

hors que l'anneau inguinal ; que le premier est limité en dehors par l'artère crurale, en haut par le ligament de Fallope, en bas par le pubis ; que l'anneau inguinal est limité par les deux piliers et qu'il n'a pas d'artère à son côté externe. Voici la manière de reconnaître les deux anneaux : pour l'anneau crural, on porte la pulpe de l'indicateur au-dessous du pli de l'aine, en dedans de l'artère crurale, de façon à sentir les battements de ce vaisseau au côté externe du doigt, et en enfonçant ce dernier de façon à l'appuyer en arrière sur le pubis, en haut sur le ligament de Fallope. Pour l'anneau inguinal, on le reconnaît chez l'homme, en suivant le cordon spermatique ; chez la femme, on cherche l'épine du pubis, l'anneau est au-dessus et en dedans de cette épine.

Si donc on a affaire à une hernie de l'aine *réductible*, on commence par faire rentrer la hernie, et ensuite à reconnaître quel est l'anneau qui a servi de passage aux viscères. Si la hernie se réduisait trop rapidement pour qu'il fût possible de distinguer l'anneau par lequel les viscères sont rentrés, on chercherait à déterminer l'un des anneaux et on maintiendrait le doigt appliqué sur lui, pendant qu'on commanderait au sujet d'exercer des efforts. Si la hernie ne ressort pas, elle est d'espèce correspondant à l'anneau que le doigt comprime.

Supposons maintenant une hernie de l'aine *irréductible*, placée à cheval sur le ligament de Fallope qui ne peut être senti, et soulevant la peau de la région de façon à empêcher le doigt d'arriver directement sur les anneaux. On cherche alors à refouler fortement la peau par-dessous la partie supérieure et interne de la hernie, afin de trouver l'épine du pubis. Une fois arrivé sur cette épine, on juge si l'anneau inguinal est libre ou occupé par un pédicule dur et épais, c'est-à-dire par une hernie. En refoulant ensuite la peau au-dessous de la partie inférieure et moyenne de la tumeur, on peut arriver à l'anneau crural, et déterminer si cet anneau est libre ou s'il contient une hernie.

Dans quelques cas, l'anneau inguinal est tellement éraillé, que le doigt qui y plonge arrive à sentir en dehors les battements de l'artère iliaque externe, et d'un autre côté le ligament de Fallope peut être assez relâché pour qu'il permette au doigt d'arriver sur le pubis ; l'anneau inguinal présente alors tous les caractères de l'anneau crural, et on peut croire à l'existence d'une hernie crurale, bien que la hernie soit en réalité inguinale. Mais, dans ce cas, l'anneau inguinal présente une largeur insolite ; en explorant son extrémité interne, on arrive directement sur l'épine du pubis, tandis qu'à son extrémité externe la plus reculée, le ligament de Fallope résiste au doigt et ne permet plus d'arriver au contact du pubis (Malgaigne).

Il arrive parfois que, chez les femmes dont le ventre est fortement dilaté par des couches nombreuses, il existe des hernies *inguinales interstitielles* déprimant tellement le ligament de Fallope que l'impulsion se transmet au doigt placé au-dessous de ce ligament, de façon qu'on croirait à l'existence d'une hernie crurale. D'un autre côté, il y a des hernies *crurales* qui soulèvent tellement le ligament de Fallope, qu'elles font une saillie sensible au-dessus de ce ligament quand on leur ferme le passage par l'anneau crural,

et que l'on peut supposer la hernie inguinale. Pour résoudre la difficulté, placez le pouce en travers du canal inguinal, en relevant le plus possible l'aponévrose du grand oblique et le ligament de Fallope, de façon à fermer absolument l'anneau inguinal *interne*, en laissant l'anneau *crural* libre. Faites alors tousser le malade : si la hernie est *inguinale*, les viscères ne s'échappent pas au dehors, et un autre doigt placé au-dessous de l'anneau crural ne sentira pas d'impulsion. Si la hernie est *crurale*, le doigt est au contraire repoussé et le canal crural se dilate sous la pression de la hernie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES HERNIES CRURALES ET DES TUMEURS DU PLI DE L'AINE. La hernie crurale peut être confondue avec une adénite, un abcès par congestion, des varices de la veine saphène.

Adénite inguinale. Elle ressemble à l'épiplocèle crurale irréductible. On s'aidera des commémoratifs, et on aura égard à la forme, à la consistance et à la mobilité de la tumeur. L'adénite est plus aplatie d'avant en arrière, plus dure, plus mobile dans le sens latéral. Il faut cependant reconnaître que l'épiplocèle enflammée est difficile à distinguer d'un bubon. Si une adénite crurale enflammée donnait lieu à des vomissements sympathiques, l'erreur serait encore plus facile à commettre. Dans les deux derniers cas, l'opération serait indiquée ; elle serait rationnelle s'il existait une hernie, et n'aggraverait pas la situation du malade si c'était une adénite.

Abcès par congestion. Lorsque cet abcès se montre à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, il simule une hernie crurale, parce que la collection purulente communique une impulsion au doigt pendant les efforts de toux ; qu'on diminue le volume de la tumeur par une compression continue. Mais l'abcès est fluctuant ; son apparition est précédée de douleurs sur un point de la colonne vertébrale ; il est moins complètement réductible que la hernie.

Varices de la veine saphène interne. La peau qui recouvre la varice est de couleur bleuâtre ; la veine présente souvent des dilatations dans d'autres points ; la varice fournit quelquefois au doigt, pendant les secousses de la toux, une sensation de bruissement marqué. Si, après avoir réduit la tumeur variqueuse par une pression exercée sur elle, on applique fortement le doigt sur l'orifice inférieur du canal crural, la tumeur reparait au-dessous de l'endroit comprimé, ce qui n'arrive pas dans la hernie crurale.

Accidents. Les hernies crurales deviennent souvent irréductibles par la formation d'adhérences. Elles sont rarement atteintes d'engouement. L'étranglement est en général causé par le ligament de Gimbernat et exceptionnellement par l'ouverture du *fascia cribriformis*. Ce qui démontre cette proposition, en désaccord avec les idées généralement reçues aujourd'hui sur le siège de l'étranglement, c'est que le débridement de l'anneau crural est presque toujours nécessaire pour faire rentrer la hernie.

Pronostic. Il est plus grave que celui de la hernie inguinale, parce que la hernie crurale est plus difficile à maintenir, que la guérison radicale en est rare.

Traitement. Pour opérer la réduction, on fait coucher le malade sur le dos, la tête et la partie supérieure du tronc fléchies sur le bassin, les cuisses

fléchies sur ce dernier. Si la hernie est interstitielle, on la repousse de bas en haut et un peu de dedans en dehors; si elle est complète, on refoule d'abord la tumeur de haut en bas, puis d'avant en arrière, puis enfin de bas en haut, de façon à lui faire parcourir un chemin inverse de celui qu'elle a suivi en sortant de l'abdomen.

La contention est difficile, parce que la pelote devrait porter son action sur l'anneau crural de bas en haut. Pouillien, bandagiste de Paris, a présenté à la Société de chirurgie un bandage fait d'après les indications de L. Boyer : d'une pelote postérieure que l'on applique sur le sacrum, se

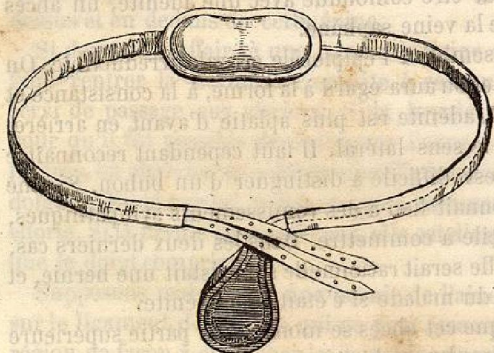


Fig. 245.

détachent deux ressorts exactement moulés sur la circonférence du bassin et passant horizontalement entre la saillie formée par le grand trochanter et la crête de l'os des îles. Les deux ressorts sont réunis en avant, au moyen d'une ou de deux courroies d'attache, qui complètent une ceinture horizontale placée à l'abri de l'action de tous les mouvements du membre et du tronc lui-même. De l'un des ressorts se détache, à angle droit, le collet de la pelote dirigée verticalement en bas. La pelote agit donc de bas en haut et d'avant en arrière sur l'orifice supérieur du triangle crural, entre les muscles adducteurs et le droit antérieur de la cuisse, dont elle évite l'action en même temps qu'elle se trouve à l'abri du soulèvement produit par la flexion du membre. On peut se passer de sous-cuisse. En cas de hernie double, on peut terminer l'appareil par deux pelotes.

Opération de la hernie étranglée. Le sac est mis à découvert par une incision simple, en croix ou en T, suivant le volume de la tumeur. Celle-ci étant superficielle, on divisera avec précaution les diverses couches de la hernie. Il est arrivé à quelques chirurgiens de prendre le fascia propria pour le sac et de considérer comme une portion d'épiploon le tissu adipeux qui double le sac lui-même. On s'expose alors à débrider en dehors du sac et de laisser subsister l'étranglement.

Débridement. Si l'étranglement siège au niveau de l'ouverture du fascia cribriformis qui donne passage à la veine saphène interne, on fera le débridement sur la *demi-circonférence supérieure* de l'ouverture aponévrotique, pour ne pas léser la veine. Si c'est à l'anneau crural que siège la constriction, la question du sens à donner au débridement est moins simple. Si on débride directement *en haut*, sur l'arcade crurale, comme le voulait Pott, on risque de léser les vaisseaux spermatiques (voy. fig. 243, p. 698 et 244, p. 701). Il résulte des recherches de Scarpa, qu'il suffit d'une incision verticale de 4 à 6 millimètres de profondeur pour entamer le cordon spermatique. Le

débridement *en haut et en dehors*, recommandé par Dupuytren, a un autre inconvénient, celui d'exposer à la lésion de l'artère épigastrique (fig. 243 et 244). Le débridement *en dedans*, c'est-à-dire sur le ligament de Gimbernat, a été préconisé par Scarpa, Boyer, Lawrence. Lorsque l'artère obturatrice naît de l'hypogastrique, il n'y a pas de lésion vasculaire à redouter en débridant le ligament de Gimbernat. Mais si, par le fait d'une anomalie assez commune, l'obturatrice naît de l'épigastrique (fig. 244, p. 701), on peut craindre de couper la première en débridant sur ce ligament. Scarpa recommande de couper ce dernier obliquement de haut en bas, parallèlement au ligament de Fallope, en se servant d'un bistouri, droit, très-convexe sur le tranchant. Ce qui rend la lésion de l'artère obturatrice, en cas d'anomalie, moins commune qu'on ne pourrait le penser, c'est que l'artère étant mobile fuit devant le tranchant de l'instrument, tandis que le ligament de Gimbernat résiste par sa tension. En pratiquant plusieurs petites incisions (*débridement multiple*) sur le ligament de Gimbernat, au lieu d'une seule plus étendue, on se met mieux à l'abri de la lésion de l'artère. S'il survenait une hémorragie, on imiterait la conduite de Boyer qui, dans un cas semblable, tamponna la plaie, en y introduisant le milieu d'un linge fin qu'il remplit de charpie, de façon à exercer une compression suffisante.

ARTICLE III.

Hernies ombilicales.

On désigne sous le nom de hernies ombilicales, *omphalocèles*, *exomphales*, des hernies qui se font par l'anneau ombilical ou dans le voisinage de cette ouverture. Ces sortes de hernies ne présentant pas les mêmes caractères aux divers âges de la vie, il convient de les étudier successivement chez le *nouveau-né*, les *petits-enfants* et les *adultes*.

I. HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES.

Anatomie pathologique. Les viscères de la hernie sont renfermés dans la base élargie du cordon ombilical. Si on dissèque la tumeur, on trouve de dehors en dedans les couches suivantes : la membrane externe du cordon remplacée par la peau à la base de la hernie, la gélatine de Wharton, le sac herniaire formé par un mince prolongement du péritoine. Les vaisseaux ombilicaux sont situés entre le sac herniaire et la membrane externe de la tumeur : en général la veine ombilicale est en haut, les artères ombilicales sont sur chaque côté, quelquefois du même côté, ou bien encore le cordon tout entier est rejeté sur un côté de la tumeur. Les parties contenues dans la hernie peuvent être aperçues à travers la transparence du péritoine et de la gélatine de Wharton. Ce sont communément une anse d'intestin grêle, quelquefois une portion du côlon, une partie du foie. L'anneau ombilical est dilaté, la ligne blanche élargie, les muscles grands droits antérieurs de l'abdomen plus ou moins écartés. Ces dernières lésions sont plus ou