, mais seulement prédisposition.

L'orifice profond n'existe pour ainsi dire pas, il est à peine marqué sur le bord interne du cordon par un tassement des fibres du fascia transversalis qui s'épaissit en repli falciforme, un peu en dehors des vaisseaux épigastriques. A ce niveau, le péritoine se déprime en une fossette (f. inguinale externe) qui se continue souvent par l'infundibulum de Cloquet (fig. 145) et le ligament qui lui fait suite.

La paroi antérieure plus ou moins éraillée en cas de hernie est formée par l'aponévrose du grand oblique.

La paroi postérieure très mince, sans résistance, est formée par le fascia transversalis, aponévrose amorphe et translucide — qui présente quelques renforcements insignifiants et, entre ceux-ci, des points faibles, dont l'un répond à l'orifice inguinal externe. C'est le chemin que suivent les hernies directes ou hernies de faiblesse qu'on rencontre chez le vieillard et les adultes.

La paroi inférieure est très résistante; c'est l'arcade crurale formée par les fibres, ramassées en tendon, du grand oblique. Cette paroi est en forme de gouttière à concavité supérieure. La lèvre antérieure de cette gouttière se con-

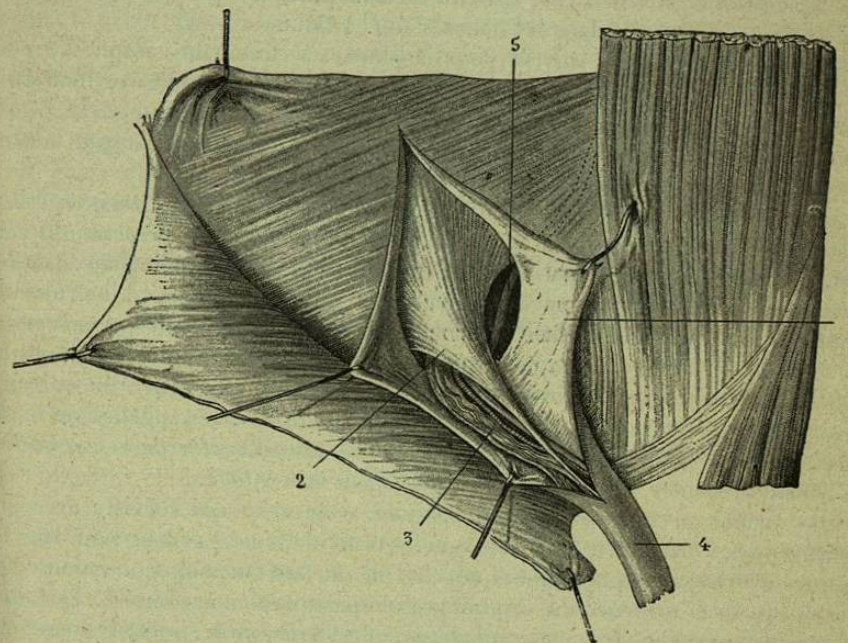


Fig. 145. — (1) Fascia transversalis incisé pour montrer les vaisseaux du cordon (5) et l'infundibulum (2) dans lequel s'engagent les hernies (Cloquet).

inue avec l'aponévrose du grand oblique. La lèvre postérieure se continue avec le fascia transversalis ou paroi postérieure.

La paroi supérieure n'existe pas, mais on trouve à ce niveau les fibres charnues du petit oblique et du transverse qui enjambent en pont le cordon spermatique d'arrière en avant et de dehors en dedans, et se continuent avec de maigres fibres tendineuses qui vont s'insérer au pubis. Les Anglais donnent le nom de tendons conjoint à ces deux tendons réunis et l'usage tend à prévaloir en France de leur conserver ce nom. C'est tout simplement le bord inférieur arciforme des muscles petit oblique et transverse.

Le contenu du trajet inguinal est formé par le cordon spermatique gros comme le petit doigt chez l'homme, et par la portion terminale épanouie du ligament rond chez la femme. Le ligament rond n'est pas plus gros qu'une allumette de bois, l'orifice externe chez la femme est tout petit et le trajet