

doit être poussée jusque dans la cavité abdominale, à un centimètre environ du pourtour de l'anneau profond. Le sac excisé, on se préoccupe de fermer le canal : les fils sont disposés de manière à faire chevaucher l'une sur l'autre les deux lèvres de la fente du canal inguinal ; un ou plusieurs fils doubles en U piqués dans une de ses parois vont repiquer l'autre paroi par dessous pour être attachés ensuite au devant de cette paroi : puis des points séparés sont placés sur les bords des lambeaux.

Kelly (1) propose, sous le nom d'*operation laminated* la manœuvre opératoire suivante. La peau étant incisée suivant le grand axe de la hernie, il dissèque le bord inférieur sur une étendue d'environ un pouce ; à ce niveau, il fait une nouvelle incision sur le fascia superficialis. Le bord supérieur de celui-ci est disséqué à son tour sur une étendue d'environ un pouce, puis, en face de l'incision cutanée, est incisée l'aponévrose du grand oblique, et ainsi de suite.

On est encore allé plus loin, et des chirurgiens ont proposé la section complète de la région jusqu'au péritoine et la réfection consécutive de la totalité du canal inguinal. Bassini (2) a attaché son nom à cette méthode, que les Italiens considèrent comme une spécialité de leur chirurgie.

Bassini découvre le sac herniaire vers l'anneau inguinal externe, et l'isole du cordon, puis il fend l'aponévrose du grand oblique jusqu'en face de l'anneau inguinal profond. Le sac et le cordon continuent à être séparés par en haut. Le sac est lié et sectionné, le moignon se retire dans l'abdomen. Puis le cordon est soulevé et maintenu hors du champ opératoire ; on a sous les yeux la paroi postérieure du canal. Le conduit que forme l'arcade de Fallope est mis à nu jusque vers l'anneau profond ; quant aux muscles petit oblique et transverse, ainsi que le fascia transversalis, unis en une seule couche formée de trois étages, ils sont séparés en avant de l'aponévrose du petit oblique, en arrière du péritoine. Cette masse musculo-aponévrotique, ainsi dégagée et mobilisée, est attirée en bas pour être suturée au bord interne de l'arcade de Fallope. Quelquefois, Bassini entaille sur le bord externe du muscle grand droit pour faciliter le glissement de cette triple couche. La suture au ligament de Poupart s'étend en bas sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Une fois faite, le cordon est remis en place, et, par-dessus lui, les deux lèvres de l'incision faite sur l'aponévrose du grand oblique sont réunies, de façon à ne laisser que juste l'espace nécessaire à la sortie du cordon.

Comme on le voit, on peut reprocher à Bassini de trop respecter les orifices du canal inguinal.

C'est ce qu'avait bien compris Postempski (3) qui, lui, supprime

(1) KELLY, *New-York surgical Society*, mars 1891.

(2) BASSINI, *Arch. e Atti della Soc. ital. di chir.*, 1887.

(3) POSTEMPSKI, *Arch. e Atti della Soc. ital. di chir.*, 1890.

le canal inguinal, par une manœuvre que nous avons employée pour notre compte dans les premières cures radicales que nous avons eu à pratiquer, c'est-à-dire il y a bientôt dix ans. Les plans étant disséqués comme le fait Bassini, le cordon est récliné en dehors du champ opératoire ; on suture de bas en haut à l'arcade de Fallope tous les plans musculo-aponévrotiques opposés, y compris le grand oblique. Cette suture terminée, le cordon est placé par-dessus l'aponévrose du grand oblique. Il n'y a donc plus d'orifice inguinal superficiel.

Muguai (1) recherche, au contraire, l'abolition de l'anneau inguinal profond. La dissection des plans musculo-fibreux étant faite à la façon de Bassini, le cordon, au lieu d'être placé en avant d'eux, est, au contraire, refoulé en arrière, au milieu du tissu cellulaire propéritonéal, entre le fascia transversalis et le péritoine pariétal. La triple couche est ensuite suturée à l'arcade de Fallope, à sa lèvre postérieure, tandis que l'aponévrose du grand oblique est fixée à sa lèvre antérieure ; c'est en bas que sort le cordon, par un espace laissé libre par ces sutures. Aquilar (de Buenos-Ayres) vient de reprendre le procédé de Muguai.

Ferrari (2), la même année, ajoute au Bassini, le resserrement de l'anneau profond avec une suture au catgut faite sur la partie externe, le cordon étant refoulé en dedans. C'est le même but que se propose Parona (3) en comprenant le cordon dans la suture employée à clore l'ouverture profonde du canal. C'est le résultat qu'obtient M. Pollosson (*Lyon médical*, 1893) en suturant le pilier supéro-interne à la partie externe de l'orifice profond.

§ II. — MÉTHODES DE LIBÉRATION DU SAC AVEC CONSERVATION COMPLÈTE OU PARTIELLE DE CELUI-CI. — Les méthodes qui vont suivre procèdent aussi à la libération et à la dissection du sac, mais elles ne le sacrifient pas ; elles s'efforcent, au contraire, d'utiliser un tissu vivant qui, doué d'une vitalité plus ou moins grande, peut servir à renforcer la paroi abdominale, ou à jouer le rôle des sutures entre les deux lèvres de l'éventration.

I. — L'idée d'utiliser le sac pour rapprocher, comme par des fils, les bords de la hernie est récente. Duplay et Cazin (4) l'ont réalisée il y a deux ans. Le sac est noué ou bien fendu en deux moitiés longitudinales, ou deux lanières que l'on noue également en haut pour fermer le péritoine. Ce qui reste est passé dans les bords du trou créé par la hernie, et réuni au devant de lui ; on supprime ainsi les fils perdus avec leurs inconvénients, et l'on ne met que des fils qui traversent les téguments et peuvent être enlevés. Cette méthode a été acceptée par Faure (5), qui emploie aussi les deux moitiés du sac

(1) MUGUAI, *Riforma medica*, 1891.

(2) FERRARI, *Arch. della Soc. ital. di Chir.*, 1891.

(3) PARONA, *Gazetta medica Lombardia*, 1891.

(4) DUPLAY et CAZIN, *Arch. gén. de méd.*, 1897.

(5) FAURE, *Presse médicale*, 1898.

pour suturer les bords de l'éventration. Defontaine et Jonnesco ne mettent que des fils temporaires ou disposés de telle sorte qu'ils peuvent être enlevés au bout de quelques jours.

Avant Duplay et Cazin, on plaçait le sac ou la portion du sac conservée entre les plans des parois abdominales, ou bien on se servait du sac pour renforcer les parois, en le fixant à leur surface interne.

II. — Ball (1), ayant libéré le sac et ayant traité comme il convient son contenu, saisit le collet avec une pince et en fait la torsion par quatre ou cinq tours, sans cependant en amener des déchirures : un fil de catgut étire le sac tordu ; puis des fils de soie sont passés de la lèvre externe du tégument à travers le pilier inférieur, puis le sac au delà du fil de catgut, puis le pilier supérieur et la peau de la lèvre interne de la plaie, et noués par devant.

Kocher a préconisé, en 1892, une fois la dissection du sac pratiquée, de faire un trou à l'aponévrose du grand oblique, en face de l'anneau inguinal profond, d'y passer une pince qui va saisir et attirer au dehors ce sac. Puis celui-ci est tordu et fixé à l'aponévrose du grand oblique.

Bryant entrelace le sac avec les piliers de l'anneau superficiel, pour ajouter à la résistance de la région. C'est le procédé de Duplay et Cazin et celui de Faure, en herbe.

Reed (2) se sert d'une portion du sac pour la fixer transversalement à l'anneau profond, et ferme l'incision abdominale de la façon suivante : des points de suture en 8 comprennent dans leur boucle profonde le péritoine, le fascia, les muscles transverse et petit oblique, et dans leur boucle superficielle les fascias superficiels et la peau.

III. — La fixation du sac va maintenant se faire, non plus entre les parois du canal, mais bien sur la face interne des parois abdominales.

Procédé Barker (3). — Le sac ayant été libéré et exploré, le collet est lié avec un fil dont on conserve les bouts. Après l'excision du sac à un demi-pouce au-dessous de la ligature, un des bouts du fil constricteur est enfilé dans une aiguille. Celle-ci est passée dans le haut du canal inguinal, en avant du cordon ; l'index gauche refoule le moignon du sac et reconnaît le bord inférieur de l'anneau profond. A ce niveau, l'aiguille traverse un bord de cet anneau et ressort en avant, à travers toute la couche musculo-aponévrotique ; l'aiguille est retirée et va prendre l'autre bout du fil, qui est passé de la même façon. Les deux fils, attirés, entraînent du côté du péritoine le collet du sac, et, en les serrant, on ferme l'anneau profond.

Quatre à sept sutures sont de même passées à travers les parois opposées du canal inguinal, en respectant le cordon.

O'Hara (4) agit à peu près de même.

(1) BALL, *British medical Journ.*, 1887.

(2) REED, *New York med. Journal*, 1894.

(3) BARKER, *Brit. med. Journal*, t. II, 1887.

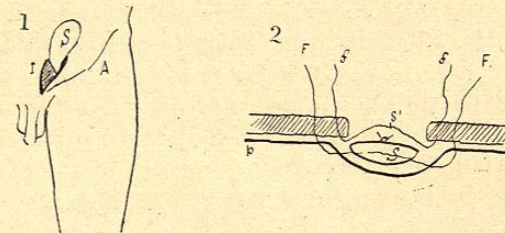
(4) O'HARA, *Brit. med. Journ.*, t. II, 1892.

Le procédé de Baxter (1) (fig. 74) consiste à fixer le sac libéré sur la surface du péritoine, au moyen d'une incision prolongée en haut, comme pour une hernio-laparotomie. Le sac, engagé au-dessus de l'anneau profond, est fixé par des sutures profondes qui comprennent, d'arrière en

avant, toute l'épaisseur des tissus, le péritoine et les parois abdominales ; des sutures superficielles affrontent les plans placés devant le sac ; mais, avant de serrer tous ces fils, il faut donc passer sur les bords de l'anneau profond, après avoir rejeté le cordon en dehors, deux sutures courbes ou cruciales, qui marchent dans l'épaisseur des tissus

comme les fils d'une périnéorrhaphie ; puis les fils sont noués. D'abord on serre les fils de s'assise profonde, qui ferment l'incision abdominale, puis les fils superficiels (2).

Bennett (3) (fig. 75 à 78) fait à peu près comme Barker, mais en y ajoutant l'invagination du sac. Dans le cas où le sac contient isolément soit de l'épiploon, soit de l'intestin (1^{re} catégorie, fig. 75 et 76), il l'ouvre, réduit le contenu, le sectionne en travers, au niveau de l'anneau inguinal superficiel, et le sépare des éléments du cordon jusque vers l'anneau profond. Un doigt est introduit vers le collet et refoule l'intestin. Une aiguille, sans fil, est introduite à travers l'aponévrose du grand oblique, au-dessus du sommet de l'anneau superficiel, en dehors de son grand axe, traverse les aponévroses et le péritoine jusqu'au doigt profondément placé. Guidée par lui, elle ressort par l'intérieur du sac et perce sa paroi à 2 ou 3 centimètres de la section. Un fil est introduit dans la lumière de



PROCÉDÉ DE BAXTER.

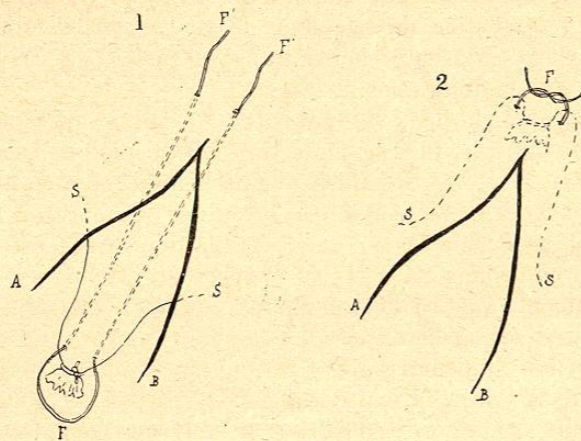
Fig. 74. — 1, A arcade crurale; I, l'incision sur le trajet herniaire, à la partie supérieure de laquelle se trouve le sac S, soulevé par-dessus la paroi abdominale et cachant l'incision pratiquée sur cette paroi. — 2, section transversale de l'incision abdominale pour montrer la disposition des deux assises de sutures; FF, première assise de sutures profondes passant à travers les parois du péritoine pp, les deux côtés du sac S. Par-dessus cette ligne de sutures, le sac a été réséqué, et les bords de l'incision suturés en S'; ff, seconde assise de sutures superficielles passant à travers les parois et transversalement au-dessus du sac.

(1) BAXTER, *Ann. of Surgery*, 1898.

(2) LAGUATTE (*Lyon Médical*, juillet 1897) fait une incision sur le sac pour traiter convenablement son contenu, puis l'ouverture de la paroi abdominale indépendante de la première incision et en face de l'orifice interne: il isole par là, et lie l'infundibulum péritonéal au-dessus du collet du sac. Puis il oblitère l'orifice interne, et fait des sutures étagées. Le sac, laissé en place, est enfin drainé par en bas.

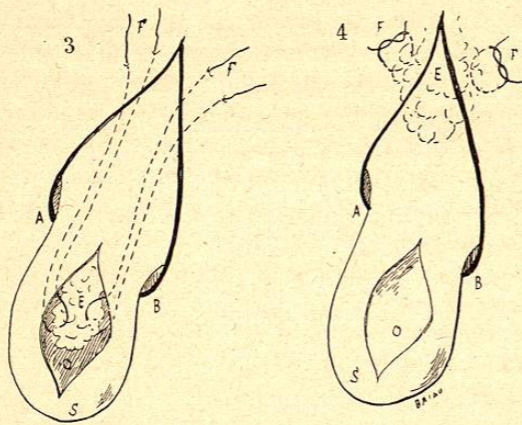
(3) BENNETT, *The Lancet*, 1891.

cette aiguille, qui ramène un de ses bouts en haut, au-dessus de



PROCÉDÉ DE BENNETT.

Fig. 75 et 76. — Première catégorie des cas (ceux où le sac contient isolément soit de l'épiploon soit de l'intestin). — 1, A et B, piliers de l'anneau superficiel; S S, sac avec ligature circulaire en C, un peu au-dessus de la surface de section; F, anse du fil qui doit invaginer le sac et pénétre l'aponévrose du grand oblique en F' F'; ffff, fils de suture, qui, dans certains cas, passent à travers la paroi antérieure du sac. — 2, ligne pointillée représente sac invaginé après traction du fil F et nœud de ce dernier par-dessus l'aponévrose du grand oblique (ici pas de sutures ff).



PROCÉDÉ DE BENNETT.

Fig. 77 et 78. — Seconde catégorie des cas (hernies contenant à la fois de l'intestin et de l'épiploon). — 3, S S, sac avec ouverture OO; E, morceau d'épiploon, de chaque côté duquel ont été passés fils de suture FF, pénétrant parois abdominales de chaque côté des piliers. — 4, épiploon E, mis en place et maintenu par fils FF, noués par-dessus les parois.

l'aponévrose du grand oblique. — Même manœuvre de l'aiguille, plus en dedans, pour aller chercher l'autre bout du fil qui pend vers le

collet du sac et le ramener à son tour. Ce collet est ligaturé. Alors on fait l'invagination du sac dans le ventre, en le refoulant avec le doigt, et en tirant sur les fils, qui sont ensuite noués. Les parois du canal sont enfin réunies.

Dans le cas de hernies volumineuses, à orifices larges, ou de hernies contenant à la fois de l'intestin et de l'épiploon (seconde catégorie, fig. 77 et 78), il utilise une partie de l'épiploon pour renforcer la barrière que crée le sac invaginé. Un morceau d'épiploon convenable ayant été choisi, une aiguille non armée est introduite de dehors en dedans à travers les aponévroses abdominales, comme précédemment. Elle va chercher dans l'intérieur du sac des fils de catgut qui viennent d'être passés à travers l'épiploon, un de chaque côté, sans faire d'hémorragie. Un bout du fil de la suture externe est passé dans l'aiguille, qui le ramène et redescend chercher l'autre bout. Mêmes manœuvres pour la suture interne. L'épiploon est ainsi attiré dans l'abdomen et fixé par les deux sutures au-dessus de l'anneau profond.

Le sac peut être aussi, si l'on veut, invaginé; mais, dans ce cas, il faudra avoir soin de bien l'interposer entre l'épiploon et le péritoine.

Procédé Kingscote (1) (fig. 79). — Ce chirurgien fait, avec le sac, au niveau de l'anneau profond, une masse bombée, mais lisse et plane.

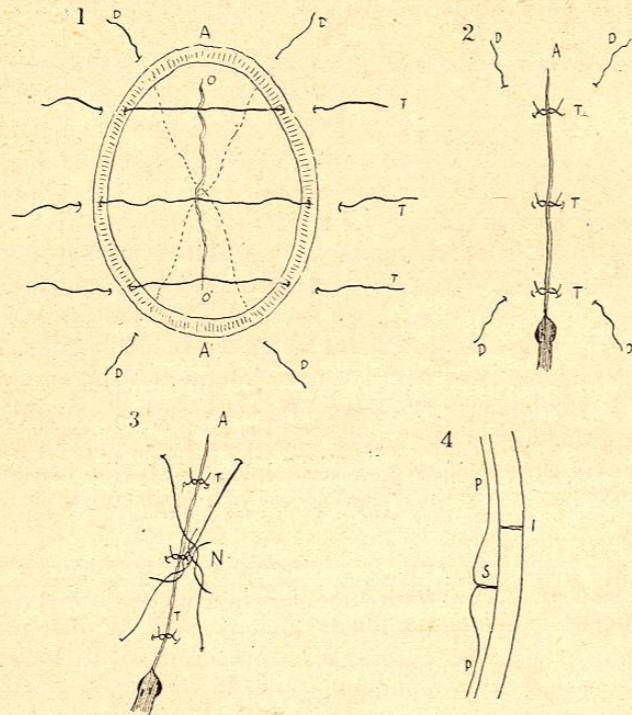
L'incision de la paroi abdominale remonte haut, la dissection du sac est poursuivie à 2 ou 3 centimètres au delà et sur le pourtour de l'orifice supérieur. Kingscote met ensuite en diagonale à travers le moignon du sac deux forts catguts, qui passent aussi en dedans que possible des parois de celui-ci et ressortent de chaque côté des bords de l'anneau. Ces fils laissés en place, le collet du sac est fermé avec de fins catguts, puis refoulé profondément, de façon à laisser bien à découvert l'orifice profond. Cet orifice est oblitéré par trois forts catguts passés à travers les bords du fascia transversalis. En resserrant cet anneau, on laisse cependant une place suffisante au cordon. Puis les sutures diagonales qui traversent le sac sont liées par-dessus.

Procédé de Mac Ewen (2). — Mac Ewen emploie la totalité du sac pour former une sorte de tampon. Le sac est disséqué aussi haut que possible (fig. 80), puis on fixe au fond de celui-ci une suture qui, ensuite, va en traverser de part en part et plusieurs fois les parois opposées jusque vers la partie voisine du péritoine. De la sorte, lorsqu'on tire sur le fil, le sac se pelotonne sur lui-même à la façon d'un rideau. Le bout libre de ce fil est monté sur une aiguille à hernie, qui le fait traverser le canal et perforer la paroi abdominale antérieure à 2 centimètres au-dessus de l'anneau profond. En tirant sur ce fil, on fait pelotonner le sac. Les sutures sont ensuite faites sur le canal

(1) KINGSCOTE, *Brit. med. Journ.*, 1890.

(2) MAC EWEN, *Ann. of Surgery*, 1886.

inguinal, puis le fil du sac est fixé à la paroi abdominale par des surjets successifs.



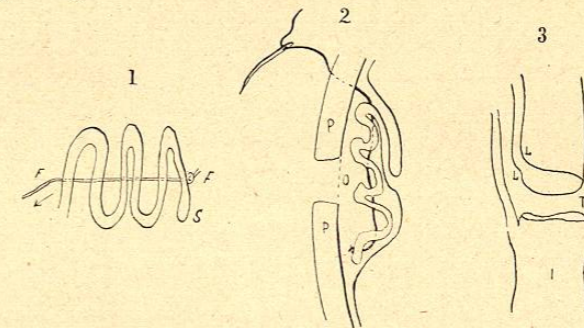
PROCÉDÉ DE KINGSCOTE.

Fig. 79. — 1, elle représente l'anneau inguinal profond vu de face; AA, pourtour de cet anneau; OO, ligne de section du moignon du sac; DDDD, fils de suture, indiqués en tirets dans la profondeur de l'anneau et passés en diagonale à travers le moignon du sac, le plus en dedans possible, et venant ressortir de chaque côté des bords de l'anneau aux points D; TT, fils de suture transversaux, devant rapprocher les bords de l'anneau. — 2, l'anneau AA, est fermé par les sutures TT. C, indique la sortie du cordon à la partie inférieure. — 3, sutures diagonales ont été liées. — 4, disposition des parties après l'opération; I, incision sur la peau; PP, péritoine qui, au niveau de l'anneau profond, offre en saillie une surface plane et lisse; S, ligne de sutures.

Dans le cas de hernie congénitale, le sac est isolé de ses connexions avec le canal, puis ouvert et enfin sectionné en ménageant le cordon. La portion sous-jacente à l'incision est divisée en arrière longitudinalement, pour libérer le cordon et n'avoir pas à faire la dissection de la portion du sac qui lui adhère. Les deux lèvres de cette incision sont ensuite suturées, puis le sac est traité comme précédemment.

Pour fermer le canal inguinal, Mac Ewen traverse le tendon conjoint avec une aiguille chargée de fils de catgut en deux points: l'un de dehors en dedans, près du bord inférieur de ce tendon; l'autre de dedans en dehors, aussi haut que possible. Les bouts inférieur et

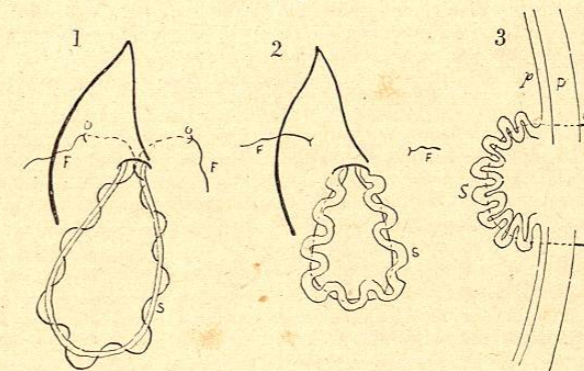
supérieur de ce fil sont ensuite passés à travers l'arcade de Fallope, de dedans en dehors, en face de leurs positions respectives sur le tendon conjoint, puis ils sont noués.



PROCÉDÉ DE MAC EWEN.

Fig. 80. — 1, SS, sac pelotonné sur lui même par le fil ff. — 2, PP, parois abdominales; SS, sac mis en position par dessus l'orifice profond O au moyen du fil ff passé dans la paroi abdominale au-dessus de cet orifice. Par suite péritoine pp, tombe dans la cavité abdominale. — 3, manière d'agir avec sac de hernie congénitale; T, section transversale du sac; LL, sections longitudinales de chaque côté du cordon, auquel on laisse une portion adhérente; I, partie inférieure qui servira à former une vaginale.

Procédé de Bishop (1) Bishop a modifié la façon de faire le tampon dans le procédé de Mac Ewen (fig. 81).



PROCÉDÉ DE BISHOP.

Fig. 81. — 1, SS, sac sur le pourtour duquel on passe en cordon de bourse un fil de suture ff, qui vient ressortir par en dedans sur les parois abdominales en O et O de chaque côté de l'orifice inguinal profond. — 2, sac froncé par traction sur le fil. — 3, sac en position, mis en place par traction sur fil FF, passant à travers parois PP, et refoulement du sac à l'intérieur de la cavité abdominale; pp, péritoine.

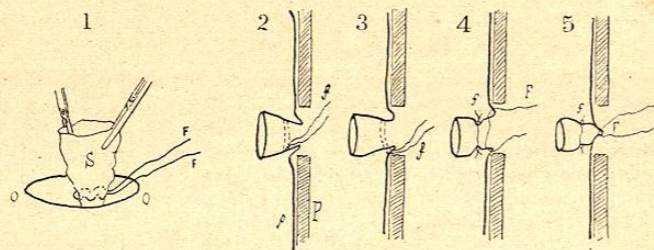
Le sac étant entièrement libéré jusqu'au niveau de l'anneau profond et vidé de son contenu, un long fil enfilé sur une aiguille est

(1) BISHOP, *Brit. med. Journ.*, 1890.

passé de bas en haut le long de chaque paroi, de manière que, par traction, il agisse comme le cordon d'une bourse.

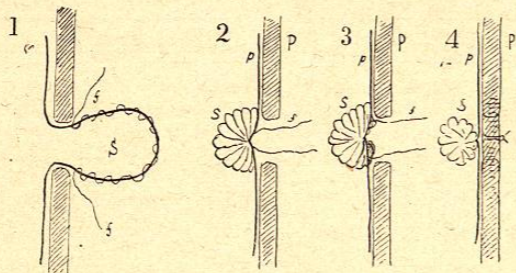
Chaque bout de fil est armé d'une aiguille qui traverse la paroi abdominale de dedans en dehors, dans la profondeur du canal inguinal. Les deux bouts de fil, amenés au dehors du sac, sont tirés et noués, et le sac s'invagine, se retournant à la façon d'un doigt de gant dans le ventre, au pourtour de l'anneau profond, et prenant la forme d'une calotte, d'une clef de voûte ou plutôt d'un cintre romain, avec des replis qui s'affrontent mutuellement.

Procédé de Phelps (1) (fig. 82, 83, 84) Phelps traite le sac de trois façons différentes, suivant les cas, mais qui sont empruntées à des procédés connus.



PROCÉDÉ DE PHELPS POUR LES HERNIES MOYENNES.

Fig. 82. — 1, S, moignon du sac saisi entre deux pinces, prêt à être inversé; ff, fil de suture passé transversalement en cordon de bourse. — 2, S, sac inversé avec fils ff, pendant de la surface externe du sac; PP, parois abdominales; pp, péritoine. — 3, ff, portés par une aiguille en dehors de la cavité du sac à travers péritoine. — 4, ff, lié; FF, second fil passé pour rapprocher les lames péritonéales qui font suite au sac. — 5, résultat final.



PROCÉDÉ DE PHELPS POUR LES HERNIES VOLUMINEUSES.

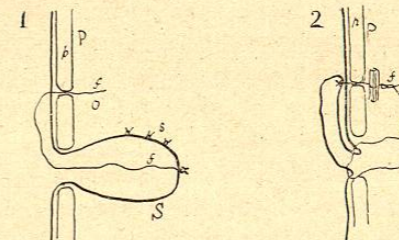
Fig. 83. — 1, PP, parois abdominales; pp, péritoine; S, sac où a été passé en cordon de bourse un fil de suture ff. — 2, S, sac invaginé, ff, fils de suture pendant de la surface externe du sac. — 3, ff, fils de suture ramenés au dehors à travers cavité péritonéale. — 4, résultat final, alors que ff est lié et que les bords de l'ouverture profonde ont été unis par ligne de suture 1.

S'agit-il d'une hernie moyenne et de sac mince (fig. 82), il passe un fil en cordon de bourse autour du collet, et résèque les deux tiers du sac. Puis il opère l'inversion du moignon dans l'abdomen. Les extrémités

(1) PHELPS, *New York med. Journ.*, 1894.

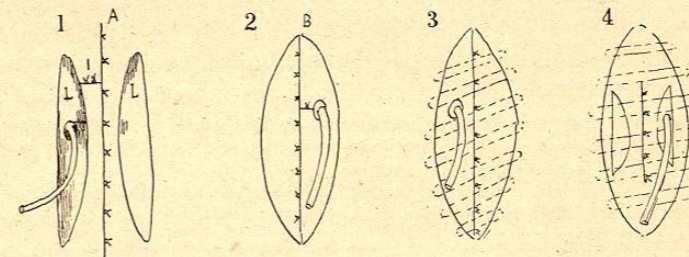
du fil sont ainsi portées en dedans du sac; elles sont enfilées sur des aiguilles qui lui font traverser ce sac en dehors. On tire, on serre et on lie les deux bouts. Enfin, une suture est placée en travers du moignon.

Dans le cas de hernie volumineuse avec un sac épais (fig. 83), Phelps pratique l'inversion du sac. L'ouverture faite à celui-ci est suturée au



PROCÉDÉ DE PHELPS POUR LES HERNIES TRÈS VOLUMINEUSES.

Fig. 84. — 1, PP, parois abdominales; pp, péritoine; S, sac avec ligne de sutures s, indiquant qu'il a été ouvert, pour porter le fil ff, fixé au fond du sac en haut et le faire ressortir par l'ouverture O. — 2, sac en position, fil f, noué sur un morceau de gaze iodofornée t; F, second fil passé pour fermer l'ouverture du sac au niveau de l'anneau profond.



RECONSTITUTION DU CANAL INGUINAL DANS LE PROCÉDÉ DE PHELPS.

Fig. 85 et 86. — 1, AA, anneau profond suturé; LL, incisions parallèles longitudinales pratiquées de chaque côté des bords de l'anneau pour faciliter le rapprochement; C, cordon passé à travers la ligne d'incision l dans l'une des fentes L. — 2, BB, muscle transverse suturé par-dessus; C, cordon passé de côté à travers une incision. — 3 et 4, cas avec éventration. — Ici plans d'anses de fil d'argent aaa, a' a' a'. Dans l'une elles sont disposées perpendiculairement à la ligne de suture de l'anneau. Dans l'autre, elles ont une disposition oblique de manière à être plus ou moins à angle droit avec les précédentes.

catgut. Puis un fil est passé à la façon de Bishop sur ce sac, en cordon de bourse. Le sac est invaginé dans l'abdomen, et les fils viennent ressortir en dehors du sac, pour être serrés et noués ensuite. Après quoi, une suture transversale est placée sur le moignon, qui est rejeté en arrière.

Enfin, si la hernie est très volumineuse (fig. 84), avec un sac épais, l'auteur emploie une manœuvre déjà connue (fig. 83). Au fond du sac est fixé un fil de catgut. Une aiguille le saisit et va porter à l'intérieur de la cavité abdominale, au-dessus de l'anneau profond, contre la

paroi du ventre, aussi haut que l'exige la longueur du sac. Pour que cette aiguille ne fasse pas de désordres, elle est placée dans une sonde canaliculée. Par une petite incision faite aux couches des parois abdominales, on fait sortir l'aiguille, on tire sur le fil, qui retourne en dedans le sac et en fixe le fond au niveau du point où il perfore les parois.

Voici comment est reconstitué le canal inguinal (fig. 85 et 86). Le fascia transversalis est séparé des autres muscles. Puis les bords de l'anneau profond sont suturés. Pour permettre le rapprochement de ces bords, deux incisions longitudinales parallèles sont faites de chaque côté de lui. Le cordon est enlevé de l'anneau profond et placé dans l'une des incisions longitudinales, l'inféro-externe de préférence.

Par-dessus le fascia on suture le muscle transverse en ayant soin de faire passer le cordon au-dessus de la ligne des sutures dans un trou fait à ce muscle. On suture encore chacun des obliques. De la sorte les parois du canal sont reconstituées dans leur totalité, mais avec des éléments nouveaux, et la direction de celui-ci devient oblique de bas en haut et d'arrière en avant.

Dans le cas de hernies volumineuses à parois effondrées, Phelps se sert d'anses de fil d'argent comme d'agents de renforcement. Après avoir suturé le fascia transversalis par devant le moignon du sac, des anses de fil d'argent sont introduites entre le fascia et le muscle transverse. Suture du muscle par-dessus. Puis nouvelle couche entre le transverse et le petit oblique, mais disposée perpendiculairement par rapport à la première. Ces anses sont fixées au catgut. Et la plaie est fermée.

Signalons enfin la pratique de *Kendal Franks*, qui, pour les hernies récentes, se contente de réduire simplement le sac avec son contenu, sans même le lier.

§ III. — MÉTHODES QUI NE LIBÈRENT PAS LE SAC. — Dans les méthodes suivantes, si la séparation du sac des parties voisines n'est pas toujours négligée, elle est cependant considérée comme peu importante; en tout cas le canal inguinal n'est pas débarrassé dans sa totalité du feuillet séreux.

Ainsi faisait-on dans les premiers essais de cure radicale, où le sac herniaire était laissé en place et simplement fermé au niveau du péritoine; l'opération était complétée par la suture des orifices inguinaux.

Ainsi faisait Stokes. *Czerny* pratiquait la suture intérieure du collet. Le sac était ouvert, puis, à l'aide d'une aiguille très recourbée, un fil de catgut était faufilé sur le pourtour de la surface interne du collet, qui était fermée par plissement comme une bourse en tirant sur les extrémités de ce fil. Socin, après cette suture, séparait par une section transversale la portion supérieure du sac, qu'il refoulait vers le ventre, et la partie inférieure, qui était laissée en place.

Buchanan (1) fait de même : la moitié inférieure du sac est repliée

(1) BUCHANAN, *Brit. med. Journ.*, t. I, 1879.

en bas pour former une vaginale au testicule (il s'agit de la hernie congénitale complète), la portion supérieure est refoulée en haut et roulée en forme de boule jusqu'à l'anneau profond. Là, il le fixe par une suture passée à travers les parois du canal. Deux autres sutures sont passées plus bas, et ne comprennent pas le sac-tampon. Enfin, fermeture de l'anneau superficiel.

Mais d'autres chirurgiens laissaient le sac entier en place. *Schede*, pour le faire oblitérer, suturait les lèvres de l'incision de ce sac avec celles des téguments; un drain mis dans sa lumière laissait écouler les liquides. *Julliard*, dans le même but, faisait la suture en pique des parois du sac, c'est-à-dire le capitonnage, qui trouva en *Ter-rillon* un défenseur. Ces sutures en capiton devaient être placées sur toute la hauteur du sac, de haut en bas, mais aussi haut que possible.

Goodwin (1) ne fait qu'un seul plan de ces sutures en capiton, le long du cordon, et en réséquant la portion exubérante du sac. Celui-ci étant étiré en avant du cordon et du testicule, une suture de sellier est faite de bas en haut le long du bord adhérent du sac, et aussi près que possible des organes qu'il recouvre et auxquels il adhère. Avec des ciseaux, on sectionne la portion en excès du sac le long de la ligne de suture.

Léonte (2) et *Wölfler* (3) font l'oblitération du collet, qu'ils séparent et isolent à la façon de *Czerny*; puis ils recherchent l'occlusion du reste du sac, le premier par le raclage de sa surface interne à l'aide d'une curette, le second par la cautérisation au thermocautère.

Bottini (4), comme les auteurs précédents, n'attache pas grande importance au sac, qu'il excise en partie dans la hernie congénitale, et qu'il n'enlève dans la hernie acquise que s'il est volumineux, et considère comme seul capital le temps de la fermeture de l'anneau profond.

Il est facile de comprendre que les auteurs précédents qui respectent le sac se sont trouvés en présence de hernies congénitales, dans lesquelles précisément le sac est difficile à disséquer. Aussi, pour le supprimer, avons-nous imaginé et employé, dès 1893, dans ces cas, un procédé plus simple (5), qui consiste, une fois le collet isolé et fermé par une suture en bourse, à faire le retournement du reste du sac fendu longitudinalement autour du testicule et du cordon; c'est ainsi mettre à l'abri de l'hydrocèle ou de tout autre épanchement, et rendre inutile le capitonnage, le raclage ou la cautérisation.

§ IV. — MÉTHODES AUTOPLASTIQUES. — Les manœuvres ordinaires deviennent insuffisantes lorsqu'il y a éversion avec élargissement

(1) GOODWIN, *New York med. Journ.*, 1894.

(2) LÉONTE, *Congrès de chir.*, 1888.

(3) WÖLFLE, *Beiträge zur Chir. Festschrift für Th. Billroth*, 1892.

(4) BOTTINI, *Riforma medica*, 1891.

(5) JABOULAY, in *Cure radicale de la hernie inguinale*, thèse AGIER, Lyon, 1895, p. 91.