

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-

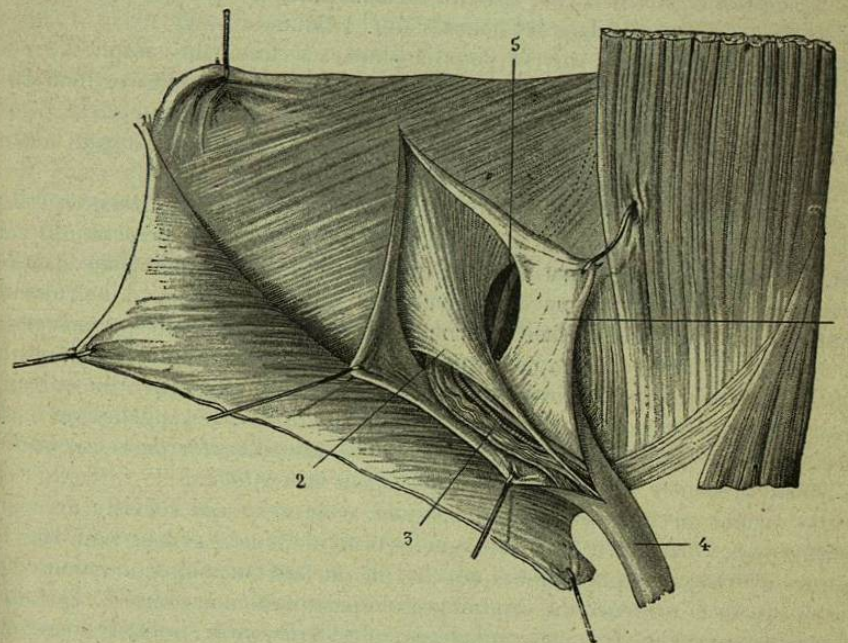


Fig. 145. — (1) Fascia transversalis incisé pour montrer les vaisseaux du-cordon (5) et l'infundibulum (2) dans lequel s'engagent les hernies (Cloquet).

tinue 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 fibres 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

inguinal n'existe pour ainsi dire pas chez elle. Aussi les hernies inguinales sont-elles beaucoup moins fréquentes dans le sexe féminin.

En traversant la région inguinale, le cordon spermatique en refoule les différents plans et s'en forme des tuniques. Ces tuniques recouvrent naturellement les hernies qui se font dans l'intérieur du cordon, c'est-à-dire les trois quarts des hernies inguinales. C'est ainsi que le fascia transversalis refoulé forme une première enveloppe fibreuse, les muscles petit oblique et transverse forment les belles fibres rouges du crémaster, très développé chez les sujets vigoureux; l'aponévrose du grand oblique se prolonge toujours plus ou moins sur le cordon et sur la hernie en leur formant une tunique peu résistante et qui se perd rapidement dans les bourses (fig. 145).

Les hernies inguinales suivent pour la plupart le trajet du cordon. Ce sont les hernies *obliques externes*. Le plus grand nombre d'entre elles se font dans l'intérieur du cordon dont on trouve les éléments dissociés à leur surface. Ces hernies du cordon ou hernies *intra-funiculaires* se font presque toutes dans le conduit *vagino-péritonéal* (hernies congénitales).

Au point de vue anatomique et opératoire, le sac de la hernie *vagino-péritonéale* est remarquable par sa *minceur*, son *adhérence* aux éléments du cordon, principalement au canal déférent qui fait saillie à sa face interne, par les *nombreux replis* en forme de valvule ou de diaphragme d'instruments d'optique que présente la face interne du sac, et enfin par les *nombreuses variétés* de ce dernier. Je rappelle que le sac peut communiquer à plein canal avec la tunique vaginale (*variété testiculaire*) ou lui être relié par un canal étroit canaliculé ou même oblitéré (*variété funiculaire*). Je rappelle que le sac herniaire peut bomber dans une hydrocèle (*hernie enkystée de la vaginale*), qu'il peut présenter des *diverticules*, qu'il peut être *bilobé*.

Une variété mérite une mention spéciale, c'est celle qui coexiste avec une *ectopie testiculaire* (v. c. m.). Lorsque le testicule n'est pas descendu dans les bourses il existe presque toujours une hernie ou tout au moins une amorce de hernie, due à la présence du conduit *vagino-péritonéal* non oblitéré. Parfois la hernie descend dans la bourse inhabitée, c'est très rare; ordinairement elle reste à l'orifice externe (*bubonocèle*); assez fréquemment enfin, l'orifice inguinal externe étant oblitéré, la hernie se fait entre les différentes couches de la paroi (*hernie interstitielle*) ou même en arrière de celle-ci (*hernie propéritonéale*).

Les hernies qui se font en dehors du cordon, se distinguent au contraire par la facilité avec laquelle on isole leur sac qui ne présente aucune adhérence. Presque toutes ces hernies sont des *hernies directes* ou bien des *hernies obliques internes*. Les premières se font entre les vaisseaux épigastriques et le repli falciforme de l'artère ombilicale oblitérée, les secondes se font entre ce repli et le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Cette division des hernies en directes et obliques n'a de raison d'être qu'au début. Au bout de très peu de temps, quelle qu'ait pu être leur direction primitive, toutes ces hernies sortent directement de l'abdomen par un orifice unique.

Les *enveloppes* de la hernie diffèrent suivant que la hernie est dans l'intérieur du cordon, ou suivant qu'elle se fait à côté de lui. Dans le premier cas,

elle est revêtue successivement par la peau, le dartos, le tissu cellulaire des bourses et les différentes tuniques et éléments du cordon, ces derniers dissociés à sa surface. Dans le second cas, au-dessous des téguments doublés du dartos, on trouve immédiatement le sac herniaire à peine revêtu de quelques couches *cellulo-fibreuses*.

En me plaçant au point de vue clinique et opératoire, j'étudierai successivement la hernie inguinale chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard, chez la femme.

I. — *Hernie chez l'enfant*. — La hernie inguinale, très fréquente chez l'enfant, existe bien rarement à la naissance. Presque toujours elle apparaît au cours des premières années sous l'influence des cris, des quintes de toux, des efforts de miction (phimosis) ou de défécation (constipation). Plus tard, après 5 ans, la fréquence diminue; bon nombre de petites hernies guérissent toutes seules. Toujours la hernie s'engage dans le canal *vagino-péritonéal*. On ne la voit guère que chez les garçons. Elle est très souvent bilatérale et coexiste assez fréquemment avec une hernie ombilicale. La hernie *vagino-péritonéale* des nouveau-nés et des enfants est *héréditaire* comme la plupart des malformations congénitales. Elle se voit surtout chez les enfants malingres, les prématurés, les rachitiques à gros ventre; chez ceux qui ont des tissus mous et relâchés; mais on l'observe aussi dans les conditions inverses.

Son *volume* est rarement considérable, sauf chez les enfants débiles dont je parlais tout à l'heure. Presque toujours cependant la hernie s'engage très vite dans les bourses.

Son *contenu* est d'ordinaire l'intestin grêle, plus rarement de l'épiploon et de l'intestin; parfois le cæcum et l'appendice. Dans le cas où elle contient le cæcum, la hernie atteint un gros volume.

Presque toujours la mère vient consulter lorsque l'affection est à son début. Elle raconte que pendant les cris de l'enfant il lui sort à la racine des bourses une petite boule qui rentre aussitôt et qui paraît douloureuse. Lorsqu'on vous amène l'enfant à ce moment, le plus souvent on ne constate rien, mais l'exploration de l'anneau montre dilaté et l'enfant venant à crier, il est ordinairement possible de constater une légère saillie qui rentre brusquement dès qu'on cherche à palpier. Le doigt engagé dans l'anneau peut sentir l'impulsion de la hernie.

Lorsque la hernie est plus volumineuse, les signes en sautent aux yeux, et on peut alors en constater tous les caractères, sonorité, réduction avec gargouillement, etc. [V. NOUVEAU-NÉ (PATHOLOGIE)].

Diagnostic. — Il est à faire avec l'ascite, l'hydrocèle banale, l'hydrocèle *vagino-péritonéale*, le kyste du cordon. Dans tous ces cas, il s'agit de tumeurs très transparentes et fluctuantes pour la plupart. L'hydrocèle banale est irréductible et bien éloignée de la région inguinale pour que le diagnostic soit difficile; l'hydrocèle *vagino-péritonéale* s'engage dans le canal inguinal, mais elle est transparente et fluctuante, plus ou moins réductible. L'ascite est facilement réductible, et il y a un épanchement dans le ventre. Le kyste du cordon est rond comme une bille, glisse entre les doigts comme un noyau de cerise et reparait aussitôt. Notons enfin qu'il peut y avoir coexistence d'une hernie avec ces différentes affections.

Le pronostic est ordinairement bénin; ces hernies ne demandant qu'à guérir toutes seules, par accolement des parois du sac, et, par suite, du développement des muscles abdominaux. Toutefois, il faut aider la nature, et le port d'un bandage, très strictement appliqué, s'impose.

Il faut savoir également que les grosses hernies des enfants malingres, les hernies mal contenues, celles qui contiennent le cæcum et l'appendice, n'ont aucune tendance à guérir, et pour celles-ci la cure radicale est indiquée.

Notons enfin que l'étranglement est rare chez les enfants et qu'il cède ordinairement à un taxis des plus modérés, quand celui-ci est pratiqué de bonne heure.

Traitement. — Je serai bref sur le traitement de la hernie inguinale chez l'enfant, ce que je viens de dire et ce que j'ai dit au chapitre du traitement des hernies en général me dispensant d'insister.

Le traitement de choix au-dessous de 5 ans est le bandage. Celui-ci, pour être curatif, doit être porté nuit et jour pendant 6 mois au moins. Il est bon de faire porter le bandage pendant très longtemps, jusqu'à l'adolescence (Kirmisson).

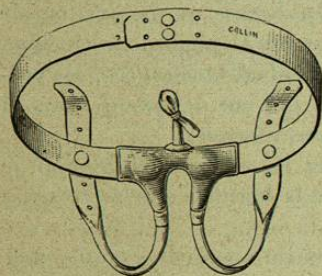


Fig. 144. — Bandage double en caoutchouc avec pelotes à air pour enfants nouveau-nés.

Pour les nouveau-nés, on prescrira toujours un bandage double, en caoutchouc et à pelotes pneumatique, avec sous-cuisses (fig. 144). A partir de 6 mois à un an, bandage à ressort, à pelote imperméable pour le garantir contre l'urine.

Au-dessus de 5 ans, le traitement de choix est la cure radicale pour les hernies qui ont résisté au traitement précédent. Mais la cure radicale est permise bien plus tôt s'il y a indication opératoire.

Enfin, l'opération s'impose, quel que soit l'âge, pour les hernies étranglées, pour celles qui continuent à croître malgré le bandage, pour celles qui sont douloureuses, pour celles qui sont compliquées d'ectopie testiculaire. Il faut savoir cependant, pour cette dernière catégorie, qu'un bandage en fourche, maintenant la hernie et refoulant les testicules dans les bourses, peut, à la rigueur, assurer la disparition de la hernie; mais il ne peut rien sur l'ectopie testiculaire.

Particularités de la cure radicale chez l'enfant. — Cette opération nécessite presque toujours l'anesthésie générale, à cause de l'indocilité des enfants. Il ne faut pas croire cependant qu'avec de la patience on ne puisse opérer à la cocaïne un enfant raisonnable. La région à anesthésier est toute petite et maigre; les différents plans anatomiques se voient admirablement; ce sont là des circonstances favorables.

L'opération est facile pour qui l'a vu exécuter un certain nombre de fois et en a saisi tous les temps. Le sac est quelquefois difficile à trouver, si on procède sans méthode. Il faut le chercher dans le canal inguinal, après section du grand oblique, et après avoir divisé les enveloppes du cordon (V. plus loin la cure radicale chez l'adulte). Le sac se voit alors, il se reconnaît à sa couleur blanchâtre. On l'ouvre, on y introduit le doigt, on le dépouille de tout ce qui

l'entoure par voie de disséction mousse, au doigt ou à la compresse. On le lie le plus haut possible et on le rêsèque.

La reconstitution de la paroi ne nécessite pas un procédé bien compliqué. Il suffit, par 3 ou 4 points, de suturer l'arcade crurale à la lèvre supérieure de l'incision inguinale (aponévrose du grand oblique, muscle petit oblique et transverse). Comme pansement, une pâte à la gélatine.

L'hémorragie est presque nulle. L'opération dure environ un quart d'heure à 20 minutes entre des mains exercées.

Les suites en sont des plus simples. La cure est presque toujours véritablement radicale. C'est donc une excellente opération. On évitera, toutefois, de la pratiquer au-dessous de 5 ans, sans nécessité, bien qu'on ait pu la pratiquer avec succès sur les tout jeunes.

II. — **Hernie chez l'adulte.** — Bon nombre des hernies qu'on voit à l'état adulte sont la continuation de hernies infantiles, mais le plus grand nombre se

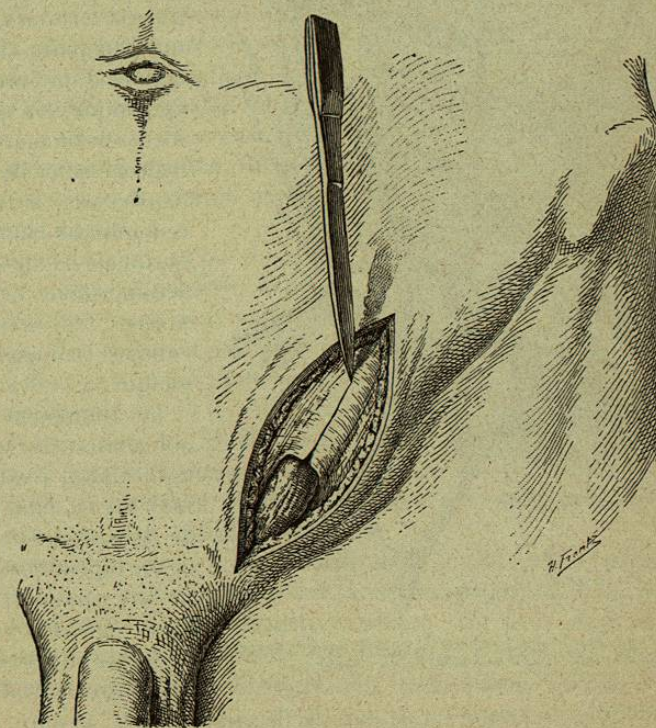


Fig. 145. — Cure radicale. La peau et les couches sous-cutanées ont été incisées. L'aponévrose du grand oblique est incisée à son tour. (Guibé.)

développent de 20 à 50 ans, sous l'influence des pénibles travaux auxquels est adonnée la classe ouvrière.

Beaucoup de ces hernies se font dans l'intérieur d'un sac vagino-péritonéal, dont l'oblitération n'était pas complète. Il s'agit donc de hernies de la variété congénitale.

Le volume de ces hernies devient vite considérable lorsqu'elles ne sont pas maintenues par un bandage. En quelques années elles parcourent la distance qui sépare l'anneau inguinal du fond des bourses.

Presque toutes contiennent à la fois de l'intestin et de l'épiploon, qu'on reconnaît par les moyens ordinaires.

Les complications sont fréquentes, accroissement continu, irréductibilité, inflammation épiploïque et surtout étranglement.

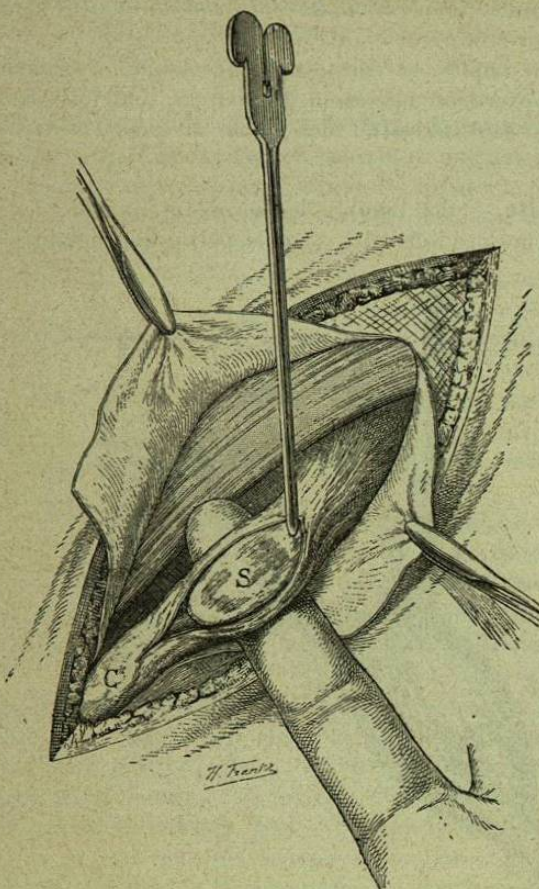


Fig. 146. — Cure radicale. Le doigt a chargé le cordon. Les enveloppes du cordon en été incisées. Isolement du sac. (Guibé.)

Réductible, la hernie est de cure facile; irréductible, sa cure, quoique un peu délicate, s'impose. Aussi est-ce l'opération chez l'adulte que je vais prendre comme type de la cure radicale.

Cure radicale chez les adultes. — Le malade aura été baigné, savonné, rasé, et la région à opérer désinfectée et recouverte d'un pansement plusieurs jours à l'avance. Un purgatif léger est utile, mais non indispensable, la veille de l'opération.

La cocaïne est à conseiller dans les cas simples; on hydrotomiser la région avec une solution à 1 pour 100, en anesthésiant toutes les couches de la paroi.

Le diagnostic ne prête à aucune confusion lorsque la tumeur est réductible. Le varicocèle s'en distingue facilement. Lorsque la hernie est devenue complètement irréductible, ce qui est fort rare, et presque toujours la conséquence d'un étranglement épiploïque, on peut confondre la tumeur avec une hydrohématocele; mais, dans ce cas, la tumeur ne remonte pas dans la région inguinale et ne s'est pas accompagnée de phénomènes péritonéaux, comme l'étranglement épiploïque.

Le traitement presque obligatoire de la hernie de l'adulte, c'est la cure radicale. Il faut se hâter de débarrasser le malade de son infirmité avant qu'il ne soit parvenu à la vieillesse, âge des complications de tout ordre et aussi des contre-indications opératoires.

Avec l'anesthésie générale, l'opération est plus rapide et plus régulière, à moins d'une grande habitude.

Incision cutanée. — Longue en moyenne de 7 centimètres, elle commence ou finit, suivant le côté, à la racine des bourses; elle est oblique en haut et en dehors, suivant la direction du canal inguinal. Elle s'écarte fortement de l'arcade.

Section de la graisse sous-cutanée et de 4 ou 5 artérioles qu'on lie immédiatement pour débarrasser des pinces la région opératoire.

Section du grand oblique dans l'axe de l'anneau inguinal, parallèlement à ses fibres et repérage de ses deux lèvres. Dissection étendue des deux lèvres du grand oblique (fig. 145).

Isolement au doigt du cordon et de la hernie d'avec les parois fibreuses du canal inguinal. Il faut ordinairement sectionner aux ciseaux quelques fibres du crémaster qui s'insèrent à la paroi inférieure. Le cordon, avec la hernie qu'il contient, est chargé sur l'index gauche (fig. 147).

Section au bistouri du crémaster et de la fibreuse commune. Étalement des éléments du cadran et reconnaissance du sac.

Ouverture du sac, qu'on reconnaît à sa couleur blanchâtre. Cette ouverture se fera entre deux pinces.

Réséction de l'épiploon par petits paquets isolés, et non pas avec des ligatures en chaîne.

Isolement du sac. — Il doit se faire d'abord dans la région où c'est le plus facile, c'est-à-dire dans la région inguinale. On introduit un ou plusieurs doigts de la main gauche dans le sac repéré avec des pinces, et on l'isole sur tout son pourtour avec les doigts ou à la compresse (le sac est d'ordinaire d'une minceur extrême). On peut alors le clamer et le sectionner entre deux pinces. On s'occupe d'abord de sa partie supérieure, et on remet à la fin de l'opération la dissection et l'enlèvement de son fond.

Ligature du sac. — Elle doit se faire aussi haut que possible, grâce à la traction exercée sur lui. Il faut lier au niveau de la graisse péritonéale, au ras de l'épigastrique. Fixation du moignon au sac à la Barker (fig. 147).

Extirpation du fond du sac. — S'obtient très facilement en tirant fortement dessus; quelquefois, il faut trancher quelques adhérences à la vaginale. Lorsque le sac communique largement avec la vaginale, le réséquer au ras du testicule ce qui évite un épanchement possible dans l'intérieur de la vaginale.

Reconstitution de la paroi. — Le procédé de choix est celui de Bassini qui

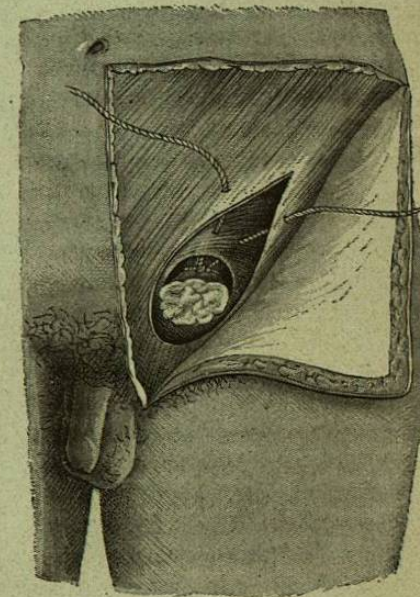


Fig. 147. — Cure radicale; suspension du sac à la Barker.

refait deux parois entre lesquelles passe obliquement le cordon : de cette façon les points faibles qui sont les orifices ne se correspondent pas (fig. 148).

Le cordon étant bien isolé, ainsi que les différentes couches de la paroi, on attire en avant le cordon dans une anse de gaze. En arrière de lui, on suture le bord inférieur des muscles, petit oblique et transverse, au bord postérieur de l'arcade crurale. On laisse le cordon revenir en place, et au-devant de lui,

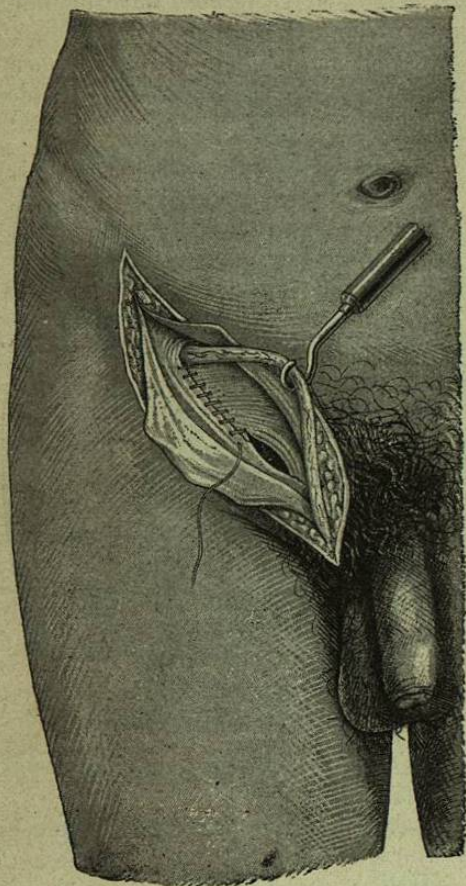


Fig. 148. — Procédé de Bassini. Reconstitution de la paroi postérieure. (Berger.)

on suture les deux lèvres du grand oblique.

Les opérateurs peu exercés feront bien de se contenter d'un seul plan de suture, mais en ayant soin d'y comprendre les muscles, petit oblique et transverse, de bien affronter l'aponévrose et d'éviter la moindre interposition de graisse sous-péritonéale entre les lèvres de la plaie.

Dans ce second procédé, on peut faire sortir le cordon soit par l'angle interne soit par l'angle externe de la plaie.

D'une façon générale, lorsqu'on emploie des fils résorbables, ce qui est toujours à conseiller, les plans de suture multiples affrontant méthodiquement tous les plans de la paroi, sont préférables à la suture en un plan unique qui laisse presque toujours des intervalles. Il faut dire pourtant que la façon d'opérer est au moins aussi importante que la méthode et plus encore.

III. — *Hernie inguinale chez le vieillard.* — La hernie est d'une fréquence extrême chez le vieillard ; 1 sur 9 dit-on en sont atteints et la longé-

vité des hernieux serait moindre que celle des autres, à cause de la mauvaise influence que la hernie et l'impotence qu'elle entraîne exercent sur l'état général, à cause aussi de l'influence néfaste qu'exercent sur la hernie les catarrhes bronchiques, les rétentions d'urine par hypertrophie de la prostate et les efforts qu'elles déterminent, toutes affections auxquelles les vieillards sont exposés.

Bon nombre de hernies chez les vieux datent de la jeunesse ou de l'âge adulte; celles qui se développent tardivement sont des hernies de faiblesse.

Elles accompagnent les ventres à triple saillie, et coexistent fréquemment avec d'autres hernies; elles sont presque toujours doubles.

Leur volume est très souvent considérable. Elles déterminent alors de l'érythème, de la gêne pour la miction. Presque toujours elles sont ou deviennent douloureuses, principalement pendant les efforts de toux.

La plupart de ces hernies sortent avec une facilité déplorable, même le sujet étant au lit. Elles sont très difficiles à maintenir par un bandage car l'orifice est trop grand, le trajet réduit à un simple orifice. Si on augmente la puissance du bandage on blesse le malade. Beaucoup de ces hernies, lorsqu'elles n'ont pas été l'objet de soins minutieux, deviennent incoercibles, ou irréductibles. C'est chez les vieillards que l'on observe l'irréductibilité par perte de droit de domicile. C'est dire que la situation de ces malades est lamentable, chaque bronchite chez eux pouvant être la cause de graves complications. Ils deviennent de véritables infirmes.

Le contenu de ces hernies n'est point indifférent. En dehors de l'épiploon et de l'intestin grêle, beaucoup contiennent le gros intestin et la vessie, ce qu'il est bon de ne pas ignorer quand on pratique chez ces malades une opération sanglante.

Le bandage est, dit-on, l'unique traitement qu'on peut proposer aux vieillards affligés de hernie (V. les généralités sur les HERNIES). Toutefois on convient que le résultat est rarement brillant et que, bien souvent, le bandage est impuissant à remplir son rôle. Ne peut-on donc rien de plus pour ces malades, et la chirurgie, qui a donné tant de preuves de sa puissance, ne peut-elle donc rien pour ces malheureux, qui ont le plus besoin de la cure radicale, parce que ce sont eux qui souffrent le plus de leur hernie?

Pour ma part, je ne crois pas qu'on doive désarmer devant l'âge des malades. Sans doute, on ne s'attaquera pas aux énormes hernies ayant depuis longtemps

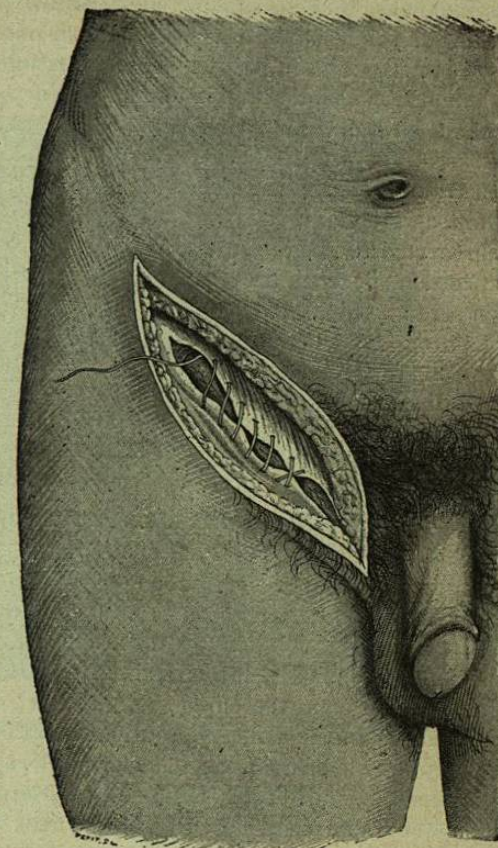


Fig. 149. — Procédé de Bassini. Reconstitution de la paroi antérieure. (Berger.)