

1^o Hernie inguinale commune. (*Oblique externe.*)

Cette espèce de hernie est caractérisée par ses rapports anatomiques. Elle se fait par toute la longueur du canal inguinal, et lorsqu'elle est complète, elle arrive au fond du scrotum. Son pédicule est toujours placé en dehors de l'artère épigastrique. Les deux variétés qu'elle présente diffèrent suffisamment pour que nous croyions devoir les décrire séparément. Nous avons déjà vu que ces variétés sont : la hernie inguinale congénitale et la hernie inguinale accidentelle.

A. *Hernie inguinale congénitale.*

Nous avons dit que cette hernie se montre surtout au moment où le testicule descend dans les bourses, et souvent aussi, plus tard.

Tantôt la hernie arrive brusquement au fond des bourses jusqu'au testicule : c'est ce que Malgaigne appelait une *hernie à canal ouvert* ; le sac est formé par la tunique vaginale elle-même. Tantôt la portion inférieure du canal vagino-péritonéal est oblitérée et l'intestin, cédant aux efforts, refoule insensiblement le point rétréci du canal ou le dilate jusqu'à ce qu'il arrive au testicule, dont il peut être séparé par une sorte de diaphragme. Cette hernie affecte, au niveau du cordon, les mêmes rapports que le canal vagino-péritonéal.

Elle présente tous les symptômes de l'autre variété.

Nous verrons qu'elle offre certaines indications pour le traitement.

B. *Hernie inguinale accidentelle.*

C'est là la variété la plus commune, c'est le type que prennent les auteurs pour décrire la hernie inguinale.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Nous ne répèterons pas ce que nous avons dit aux généralités sur le sac et les viscères herniés.

Premier degré. — Dans un premier degré, l'intestin dilate légèrement l'ouverture péritonéale du canal inguinal, il augmente les dimensions de la fossette inguinale externe : voilà la *pointe de hernie*.

Deuxième degré. — Les efforts continuent à pousser l'intestin ; celui-ci s'engage dans le canal inguinal, il refoule en avant l'aponévrose du grand oblique, en arrière le fascia transversalis et en bas le cordon spermatique. Pour comprendre ce dernier rapport, il suffit de se rappeler que l'intestin pénètre dans le canal de haut en bas et d'arrière en avant, en se coiffant du péritoine pariétal, tandis que les vaisseaux spermatiques et le canal déférent se portent en arrière, au-dessous du péritoine de la fosse iliaque. Ce degré constitue la *hernie inguino-interstitielle*.

A ce moment, la hernie a un corps dans le canal inguinal, et un pédicule au niveau de l'anneau sous-péritonéal.

Il peut arriver que cette hernie dissèque les muscles abdominaux et forme une tumeur considérable dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen, sans sortir par l'orifice cutané.

Troisième degré. — L'intestin, toujours recouvert par le péritoine pariétal qui lui forme une enveloppe, sort par l'orifice cutané, où il se recouvre d'une nouvelle couche celluleuse, l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique. A ce moment, l'intestin est recouvert par quatre couches : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique, le péritoine ou sac. Le cordon spermatique est toujours au-dessous et en arrière. C'est à ce degré que la hernie inguinale constitue le *bubonocèle*.

Quatrième degré. — Enfin, la hernie augmente et l'intestin, suivant la direction du cordon spermatique, arrive dans le scrotum, où il occupe une cavité distincte de la tunique vaginale et placée au-dessus et au-devant de cette tunique. Il y a donc alors dans les bourses une cavité close, la tunique vaginale et un sac herniaire contenant l'intestin et presque toujours aussi l'épiploon. A ce moment l'intestin est recouvert par quatre couches comme précédemment : la peau, le dartos, la tunique celluleuse et le péritoine ou sac. Ce degré constitue l'*oschéocèle*.

Ces divers degrés se succèdent lentement ou très-rapidement, selon les cas.

La description précédente s'applique à la *hernie récente*. La *hernie ancienne* subit certaines modifications : ainsi, les couches qui la recouvrent adhèrent entre elles, s'hypertrophient, se chargent de graisse ; la longueur du canal inguinal est diminuée par suite des tractions qu'exercent la hernie ; les éléments du cordon sont dissociés, au lieu d'occuper exactement la partie inférieure et postérieure.

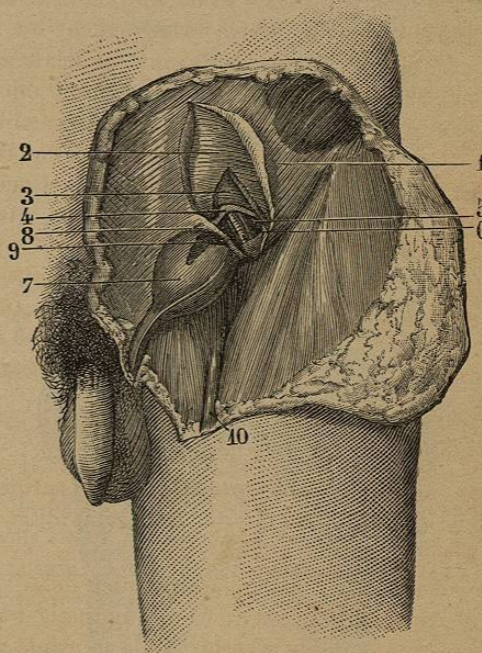


FIG. 29. — Hernie inguinale.

1. Grand oblique. — 2. Petit oblique. — 3. Transverse. — 4. Fascia transversalis se continuant sur la hernie. — 5. Péritoine. — 6. Artère épigastrique. — 7. Fascia transversalis recouvrant la hernie. — 8. Anneau inguinal externe. — 9. Le fascia transversalis enveloppant la hernie est ouvert et laisse voir le sac. — 10. Saphène interne.

Nous savons que des organes, autres que l'intestin et l'épiploon, peuvent se rencontrer dans la hernie inguinale.

Symptômes. — Il existe au-dessus de l'arcade crurale et dans le scrotum une tumeur piriforme, à grosse extrémité située dans le scrotum. La pointe de cette tumeur se perd dans le canal inguinal; elle décrit une légère courbe à convexité supérieure. Cette tumeur présente tous les symptômes physiques et fonctionnels que nous avons décrits avec les hernies en général.

Causes. — Nous les avons indiquées dans les généralités. Mentionnons ici tout particulièrement la présence du canal vagino-péritonéal. Les hernies inguinales sont seize fois plus fréquentes que toutes les autres, et quatre fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, d'après Malgaigne.

Diagnostic. — 1^o On peut méconnaître une pointe de hernie, mais on ne la confond pas avec une autre lésion. Il suffit d'introduire le doigt aussi profondément que possible dans l'anneau inguinal externe, en re-foulant les téguments, et de faire tousser le malade, pour constater sa présence.

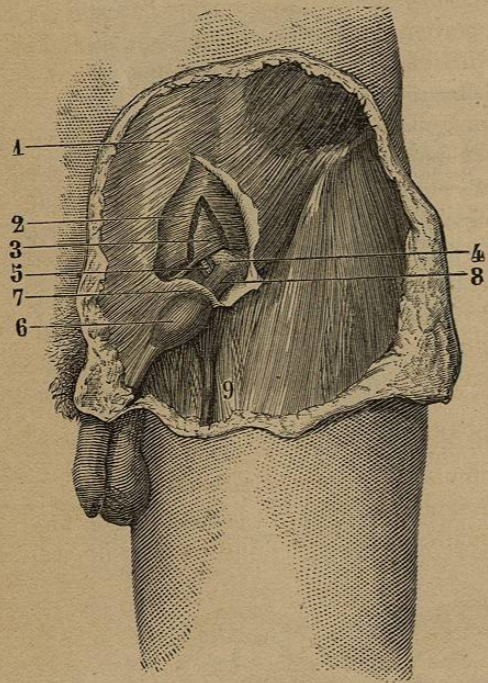


FIG. 30. — Hernie inguinale.

1. Grand oblique. — 2. Petit oblique. — 3. Transverse. — 4. Anneau inguinal interne dilaté par l'intestin. — 5. Artère épigastrique. — 6. Corps de la hernie. — 7. Anneau inguinal. — 8. Anse herniée recouverte par le fascia transversalis entraîné. — 9. Saphène interne.

2^o Certaines hernies interstitielles irréductibles peuvent présenter des difficultés et faire croire à des tumeurs molles, abcès, lipomes; il faut, dans ces cas, explorer bien attentivement les malades.

3^o La réductibilité et les autres symptômes propres aux hernies ne permettent pas de méconnaître une hernie simple et complète. Cependant il est des circonstances dans lesquelles on peut se trouver embarrassé. Les auteurs établissent le diagnostic différentiel entre la hernie inguinale et l'hydrocèle de la tunique vaginale, l'hydrocèle enkystée du cordon, la funiculite, l'adénite, les abcès par congestion du pli de l'aîne, les tumeurs graisseuses.

1. L'hydrocèle de la tunique vaginale est irréductible, et, si elle est congénitale, la transparence de la tumeur et l'absence du bruit de gargouillement au moment de la réduction ne laisseront pas longtemps dans le doute. Le canal inguinal est le plus souvent libre. — 2. L'hydrocèle enkystée du cordon est irréductible, transparente et à développement très-lent. — 3. La funiculite, inflammation du cordon, qu'elle soit aiguë ou chronique, qu'elle occupe la portion du cordon contenue dans les bourses ou celle qui se trouve dans le canal inguinal, s'accompagne de douleurs spontanées et à la pression; elle n'est pas réductible et accompagne certaines lésions du testicule, très-souvent les tubercules de cet organe. — 4. L'adénite ne pourrait être confondue qu'avec la hernie étranglée; il suffit, pour éviter l'erreur, d'avoir présents à l'esprit les symptômes de l'adénite. Il faut, en cas de doute, explorer attentivement les organes génitaux et l'anus, l'adénite inguinale étant la plupart du temps consécutive à une lésion de ces parties. — 5. Les abcès par congestion sont réductibles, mais ils sont situés au-dessous de l'arcade crurale, dans la cuisse; ils ne se portent jamais vers le scrotum. — 6. Les tumeurs graisseuses sont irréductibles, opaques, mais elles simulent quelquefois, à s'y méprendre, la hernie inguinale.

4^o Nous verrons plus tard comment on distingue une hernie inguinale d'une hernie crurale, et la variété oblique externe des hernies directe et oblique interne. En ce moment, nous ne pouvons établir le diagnostic qu'entre la hernie oblique externe congénitale et la hernie oblique externe accidentelle.

Ce diagnostic est fixé par le début de la tumeur, par son volume et par ses rapports. En effet, la hernie congénitale se montre presque toujours rapidement, sous l'influence d'un effort; elle acquiert promptement des proportions considérables, et il arrive fréquemment que son fond est situé plus bas que le testicule.

Traitement. — Autrefois, on tentait la cure radicale de la hernie inguinale. Aujourd'hui on se contente du *traitement palliatif*.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit, en parlant des hernies en général, sur les bandages herniaires et sur les conditions qu'ils doivent remplir.

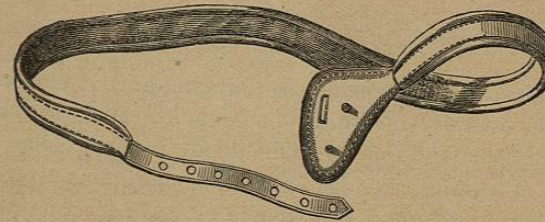


FIG. 31 — Bandage inguinal à pelote triangulaire.

On contient la hernie par un bandage dit inguinal. La pelote du bandage présente diverses formes; la pelote ovale convient aux hernies

interstitielles et aux bubonocèles; la pelote triangulaire, représentée dans la figure ci-dessus, est préférable pour l'oschéocèle; elle s'applique mieux sur le canal inguinal.

Le corps du bandage peut être à *pression molle, élastique ou rigide*.

On n'emploie plus les bandages à pression molle formés par un système de courroies reliées à la pelote.

La plupart des bandages sont élastiques, les uns métalliques, les autres en caoutchouc.

Récemment, un de nos premiers maîtres en anatomie, chirurgien herniaire distingué, M. Dupré, a imaginé un nouveau bandage dit à *pression rigide*. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas de donner une description détaillée de ce bandage, qui nous paraît supérieur à la plupart de ceux qui sont employés. Disons seulement que le malade et le chirurgien peuvent à volonté augmenter ou diminuer le degré de compression du bandage, ce dont on peut juger par les figures suivantes qui représentent un bandage inguinal double. La figure 32 représente le squelette métallique du bandage qu'on voit complet dans la fig. 33



FIG. 32. — Tige rigide du bandage de M. Dupré.

Complications. — La hernie inguinale peut présenter tous les accidents dont nous avons parlé avec les hernies en général. Nous n'avons rien à en dire de particulier, si ce n'est au point de vue de l'opération de la hernie étranglée.

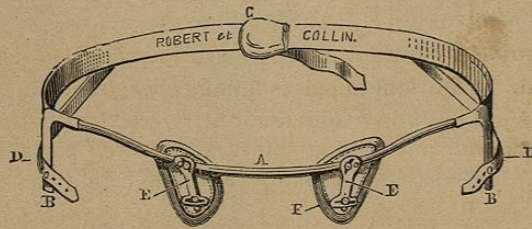


FIG. 33. — Bandage inguinal double de M. Dupré.

L'opération de la hernie étranglée se fait comme il a été dit page 120. Lorsque le sac est ouvert, l'indicateur gauche est porté vers le lieu de l'étranglement, pendant que la main droite porte la lame du bistouri entre le collet et le doigt, avec les précautions que nous avons indiquées. On doit débrider en dehors pour éviter la blessure des vaisseaux.

Dans presque tous les cas, le collet de la hernie est l'agent de l'étranglement, et celui-ci se fait de préférence au niveau de l'orifice péritonéal du canal inguinal.

2^o Hernie inguinale interne ou directe.

Nous avons vu que cette espèce de hernie se fait directement d'arrière en avant. L'intestin refoule le fascia transversalis et sort par l'orifice cutané pour former une tumeur globuleuse qui s'enfonce rarement dans les bourses.

Lorsque cette hernie est constituée, elle a un pédicule plus court que celui de la hernie oblique externe; l'artère épigastrique occupe le côté externe du pédicule. La tumeur est recouverte par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique et le fascia transversalis. Le cordon spermatique occupe son côté externe.

On la distingue facilement de la hernie oblique externe, lorsqu'elle est récente.

3^o Hernie inguinale sus-pubienne ou oblique interne.

Cette espèce a été très-rarement observée. Les caractères qu'on lui assigne sont ceux de la hernie inguinale interne ou directe; seulement la tumeur est plus petite.

Hernie inguinale chez la femme.

Cette hernie est assez rare chez la femme. Elle se porte dans la grande lèvre. Elle peut être congénitale ou accidentelle.

II. — HERNIES CRURALES.

Les hernies qui se produisent au-dessous de l'arcade crurale, à la partie interne du pli de l'aîne, sont appelées *hernies crurales*.

Anneau et canal crural. — Il existe en arrière de l'arcade crurale, en avant de la branche horizontale du pubis, une ouverture qui a moins d'un centimètre, et qui est limitée par le ligament de Gimbernat en dedans, par la veine crurale en dehors. Cette ouverture est l'*anneau crural* des chirurgiens; c'est par là que se produisent les 99/100 des hernies crurales. Cette ouverture est séparée de la cavité abdominale: 1^o par le *septum crurale*, lame fibreuse, qui fait suite au fascia transversalis, et qui se continue en arrière du pubis avec l'aponévrose pelvienne; 2^o par le péritoine.

L'anneau crural dont nous parlons est en rapport en arrière avec le squelette et l'insertion du pectiné, mais sur les autres points il est en rapport avec des vaisseaux: la veine crurale le limite en dehors, les vaisseaux spermatiques et l'arcade crurale sont placés en avant, tandis qu'il est contourné, à son côté interne, par la branche anastomotique qui se porte si fréquemment de l'épigastrique vers l'obturatrice.

Lorsque l'intestin passe par l'anneau, il est donc entouré par des vaisseaux en avant et sur les côtés, et par le squelette en arrière.

A l'anneau crural fait suite un cri-de-sac, *entonnoir crural, canal crural*. Celui-ci s'arrête, après deux centimètres et demi de trajet, au niveau de l'embouchure de la veine saphène interne dans la fémorale. Il a trois parois: la postérieure est formée par le pectiné.

l'externe par la veine crurale, et l'antérieure, la plus importante, par la portion amincie et perforée de l'aponévrose fémorale qui a reçu le nom de *fascia crebriformis*.

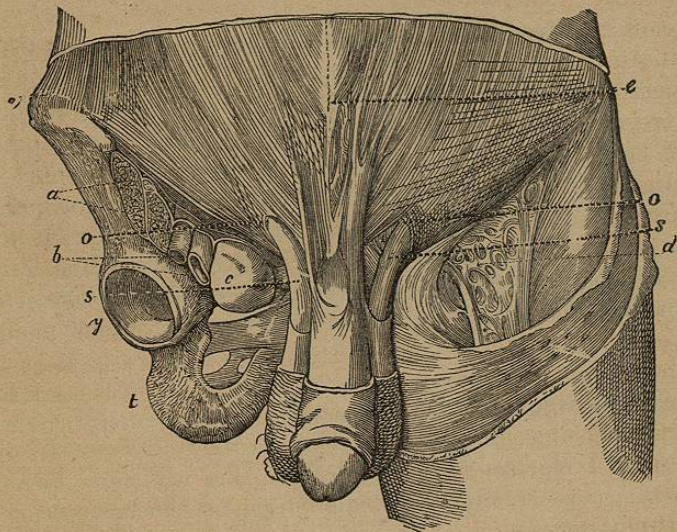


FIG. 34. — On voit sur cette figure le fascia crebriformis à gauche, l'anneau crural avec les vaisseaux fémoraux et une pointe de hernie à droite ¹.

1^o Côté gauche. — o. Fibres arciformes de l'anneau inguinal. — s. Cordon spermatique. — d. Fascia crebriformis avec ses nombreux orifices.
2^o Côté droit. — s. Cordon spermatique. — a. Coupe du psoas iliaque. — b. Artère et veine fémorales. — c. Hernie crurale contenue dans le canal crural : on a enlevé le fascia crebriformis.

Division. — Velpeau distinguait trois espèces de hernies crurales : l'externe, la moyenne et l'interne. La *hernie crurale externe*, rare, sort de l'abdomen en dehors de l'artère épigastrique et gagne ensuite le canal crural. La *hernie crurale interne*, encore plus rare, est formée par l'intestin qui passe à travers une éraillure du ligament de Gimbernat. Enfin, la *hernie crurale moyenne*, la plus commune, se fait par l'anneau crural. Dans ces trois variétés, le viscère hernié gagne le canal crural, de sorte qu'il est impossible de les distinguer sur le vivant.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Lorsqu'une hernie crurale se forme, elle présente trois degrés dans son évolution.

Premier degré. — L'intestin ou l'épiploon pénètre en partie dans l'anneau crural en refoulant le péritoine et le septum crural. Cette saillie, appréciable seulement à la vue lorsque le malade tousse, constitue la *pointe de hernie crurale*.

Deuxième degré. — L'intestin s'engage dans le canal crural et se trouve limité par le pectiné en arrière, la veine crurale en dehors, et le fascia crebriformis en avant. C'est ce degré que Malgaigne appelait *hernie crurale interstitielle*.

1. Figure tirée de mon *Anatomie descriptive*.

Troisième degré. — Un ou plusieurs des orifices du fascia crebriformis cèdent à la pression de l'intestin. Celui-ci vient former sous la peau une petite tumeur globuleuse, quelquefois bosselée, selon que l'intestin a franchi un ou plusieurs des orifices du fascia crebriformis. A ce moment, la tumeur est formée de deux parties : 1^o le corps, arrondi, sous-cutané, l'intestin n'étant séparé de la peau que par le sac, le septum crural aminci ou déchiré, et le tissu cellulaire sous-cutané ; 2^o le pédicule de la hernie, dirigé à peu près verticalement comme le canal dont il représente la longueur.

La hernie a donc suivi, dans la première moitié de son évolution, une direction verticale, et dans la seconde moitié une direction postéro-antérieure formant avec la première un angle droit dont le sinus regarde en avant et en haut.

Le corps de la hernie occupe la partie interne de l'aîne ; au-dessous d'elle se trouve la veine saphène interne, et en dehors les vaisseaux fémoraux, qu'elle recouvre en partie.

Modifications anatomiques dans les hernies anciennes. — A mesure que la hernie crurale devient plus ancienne, elle tend à augmenter de volume, et l'intestin se porte en dehors vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il glisse dans les points où le tissu cellulaire est le plus lâche. Des adhérences existent en dedans du canal crural, entre la peau et l'aponévrose ; aussi la hernie crurale ne se porte-t-elle pas en dedans. Pendant que la hernie augmente ainsi de volume, l'orifice du fascia crebriformis qui a donné passage à l'intestin est tiré en haut par les mouvements du tronc et par les contractions de l'intestin ; il arrive même un moment où il est caché au-dessous de l'arcade crurale, de sorte que cet orifice et l'anneau crural ne forment plus qu'une même ouverture. C'est là une disposition anatomique qui avait fait croire autrefois à l'étranglement des hernies crurales par la base du ligament de Gimbernat, tandis que le véritable agent de l'étranglement est l'orifice du fascia crebriformis.

Lorsqu'une hernie crurale ancienne est très-développée, elle présente les rapports suivants : le corps de la hernie est sous-cutané, il croise perpendiculairement la face antérieure des vaisseaux fémoraux et il est dirigé de dedans en dehors et de bas en haut. Le pédicule de la

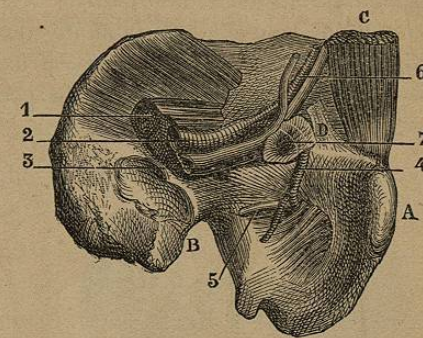


FIG. 35. — Rapports du collet d'une hernie crurale gauche avec les vaisseaux, vus du côté de la cavité abdominale.

A. Facette articulaire du pubis. — B. Facette articulaire sacro-iliaque. — C. Muscle droit. — D. Insertion du ligament de Gimbernat.

1. Psoas iliaque incisé. — 2. Artère iliaque externe. — 3. Veine iliaque externe. — 4. Artère obturatrice née de l'épigastrique. — 5. Nervef obturateur. — 6. Artère épigastrique. — 7. Collet de la hernie.

hernie, qui a tiré en haut le fascia crebriformis, est en rapport : en avant, avec l'arcade crurale et les vaisseaux spermatiques; en dehors, avec la veine fémorale; en dedans, avec la base du ligament de Gimbernat sur lequel se trouve, dans la moitié des cas, une artère anastomotique étendue de l'épigastrique à l'obturatrice; en arrière, avec la branche horizontale du pubis, l'insertion du pectiné et le ligament pubien d'A. Cooper.

Symptômes. — La hernie crurale offre tous les symptômes physiques et fonctionnels que nous avons décrits dans les généralités. Elle présente de particulier son siège, son volume, sa consistance et sa forme.

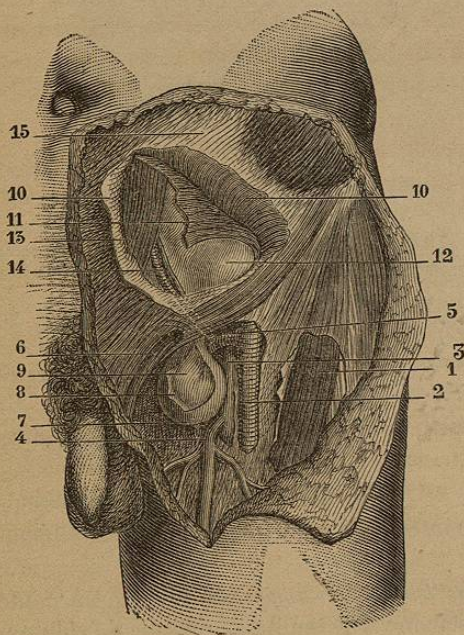


FIG. 36. — Hernie crurale.

1. Couturier. — 2. Artère fémorale. — 3. Veine fémorale. — 4. Saphène interne. — 5. Origine de l'épigastrique. — 6. Cordon spermatique. — 7. Fond du sac herniaire. — 8. Corps du sac ouvert en avant. — 9. Intestin. — 10, 10. Petit oblique. — 11. Transvers. — 12. Fascia transversalis. — 13. Muscle droit. — 14. Vaisseaux épigastriques. — 15. Grand oblique.

Elle occupe la partie interne du pli de l'aîne; les battements de l'artère fémorale sont perçus sur son côté externe. Elle est située au-dessous de l'arcade crurale et ne s'enfonce pas dans le scrotum.

Elle est ordinairement peu volumineuse; souvent même elle est petite et marronnée; lorsqu'elle augmente de volume, elle s'étend en dehors.

La hernie crurale est molle, presque sous-cutanée; il semble que le doigt presse directement les organes qui y sont contenus.

Elle est hémisphérique, non pédiculée. Dans quel-

ques cas, elle est bosselée, ce qui tient à l'issue de l'intestin par plusieurs orifices à la fois du fascia crebriformis.

Causes. — Il est exceptionnel d'observer des hernies crurales congénitales. Elles sont rares avant l'âge de 20 ans. Elles reconnaissent les mêmes causes que toutes les hernies, mais elles sont à la hernie inguinale comme 1 : 20 (Malgaigne). Elles sont moins rares si on les considère uniquement dans le sexe féminin, où elles sont aux hernies inguinales comme 2 : 3 (Malgaigne). La hernie crurale est donc plus fréquente chez la femme. On sait que l'anneau crural est plus large chez elle.

Diagnostic. — 1° Pour reconnaître une hernie crurale encore contenue dans le canal, on relève de la main gauche la paroi abdominale, pendant que le doigt est enfoncé au-dessous de l'arcade crurale, immédiatement en dedans du point où bat l'artère fémorale. On fait tousser le malade, et si l'extrémité du doigt sent le choc de l'intestin, il y a une pointe de hernie ou une hernie crurale interstitielle.

2° Nous avons indiqué les symptômes qui font reconnaître une hernie crurale complète.

3° Lorsqu'on est en présence d'une hernie un peu ancienne, il est quelquefois difficile de dire si elle est *inguinale* ou *crurale*. Indépendamment des symptômes propres à chaque espèce de hernie, on aura recours aux moyens que nous allons indiquer : il est rare que l'un d'eux n'amène pas au diagnostic.

a. Suivez l'arcade crurale avec le doigt; si le pédicule de la hernie est au-dessus, c'est une hernie inguinale; s'il est au-dessous, la hernie est crurale (A. Cooper).

b. Tirez une ligne de l'épine du pubis à l'épine iliaque. Le pédicule de la hernie inguinale est au-dessus et en dedans; celui de la hernie crurale est au-dessous et en dehors (Amussat).

c. Appliquez le doigt sur l'épine du pubis. Si la hernie est inguinale, le pédicule sera en dedans du doigt; il se trouvera en dehors si la hernie est crurale (Amussat).

d. Réduisez la hernie et enfoncez le doigt dans l'ouverture de la paroi abdominale. Si la hernie était crurale, vous sentez les battements de l'artère fémorale, et la tumeur ne se reproduit pas lorsque le malade tousse; si la tumeur se reproduit, c'est une hernie inguinale, et *vice versa* (Nélaton).

e. Enfin, si c'est une hernie crurale, en refoulant la tumeur en bas et en appliquant le doigt sur l'épine du pubis, on voit bien s'il existe ou non un pédicule au-dessus. De même, si la hernie est inguinale, on soulève la tumeur, on applique le doigt sur l'épine du pubis et l'on constate que le canal crural est libre au-dessous (Malgaigne).

Il est facile de sentir l'épine du pubis sur le vivant. Chez l'homme, les deux épines pubiennes sont séparées par un intervalle de 6 à 7 centimètres. Cet intervalle est de 8 à 10 centimètres chez la femme.

4° Il est difficile de distinguer une hernie inguinale interstitielle d'une hernie crurale interstitielle. Malgaigne conseillait de relever la paroi abdominale, d'appliquer le pouce d'une main en travers sur la direction du canal inguinal, et le bout de l'index de l'autre main au-dessous de l'arcade, vers l'anneau crural. On fait tousser le malade; si la hernie est inguinale, elle ne sort pas et le doigt ne sent aucune impulsion; si elle est crurale, le doigt sera repoussé.

5° On a pris quelquefois une hernie crurale pour une *adénite*, pour un *abcès par congestion*, pour des *varices* du tronc de la saphène. — 1° Avec de l'attention, on arrive presque toujours à reconnaître une adé-

nite. — 2° L'abcès par congestion se réduit sans bruit de gargouillement ; on rencontre souvent une altération osseuse de la colonne vertébrale ; la tumeur est fluctuante et elle est située en dehors de l'artère fémorale. Elle s'accompagne souvent d'une tuméfaction dans la fosse iliaque. — 3° Lorsqu'on a réduit une varice, si l'on comprime au niveau de l'anneau crural, la tumeur se reproduit, ce qui n'arrive pas dans les cas de hernie.

Un excellent moyen consiste à presser sur ce qu'on croit être le pédicule de la tumeur. Si, de l'autre main, on presse la tumeur elle-même, elle présente de la dureté dans le cas de hernie ; elle disparaît, au contraire, en refluant dans les veines, si c'est une varice (Malgaigne).

Traitement. — Il est purement palliatif, et consiste dans l'application d'un bandage bien fait. Le bandage *crural* est difficile à maintenir en place, parce que la pelote est repoussée par les divers mouvements, ou dans la station assise. Ordinairement, la pelote de ce bandage est petite et plus inférieure que celle du bandage inguinal.

Complications. — Elles sont les mêmes que celles de toutes les hernies. L'étranglement s'observe fréquemment.

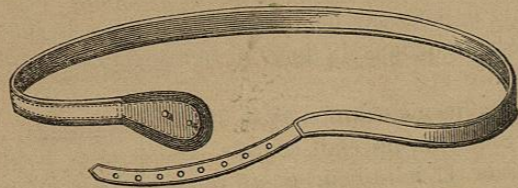


FIG. 37. — Bandage herniaire crural.

L'opération de la hernie étranglée est des plus simples. Il faut faire l'incision des parties molles avec beaucoup de précautions, parce que la hernie est très-superficielle. Lorsqu'on est arrivé dans le sac, on débride en bas avec la pointe d'un ciseau mousse ; il faut se rappeler que l'agent de l'étranglement est ici presque toujours le fascia crebriformis.

Si, par exception, l'étranglement siègeait au niveau de l'anneau crural, il serait imprudent de débrider largement sur le ligament de Gimbernat, parce qu'on pourrait blesser l'artère anastomotique qui unit l'obturatrice à l'épigastrique. Mieux vaudrait alors débrider directement en arrière sur le ligament d'A. Cooper, comme le veut M. Verpillat, ou pratiquer le débridement multiple de Vidal (de Cassis). (Voy. Étranglement en général.)

III. — HERNIES OMBILICALES.

On appelle ainsi les hernies qui se font à travers l'ombilic ou autour de cet orifice.

Ombilic. — L'anatomie nous apprend que l'ombilic, chez l'embryon, n'est qu'un large orifice laissant passer le pédicule de la vésicule allantoïde, celui de la vésicule ombilicale,

les vaisseaux omphalo-mésentériques, etc. Autour de cette large ouverture, la peau incomplètement développée forme une sorte de bourrelet circulaire.

A la naissance, l'orifice s'est rétréci, la peau forme un bourrelet juxtaposé à la surface du cordon ombilical. Celui-ci s'insère à l'ombilic, et, au niveau de son insertion, on voit les vaisseaux ombilicaux, transformation des vaisseaux omphalo-mésentériques, se séparer en divergeant, les deux artères se dirigeant en bas, et la veine se portant en haut et en dehors. C'est au moment de la naissance que se fait la cicatrice ombilicale, en même temps que la chute du cordon.

Chez l'adulte, l'ombilic a subi des transformations. Les vaisseaux ne sont plus perméables depuis la naissance, ils sont réduits à l'état de filaments épars. La cicatrice ombilicale s'est déprimée du côté de la peau, et portée vers la région de la vessie. Cette cicatrice a contracté des adhérences intimes avec la moitié inférieure de l'anneau fibreux ombilical. La moitié supérieure de l'anneau, au contraire, est remplie de tissu graisseux, et n'adhère nullement à la peau (Richet). Il existe, en arrière de la ligne blanche, une lamelle triangulaire, à sommet inférieur, confondue avec la cicatrice ombilicale : c'est le *fascia ombilicalis*. Cette lamelle forme avec la ligne blanche un conduit analogue au canal crural, une espèce de cul-de-sac bouché en bas par le peloton graisseux signalé plus haut, et qu'on peut repousser au moyen d'un stylet. En arrière de l'ombilic, le péritoine est très-adhérent ; il en est de même de la peau en avant.

Division. — A chacune des périodes de l'évolution de l'anneau ombilical, correspond une espèce de hernie, et l'on distingue la *hernie congénitale*, la *hernie de l'enfance* et la *hernie de l'adulte*.

1° Hernies ombilicales congénitales.

Anatomie pathologique. — Les viscères contenus dans la hernie congénitale sont l'intestin grêle, le côlon transverse, et même, dans certains cas, le foie. L'enveloppe est mince et transparente. Elle est limitée, vers le point d'implantation de la tumeur, par un rebord cutané, épais, rougeâtre, ondulé. Du sommet, on voit se détacher le cordon ombilical. La surface de la tumeur, souvent inégale, est sillonnée par les vaisseaux ombilicaux qui s'enfoncent quelquefois dans la tumeur, au point de la diviser en plusieurs lobes ; elle peut être bilobée ou trilobée. Lorsque le foie est contenu dans la hernie, celle-ci proémine davantage du côté droit, et le cordon paraît s'insérer sur le côté gauche.

L'enveloppe de cette hernie est formée, dans sa partie superficielle, par une membrane mince, qui n'est autre que la portion d'amnios revêtant le cordon ombilical. Cette membrane est doublée par un feuillet mince, transparent aussi : c'est le péritoine. Debut a bien dit que l'inflammation de ce sac est différente de l'inflammation des séreuses. M. Duplay a bien essayé de dire qu'il n'y avait pas là de péritoine, mais ses explications ne sont nullement de nature à entraîner les esprits.

Rien de plus variable que le volume de la hernie ombilicale congénitale. Elle est quelquefois petite ; mais il n'est pas rare d'y rencontrer toute la masse intestinale et le foie. L'orifice, qui fait communiquer le sac herniaire avec la cavité abdominale, est aussi variable ; le plus souvent, il est très-large, et, dans quelques cas, aussi large que la tumeur elle-même.