

ticulier; le chirurgien doit seulement être sûr qu'il existe une hernie, et que cette hernie est bien étranglée; il ne la confondra pas avec un abcès, une adénite, avec une inflammation du cordon, des veines du plexus pampiniforme, du testicule en ectopie. Quelquefois ces diverses affections s'accompagnent de symptômes semblables à ceux de l'étranglement : vomissements, coliques, constipation, abattement. Il est rare que les commémoratifs de l'étude attentive de la partie malade ne permettent pas de faire le diagnostic. Dans le cas de doute persistant, il ne faut pas s'abstenir. Il sera toujours moins grave d'avoir cru à une hernie qui n'existait pas, que d'avoir méconnu la hernie qui existait réellement.

En présence d'une hernie inguinale étranglée, quelle doit donc être la conduite du chirurgien? — Si la hernie est peu volumineuse, si elle s'est étranglée au moment de sa production, si le sujet est jeune, la hernie presque entièrement formée d'intestin, à plus forte raison si l'on a des motifs de croire à une hernie congénitale, à une hernie rare compliquée d'ectopie testiculaire, dans tous ces cas, dis-je, la rapidité des lésions engendrées par l'étranglement doit faire rejeter le taxis, à moins qu'il ne soit fait immédiatement, et l'on doit procéder à l'opération avec ouverture du sac. On ne peut faire d'exception que pour les tout jeunes enfants et particulièrement pour ceux qui sont encore à la mamelle.

Au contraire, s'agit-il d'un homme déjà âgé, la hernie inguinale est-elle ancienne, les accidents remontent-ils seulement à vingt-quatre, quarante-huit heures, quelquefois même un peu plus, dans ces cas on doit tenter le taxis, qui donne vraiment d'excellents résultats dans la hernie inguinale. — La durée du taxis, l'intensité des efforts seront en raison inverse de la durée des accidents; suivant que la hernie paraîtra, à cause de son volume, de son ancienneté, de sa composition, plus ou moins bien disposée pour supporter les pressions du taxis, on aura recours au taxis simple, au taxis forcé, à la compression par la bande de caoutchouc; en général, il sera prudent de s'en tenir au taxis simple pratiqué sous le chloroforme. On favorise quelquefois la réduction en exerçant des pressions sur l'abdomen au niveau de la corde épiploïque, en plaçant le malade la tête en bas, les jambes supportées par les épaules d'un assistant. Le taxis offrira plus de chances de succès s'il est tenté après un grand bain d'une heure. — Dans les conditions indiquées plus haut, le taxis

donne de très beaux résultats. Nous empruntons au tome III des Cliniques de Gosselin la statistique suivante :

Sur 115 hernies inguinales étranglées, le taxis a été pratiqué 67 fois; il y a eu 64 guérisons, soit 95 fois pour 100, et 5 morts.

La même statistique nous indique dans quelle proportion l'opération sanglante a été jugée nécessaire : 41 fois sur 115.

Cette opération de la kélotomie inguinale doit être faite, comme nous l'avons dit, toujours avec ouverture du sac. — Nous avons montré que l'étranglement pouvait siéger loin, qu'il était en général en rapport avec l'orifice interne, que par conséquent sa demi-circonférence interne était fort voisine de l'artère épigastrique; ce voisinage dangereux doit être présent à la mémoire du chirurgien; il guidera donc le bistouri d'A. Cooper, s'il se sert de cet instrument, de manière à opérer le débridement du collet à la partie supérieure, pour être plus sûr de ne pas rencontrer d'anomalies artérielles; les débridements seront de peu d'étendue, mais multipliés suffisamment pour permettre la réduction facile de la hernie. Il vaut certainement mieux ouvrir le trajet inguinal sur toute sa longueur à découvert, avec le bistouri ordinaire ou les ciseaux, que de se servir un peu à l'aveugle du bistouri de Cooper.

CHAPITRE II

HERNIES CRURALES

Les *hernies crurales* ont pour caractère constant de sortir par l'*anneau crural*, et de venir se présenter à la partie supérieure et interne de la cuisse, au-dessous du pli de l'aîne.

Notions anatomiques. — *Anneau crural.* — *Entonnoir crural.* — La grande échancrure antérieure que présente la ceinture pelvienne pour laisser passer le psoas d'une part, les vaisseaux et nerfs cruraux d'autre part, est transformée, par l'arcade crurale ou de Fallope, en un véritable pont à deux arches principales. — Sous l'arche externe s'engage le psoas et avec lui le nerf crural; elle n'a aucun rapport avec la hernie crurale; l'arche interne nous intéresse seule; c'est à sa partie interne que se voit le véritable *anneau crural*, qu'il vaudrait mieux appeler *anneau de la hernie crurale*.

En dehors, l'arche interne est limitée par la bande aponévrotique *ilio-pectinée*, qui rattache l'arcade crurale à l'éminence ilio-pectinée.

En dedans, on trouve le repli triangulaire appelé *ligament de Gimbernat*, étendu de l'arcade crurale à la branche horizontale du pubis recouverte par le ligament pubien de Cooper.

Mais une coupe pratiquée juste à ce niveau montre que la partie externe de cette arche est occupée complètement par l'artère fémorale et plus en dedans par la veine du même nom; par contre, en dedans de cette veine, entre elle et le ligament de Gimbernat, se trouve un *espace cellulaire, facilement dépressible*, quoique voilé du côté de l'abdomen par une mince cloison, *septum crurale*. — C'est par cet espace, véritable anneau crural, que s'engagent surtout, on pourrait presque dire exclusivement, les viscères dans la hernie crurale.

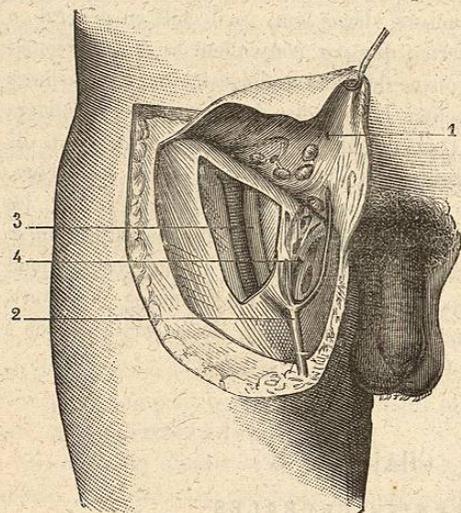


Fig. 74. — Région crurale (Bichet). — 1, *fascia superficialis* relevé; — 2, veine saphène interne; — 3, vaisseaux fémoraux; — 4, *fascia cribriformis*.

— Ils arrivent ainsi en dedans des vaisseaux dans une espèce de cavité infundibuliforme occupée par de la graisse et par les ganglions inguinaux profonds, c'est là l'*entonnoir crural du professeur Richet*; le sommet fermé de cet entonnoir répond à l'embouchure de la veine saphène interne dans la veine fémorale; la paroi antérieure est mince, percée de trous: c'est surtout le *vrai fascia cribriformis d'Hesselbach*, et l'on a dit, idée beaucoup trop théorique, que les viscères herniés passaient par ces orifices pour venir faire saillie au dehors dans la partie supérieure et interne de la cuisse, au niveau de l'angle interne du triangle de Scarpa.

I

HERNIES CRURALES RÉDUCTIBLES

Les hernies crurales réductibles, considérées au point de vue anatomique, doivent être divisées, avec Duplay, en *hernies communes* et *hernies rares ou exceptionnelles*.

Les premières suivent exactement le trajet crural; les secondes s'en écartent plus ou moins par leur origine, leur trajet ou leur terminaison.

a. *Hernie crurale commune.*

— La hernie crurale commune, d'origine récente, offre dans sa topographie quelques particularités anatomiques faciles à déduire de ce qui vient d'être dit du trajet crural.

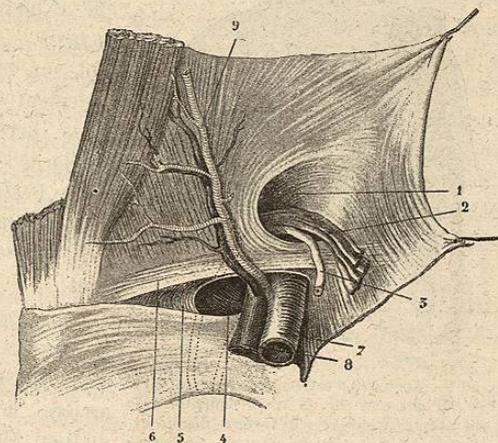


Fig. 75. — Face profonde de la région inguino-crurale dont on a détaché le péritoine (Cloquet).

1, anneau inguinal profond; — 2, vaisseaux spermaticques; — 3, canal déférent; — 4, anneau crural; — 5, ligament de Gimbernat; — 6, arcade de Fallope; — 7, artère; — 8, veine iliaque externe; — 9, vaisseaux épigastriques.

Les viscères dépriment la fossette crurale du péritoine, franchissent l'orifice supérieur de l'entonnoir entre la veine et le ligament de Gimbernat, en enfonçant la mince lame celluleuse qui ferme en haut l'infundibulum crural; ils remplissent cet infundibulum qui devient, suivant l'expression du professeur Gosselin, le *vestibule de la hernie*; à cet état nous avons affaire à la *pointe de hernie crurale* de Malgaigne. Lorsque la hernie continue à se développer, elle proémine dans la direction où elle rencontre le moins de résistance; c'est forcément en avant. Elle n'est en effet recouverte là que par la peau et le mince *fascia cribriformis*. Il est bien difficile d'admettre

avec Gosselin que la hernie va précisément passer par un des orifices de ce fascia et s'en faire un anneau accidentel. Tout le fascia est refoulé avec la hernie. Il se tasse à sa partie supérieure, se confond en s'épaississant avec l'anneau crural. — Ce refoulement par en haut du *fascia cribriformis* est d'autant plus naturel que la hernie crurale possède une tendance remarquable à remonter par sa partie terminale vers l'arcade crurale. — Cette ascension est importante

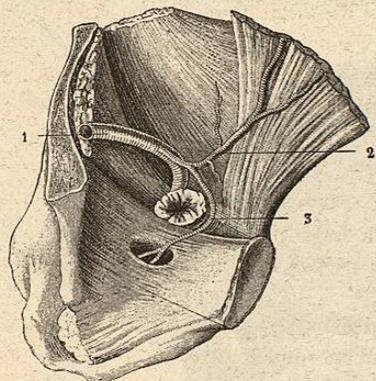


Fig. 76. — Anomalie d'origine de l'artère obturatrice (3) qui naît par un tronc commun avec l'artère épigastrique (2) de l'artère iliaque externe (1). — Cette artère avant de s'enfoncer dans le trou sous-pubien, contourne le bord interne du collet d'une hernie crurale (Henle).

à un autre point de vue : elle explique les difficultés du taxis. — Richet, en insistant sur cette disposition, a justement comparé le trajet de la hernie crurale à la courbe de l'aiguille de Cooper ou de Deschamps, la hernie se dirigeant d'abord en bas, puis en avant, puis enfin en haut.

Dans ces conditions, les enveloppes de la hernie sont ainsi constituées d'avant en arrière : la peau, les couches du tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins amincies ou multipliées, la graisse sous-

péritonéale repoussée par le sac ou l'ayant entraîné avec elle (hernie graisseuse), parfois au milieu de ces lames celluleuses un véritable kyste séreux de frottement. On a encore observé des ganglions lymphatiques, cause fréquente d'erreur.

Le péritoine, doublé d'une couche fibreuse fournie par le *septum crurale*, constitue le *sac herniaire*, dont les rapports au niveau du collet sont les suivants : en haut, l'arcade crurale avec le cordon spermatique ou le ligament rond, en dehors la veine fémorale, en arrière le pubis et l'aponévrose pectinéale, en dedans le ligament de Gimbernat, et parfois contre la face supérieure ou postérieure de ce ligament l'artère anastomotique qui unit l'obturatrice et l'épigastrique. Cette branche anastomotique a donc une importance considérable dans la thérapeutique chirurgicale de l'étranglement herniaire

crural; ses principales dispositions sont les suivantes : tantôt elle manque complètement, tantôt elle est très grêle, tantôt enfin elle présente un volume considérable.

Les deux premières dispositions se rencontrent surtout lorsque l'artère obturatrice naît directement de l'hypogastrique, ce qui a lieu dans plus de la moitié des cas (J. Cloquet, Meckel, Richet). — Mais chez beaucoup de sujets cette anastomose représente la véritable origine de l'obturatrice née de l'iliaque externe par un tronc commun avec l'épigastrique, et alors, si le tronc commun est court, l'artère se trouvera en dehors de l'entonnoir crural, tandis que, s'il est long, elle sera appliquée en dedans de cet entonnoir contre le ligament de Gimbernat.

L'anomalie vraiment dangereuse, la dernière, est relativement rare, mais elle a été rencontrée un certain nombre de fois, et il suffit qu'elle soit possible pour qu'on doive chercher autant que possible à l'éviter; nous y reviendrons à propos du traitement de l'étranglement herniaire.

Le sac incisé, que trouve-t-on dans la hernie crurale? Une petite anse intestinale complète ou bien incomplète, avec ou sans épiploon; presque toujours de l'intestin grêle, très rarement la vessie, le cœcum, l'ovaire; dans un cas, le testicule.

b. *Variétés exceptionnelles*. — *Variétés d'origine*. — On a vu l'intestin gagner l'entonnoir crural en passant en dehors de l'artère épigastrique : *hernie crurale externe* (Arnaud, Demeaux), ou bien en dedans du cordon de l'artère ombilicale (Demeaux) : *hernie crurale interne*.

Variétés de trajet. — On l'aurait vu traverser le ligament de Gimbernat : *hernie de Laugier* (Legendre, Tirman); sortir en dehors des vaisseaux fémoraux, un seul cas de Patridge.

Variétés de terminaison. — La hernie se développe sous l'aponévrose pectinéale : hernie pectinéale de J. Cloquet; le sac effilé sort par l'orifice de la veine saphène (cas de Béclard); il traverse la cloison qui le sépare de la veine et vient en avant des vaisseaux (Velpéau). Ce sont là des anomalies rares. La hernie pectinéale est la plus commune parmi ces faits exceptionnels. Loumeau (Thèse de Bordeaux, 1885) en relate 7 observations authentiques.

Variétés dans la disposition du sac. — Issue par deux orifices différents du *fascia cribriformis* ou mieux division incomplète du sac

par une oride fibreuse : *hernie bilobée ou à double sac*. — Issue par plusieurs orifices du *fascia* ou division par des brides multiples : *hernie multilobée* (Hesselbach, A. Cooper). — Coexistence d'un sac *propéritonéal* avec un sac crural (Baron, Rossander, etc.).

Étiologie. — La hernie crurale, nous l'avons déjà dit, est toujours accidentelle, jamais congénitale. On l'observe rarement avant vingt-cinq à trente ans. Elle se rencontre plus souvent chez la femme : les grossesses et surtout la première, l'accouchement, en sont les causes principales, qu'elles agissent par la distension du ventre ou par la disparition de la graisse de l'entonnoir crural, ou enfin par la production d'une hernie graisseuse qui plus tard sera suivie de la hernie intestinale.

Sa fréquence générale dans l'espèce humaine est sensiblement la suivante : 1 *hernie crurale pour 7 ou 8 inguinales*.

Chez la femme adulte, il y a à peu près autant, sinon un peu plus, de hernies crurales que de hernies inguinales; d'après Malgaigne, celles-ci seraient toujours un peu plus fréquentes.

Symptômes. — La hernie crurale réductible, *mérocèle* des anciens, se présente avec les caractères physiques suivants : c'est une tumeur plus ou moins nettement circonscrite, soulevant d'une façon variable la région normalement déprimée du triangle de Scarpa; située au-dessous du pli de l'aîne; cette saillie est généralement peu considérable; ses caractères ne peuvent être nettement perçus qu'à la palpation.

Lorsque, la main bien appuyée sur la région, on cherche avec la pulpe des doigts à circonscrire la tumeur, on reconnaît que celle-ci est peu volumineuse, marronnée, de dimensions variant du volume d'une noix à celui d'une pomme de moyen volume, de forme à peu près régulièrement sphérique, de consistance molle, quelquefois pâteuse, lorsqu'elle contient une certaine quantité d'épiploon.

La pression des doigts diminue son volume en produisant parfois un bruit de gargouillement important pour le diagnostic; lorsque cette pression est bien faite suivant la direction du pédicule de la hernie, celle-ci rentre dans l'abdomen, elle se réduit avec le même bruit de gargouillement. La toux, les efforts la font reparaitre ou augmentent son volume.

La percussion y démontre, à moins qu'il ne s'agisse d'épiplocèle pure, la présence d'une anse intestinale plus ou moins sonore.

La tumeur assez solidement fixée est peu mobile; avec un peu d'attention, il n'est pas difficile de constater l'existence d'un pédicule court, manifestement situé au-dessous de l'arcade crurale, et lorsque la hernie est réduite, le doigt introduit dans le trajet pénètre dans l'abdomen, coiffé de la peau et du sac, entre les deux vaisseaux fémoraux en dehors et le ligament de Gimbernat en dedans; il perçoit alors les battements de l'artère et l'arête tranchante du ligament.

La hernie crurale n'atteint pour ainsi dire jamais un grand volume; néanmoins, dans un cas de Tillaux, elle était grosse comme une tête d'adulte; ailleurs elle pendait jusqu'au genou (Deroubaix); mais lors même qu'elle est petite, elle détermine quelques accidents douloureux, de la gêne des mouvements du membre inférieur, parfois des coliques. La douleur s'éveille souvent pendant l'extension de la cuisse, quand le malade passe de la position assise à la position verticale. Cependant à la pression les hernies crurales sont généralement moins sensibles que les hernies inguinales.

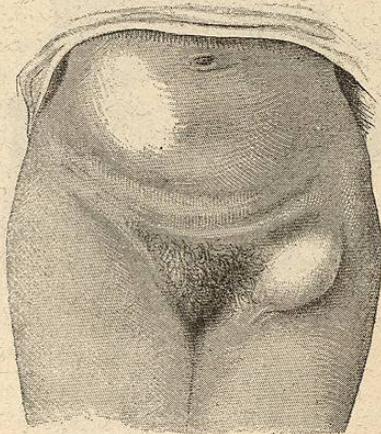


Fig. 77 — Hernie crurale gauche.

Diagnostic. — On ne peut évidemment confondre la hernie crurale *réductible* qu'avec un abcès froid, une varice veineuse ou lymphatique ou une hernie inguinale. Mais une hernie réductible est ordinairement sonore avec gargouillement. La réduction se fait avec une certaine brusquerie qui contraste avec la réduction lente et graduelle des abcès ossifluents ou des varices. Ces dernières affections s'accompagnent de lésions voisines ou éloignées qui les font reconnaître.

Étant donné qu'on a bien affaire à une hernie, on reconnaîtra que celle-ci est sûrement crurale, à ce que la plus grande partie de la tumeur et notamment son pédicule se trouvent au-dessous de

la ligne unissant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine pubienne. — L'exploration séparée et complémentaire des deux trajets crural et inguinal achèvera de faire connaître à quelle hernie on a affaire.

L'exploration indiquée plus haut montrera enfin quel est le contenu de la hernie et jusqu'à quel point ce contenu est réductible.

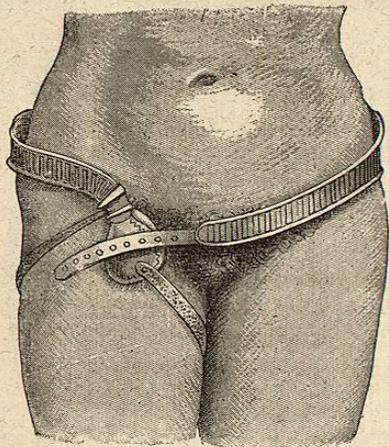


Fig. 78. — Bandage crural droit.

Il ne faudrait pas croire cependant que le diagnostic soit toujours aussi facile ; bien des petites hernies crurales et notamment celles qui sont à l'état de pointes peuvent facilement passer inaperçues.

Pronostic. — La hernie crurale réductible est une tumeur peu volumineuse, peu douloureuse, peu gênante par conséquent. Si l'on ajoute qu'elle s'observe en général chez la femme, on comprendra qu'on soit rarement consulté à moins d'accidents graves. Or en raison même du peu d'attention que lui accordent les malades et aussi à cause de la difficulté de contention par un bandage, la hernie crurale s'étrangle facilement. Le chirurgien doit prévoir cet accident au point de vue du pronostic et du traitement et par conséquent en prévenir les malades. — La hernie crurale n'a d'ailleurs pas de tendance à la guérison spontanée.

Traitement. — Toutes ces conditions doivent faire prescrire un bandage, de préférence un bandage français à pelote dirigée en bas, avec un ressort assez fort pour bien maintenir la hernie. — Le port du sous-cuisse est indispensable. — Malgré toutes ces précautions la hernie crurale est toujours difficile à maintenir réduite. On lui a appliqué assez souvent déjà, et presque toujours avec succès, la cure radicale. Pour assurer l'occlusion du trajet herniaire, il convient d'établir trois ou quatre ligatures superposées d'avant en arrière et concentriques, réunissant l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné.

(Berger). Dans le cas d'épiplocèles adhérentes, ou encore d'étranglement très serré on pourrait recourir au procédé de Ruggi qui opère la hernie crurale par une ouverture faite au trajet inguinal.

II

DES HERNIES CRURALES IRRÉDUCTIBLES

Les hernies crurales sont surtout *irréductibles par adhérences*, quelquefois probablement par hypertrophie.

Ce sont le plus ordinairement des épiplocèles à peu près pures que l'on distingue difficilement des ganglions lymphatiques ; la découverte d'un pédicule profond, bien net, permet seule souvent d'établir un diagnostic.

Le fait le plus intéressant dans l'histoire de ces hernies irréductibles, c'est l'inflammation par poussées successives à laquelle elles sont assez sujettes. Bornées le plus souvent à des phénomènes locaux, elles ne causent pas de véritable inquiétude et se calment par le repos, les bains, l'application des substances émollientes.

III

DES HERNIES CRURALES ÉTRANGLÉES

L'étranglement des hernies crurales est fréquent, presque autant en chiffres absolus que l'étranglement inguinal : 70 hernies crurales étranglées pour 75 hernies inguinales (Gosselin). Comme la hernie crurale est dans l'ensemble 7 à 8 fois moins commune que la hernie inguinale, on voit que son étranglement est inversement 7 à 8 fois plus fréquent que celui de cette dernière.

L'agent de l'étranglement est très souvent le collet du sac ; mais, bien plus que dans la hernie inguinale, les anneaux naturels ou accidentels jouent dans l'étranglement un rôle important. Les orifices ou plus simplement les brides développées aux dépens des éléments cellulaires du *fascia cribriformis* peuvent s'indurer, au point de jouer, au moins comme élément accessoire, un rôle qu'on ne peut méconnaître. Le ligament de Gimbernat, avec son bord externe particulièrement dur et tranchant, exerce surtout une action nuisible

sur l'anse intestinale engagée dans l'anneau crural. Les lésions se limitent souvent en ce point; c'est ce qui caractérise ce que l'on appelle l'étranglement par *vive arête* (Chassaignac).

Les notions anatomo-pathologiques indiquées plus haut montrent la situation profonde de ce pédicule et les points sur lesquels doit porter le débridement.

Enfin, relativement à l'anse étranglée, il est facile de comprendre, étant donné le petit volume de la hernie, que cet intestin peut n'être étranglé que sur une portion de sa circonférence; c'est dans la hernie crurale surtout que l'on observe ces pincements latéraux de l'intestin si importants à connaître et qui risquent tant de passer inaperçus. On est exposé à passer à côté d'eux sans les voir, soit en examinant les malades, parce que les phénomènes de l'étranglement sont dans ce cas particulier, moins bien caractérisés, soit pendant une opération parce que la portion d'intestin pincée est assez petite pour rester inaperçue derrière une masse épiploïque un peu volumineuse qui la dissimule.

Symptômes et Diagnostic. — Les symptômes de l'étranglement dans la hernie crurale ne sont pas toujours faciles à observer, et il est bon que le chirurgien en soit prévenu, car des symptômes peu accusés n'indiquent pas forcément un rétrécissement peu serré.

Tantôt la malade (c'est le plus souvent une femme) se présente avec tous les signes de l'étranglement : nausées, vomissements alimentaires ou fécaloïdes, constipation absolue, météorisme; elle raconte qu'elle n'a pas rendu de gaz par l'anus depuis un certain temps, et indique clairement la présence dans le triangle de Scarpa d'une tumeur qui rentrait habituellement et qui ne rentre plus.

Dans d'autres cas, elle ignore sa hernie et ne se plaint que des phénomènes généraux indiqués plus haut; c'est alors surtout qu'il faut faire une exploration attentive des trajets herniaires, et particulièrement de l'entonnoir crural, pour ne pas méconnaître dans cette région une petite tumeur, peu volumineuse, arrondie, marronnée, devenue rapidement dure, tendue, douloureuse à la pression, irréductible quoique encore molle, et dont le pédicule offre bien la situation et les caractères du pédicule de la hernie crurale.

Au milieu de la graisse cette recherche est souvent difficile, principalement chez les vieilles femmes; l'existence concomitante d'autres hernies fait souvent hésiter sur celle qui est le siège de l'étrangle-

ment; la tension, la douleur à la pression acquièrent alors une grande signification; malgré tout, il faut bien savoir que ce diagnostic est presque impossible dans quelques cas.

Reste à savoir si la hernie contient plutôt de l'épiploon que de l'intestin, question difficile et importante pourtant, puisque l'entéroccèle n'est presque jamais enflammée, tandis que l'épiplocèle l'est assez souvent : question éclairée parfois par la palpation de la tumeur, ordinairement insoluble autrement que par la marche des événements; c'est dans ces cas qu'on a surtout conseillé d'administrer le purgatif de diagnostic : jalap — scammonée, à 50 centigrammes.

Étant donnée l'innocuité de l'opération grâce aux pansements actuels, nous préférons beaucoup, dans le doute, l'intervention rapide.

Quelques erreurs peuvent encore être commises relativement à la nature de la tumeur; on a vu des adénites profondes de l'aîne présenter les phénomènes de l'étranglement; cette particularité s'observe surtout lorsque l'inflammation occupe le ganglion lymphatique ordinairement placé à l'orifice de l'entonnoir crural contre le ligament de Gimbernat. Ici encore il ne faut jamais s'abstenir si l'on doute.

La hernie étranglée abandonnée à elle-même peut se réduire spontanément et guérir; cette heureuse terminaison est bien rare. Elle ne se produit que lorsqu'il y a une bonne part des accidents imputables à l'inflammation; elle peut se réduire avec perforation intestinale, péritonite suraiguë et mort rapide; il peut encore se faire une ouverture dans le sac, et un anus contre-nature; enfin la mort survient quelquefois du fait des symptômes cholériques de l'étranglement.

Il faut donc toujours intervenir et intervenir rapidement. Pendant les deux premiers jours, Gosselin conseille d'essayer pendant dix à quinze minutes le taxis au chloroforme, puis d'opérer; au troisième jour, très peu de taxis, opérer immédiatement et se comporter vis-à-vis de l'intestin suivant la gravité des lésions rencontrées. La part du taxis dans ces recommandations nous paraît trop belle. Cette manœuvre réussit rarement ici, et elle n'est jamais sans danger. Il faut surtout retenir de ces préceptes, que la hernie crurale étranglée ne doit pas être abandonnée à elle-même un seul moment. Si un taxis modéré pratiqué sous le chloroforme ne la réduit pas, on devra, la hernie n'eût-elle qu'une heure d'existence, pratiquer la kélotomie. L'ouverture du sac est de règle, et, il faut bien le reconnaître, cette

pratique seule permet de juger s'il existe ou non des lésions de l'intestin ; elles se produisent d'une façon quelquefois si rapide que rien ne permet de préjuger dans un sens ou dans l'autre. Quant au débridement, bien que la lésion des artères n'ait guère été observée d'après Gosselin, il faudra, pour éviter les écueils que nous avons signalés, débrider en bas et en dedans sur le ligament de Cooper, ou bien un peu en haut ; on se trouvera donc bien de petits débridements multiples. L'application des procédés de cure radicale est ici facile et parfaitement de mise, d'autant plus que la hernie crurale a fourni à cette méthode ses plus beaux résultats.

IV

COEXISTENCE DES HERNIES INGUINALE ET CRURALE

Très souvent la hernie inguinale s'accompagne d'une hernie crurale siégeant du côté opposé ; le plus fréquemment la hernie inguinale siége à droite et la crurale à gauche. Cette double infirmité, observée par Berger 111 fois chez l'homme, 70 fois chez la femme, offre de réelles difficultés à la contention, la traction de la pelote inguinale attirant en haut la pelote crurale.

Mais il arrive également que ces deux variétés de hernies coexistent du même côté (224 cas de Berger). Cette coexistence est unilatérale, ou bilatérale, plus fréquente également chez l'homme que chez la femme.

Les deux variétés de hernies peuvent être absolument distinctes l'une de l'autre : il existe alors deux tumeurs distinctes, le plus souvent de volume moyen. Mais très souvent les deux hernies paraissent se souder et se fondent en une saillie bilobée, occupant toute la région de l'arcade crurale, et déprimée au niveau de ce ligament fibreux.

De pareilles hernies ne sont guère justiciables que du traitement palliatif par les bandages, d'autant plus que la flaccidité des orifices herniaires rend ici les complications peu fréquentes.

CHAPITRE III

HERNIES OMBILICALES

La hernie ombilicale est une tumeur de la région ombilicale contenant dans son intérieur un ou plusieurs viscères de l'abdomen ; on l'appelle encore exomphale, omphalocèle.

C'est avec intention que l'on base cette définition sur la région occupée par la tumeur et non sur le trajet qu'elle suit. Ce trajet, chez l'adulte au moins, a donné lieu à de nombreuses discussions : les uns pensant que la hernie était presque toujours *parombilicale* (J.-L. Petit, Richter, Scarpa), les autres (et c'est l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui) admettant que dans la majorité des cas les viscères herniés passent bien par la cicatrice ombilicale.

Notions anatomiques et embryogéniques. — 1° Dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine, l'embryon humain se nourrit et s'accroît principalement aux dépens d'organes accessoires situés en dehors de ce qui sera plus tard la cavité abdominale : vésicule ombilicale, vésicule allantoïde, circulation vitello-allantoïdienne.

Les parois abdominales incomplètement développées limitent entre elles un vaste orifice par lequel s'échappent une partie des viscères de la cavité et le pédicule des vésicules ombilicale et allantoïde.

2° A partir du troisième mois, les parois sont suffisamment rapprochées pour ne plus former qu'un anneau, l'anneau ombilical, par lequel sort le cordon ombilical ; la cavité abdominale est assez développée pour contenir normalement les viscères.

3° A la naissance, et pendant que s'opère la cicatrisation du cordon, l'orifice ombilical se trouve dans des conditions de faiblesse spéciale. Cette période du développement a aussi ses hernies ombilicales particulières ;

4° Enfin l'anneau est constitué définitivement ; on y trouve une cicatrice cutanée, froncée, plus ou moins cachée dans une dépression de la paroi abdominale et présentant le plus souvent deux plis : l'un inférieur, plus grand, à concavité dirigée en haut ; l'autre supérieur, plus petit, inclus dans le premier, à concavité dirigée en sens inverse.

Au-dessous, se voit dans l'aponévrose de la ligne blanche un orifice dont le contour semble formé par des fibres entre-croisées.