

est impossible de réduire tous les viscères et que, par exemple, une portion d'épiploon reste à l'extérieur, une pelote concave est indiquée. Enfin la hernie compliquée d'ectopie testiculaire commande l'emploi de pelotes en fourche disposées de façon à maintenir la hernie sans presser sur le testicule qui se trouve logé dans la fourche même.

L'application du bandage doit toujours être faite avec soin, surveillée avec attention au point de vue de la pression : continu, si la hernie est difficile à maintenir et si l'on peut espérer la guérison, le port du bandage pourra n'être que diurne, si la hernie rentre facilement et reste bien maintenue.

Dans certains cas enfin on est amené à pratiquer la cure radicale de la hernie inguinale; une sensibilité extrême rendant impossible le port d'un bandage, la menace incessante d'accidents d'étranglement, constituent les meilleures indications de cette opération. Lorsqu'il s'agira d'une hernie congénitale compliquée d'ectopie testiculaire, l'ablation du testicule ectopique s'imposera presque toujours à l'opérateur.

2° *Hernies inguinales irréductibles.*

Nous avons déjà énuméré les conditions qui rendent d'une façon générale les hernies irréductibles. Nous avons peu de chose à ajouter à cette description en ce qui touche spécialement les hernies inguinales.

1° *Hernies inguinales irréductibles à cause de leur volume.* — Il n'est pas rare de rencontrer, chez les sujets âgés principalement, des hernies inguinales énormes, sorties de l'abdomen par des orifices extrêmement dilatés, renfermant une grande longueur d'intestin et distendant la peau du scrotum au point de faire presque disparaître la verge.

Ces hernies ont perdu droit de domicile dans le ventre; ce sont plutôt des hernies *incoercibles* que des hernies *irréductibles*; si vous réduisez une anse, il en ressort une autre; la hernie ne peut être contenue. Un suspensoir est le seul appareil capable d'empêcher la tumeur de s'accroître trop rapidement et de déterminer les tiraillements douloureux, les coliques, qu'elle produit en général.

2° Les *hernies irréductibles par suite d'une disposition anatomique spéciale du péritoine* sont exclusivement des hernies ingui-

nales. C'est ici que se rencontrent ces adhérences charnues du gros intestin, qui ne sont autre chose que la descente dans le sac non seulement de l'intestin mais encore de ses attaches, si bien que par rapport à l'intestin hernié, la paroi postérieure du sac représente, pour ainsi dire, la paroi postérieure de l'abdomen. Ces hernies sont difficiles à reconnaître autrement qu'au cours d'une opération, et elles sont pour le chirurgien, à ce moment-là, une source de sérieux embarras.

3° *Hernies inguinales irréductibles par adhérences anciennes avec le sac.* — Dans des hernies un peu volumineuses et anciennes on observe des entéro-épiplocèles ou des épiplocèles adhérent plus ou moins intimement au sac péritonéal; ces adhérences s'établissent petit à petit par poussées, et ces poussées se caractérisent cliniquement par des phénomènes douloureux et une tension plus marquée du côté de la hernie; elles se calment rapidement par le repos, mais ces hernies sont souvent sensibles, douloureuses, elles supportent mal le bandage; lorsqu'elles ne sont pas trop volumineuses, c'est la pelote concave qu'il convient de leur appliquer. La cure radicale, toute difficile qu'elle paraisse dans ces conditions, pourra souvent trouver ici son indication.

4° Nous nous bornons à rappeler que l'irréductibilité par accroissement exagéré, extra-abdominal des franges épiploïques, ou de l'épiploon lui-même, a été observée plusieurs fois dans les hernies ombilicales. Le traitement ne comporte qu'une indication : la cure radicale.

3° *Hernies inguinales étranglées.*

Dans les *hernies ordinaires*, de beaucoup les plus fréquentes, l'*agent de l'étranglement* est le plus souvent le *collet du sac*; quelquefois pourtant l'obstacle réside dans les anneaux fibreux, et surtout dans l'*interne*; pour les *hernies congénitales* interviennent les *rétrécissements*, en forme de valvules ou de diaphragmes, que peut présenter le canal péritonéo-vaginal, et surtout le premier et le plus important d'entre eux, qui correspond à l'orifice abdominal du canal. — Il n'est pas rare non plus de voir le *testicule* en *ectopie* jouer un rôle très important dans l'étranglement; la plupart du temps le testicule n'agit cependant que comme complément

d'une des dispositions précédentes, en empêchant la réduction de l'anse intestinale.

D'une manière générale, qu'il s'agisse de hernie inguinale commune ou congénitale, nous voyons donc que *l'agent de l'étranglement est presque toujours dans le sac*, ce qui implique la nécessité thérapeutique de l'ouverture du sac dans la kélotomie.

Relativement au siège de cet étranglement, on doit admettre comme seconde règle, non moins importante que la précédente, que *l'étranglement siège habituellement à l'orifice interne*; c'est là qu'est ordinairement le collet du sac; c'est là que se trouve le bord tranchant du fascia transversalis, qui n'est peut-être pas sans jouer un rôle important dans les accidents, bien qu'il ne soit pas toujours facile de le reconnaître dans les tissus épaissis, indurés, que l'on sent étroitement appliqués autour de l'intestin. — Sans doute l'étranglement peut siéger à l'orifice externe, il peut occuper encore d'autres points du sac, mais ce n'est pas l'ordinaire. Dans le cas même d'étranglement à l'orifice extérieur, il peut fort bien exister un second étranglement à l'orifice interne, ce qui conduira le chirurgien à s'assurer dans tous les cas que ce dernier est bien libre. Il évitera de la sorte bien des accidents ultérieurs dus à la persistance de l'étranglement après une réduction incomplète.

Ces deux règles anatomiques posées, l'étude symptomatique de l'étranglement des hernies inguinales n'offre rien qui leur soit particulier; 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 et 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 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 chance 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, de manière à opérer son débridement 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.

CHAPITRE II

HERNIÉS 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 échancreure 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'arcade 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 hanche 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 celluleux, 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. — 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 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 là 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.

1° *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.

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 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