

faitement oblitéré et peut exposer à l'issue brusque et aussi à l'accident obligatoire en pareil cas, à l'étranglement. Aussi est-on autorisé à proposer la cure radicale, dans le but surtout d'éviter l'étranglement, et ce conseil sera bon principalement en face des différentes variétés de hernies congénitales interstitielles, propéritonéales, péritonéo-vaginales. Si la hernie inguinale est énorme, qu'elle ait perdu droit de domicile, et qu'on ne puisse sans danger, soit à cause des conditions locales, soit à cause de l'âge ou de la santé du sujet, pratiquer la cure radicale, il faut faire porter un suspensoir compresseur du scrotum, qui se resserre à volonté comme une bottine lacée. Grâce à cette compression, que l'on peut rendre élastique et douce, d'énormes hernies ont pu diminuer beaucoup de volume. Les hernies irréductibles peuvent être traitées soit par le bandage, soit par l'opération : le bandage aura une pelote concave ou bien une pelote très souple pour ne pas froisser l'épiploon, qui est le plus souvent descendu.

Le meilleur bandage inguinal est le bandage français, la pelote faisant corps avec la ceinture. La pelote doit être ovalaire, à grosse extrémité inférieure et interne, souple, peu convexe et large; toutes les hernies inguinales réductibles n'ayant pas un gros volume, interstitielles, pubiennes ou scrotales s'accrochent bien de ce bandage. La pelote ne doit pas être placée sur le pubis : elle y comprime le cordon et découvre le canal inguinal; elle ne doit pas non plus être placée en face de l'orifice profond : c'est sur l'orifice externe qu'elle doit être appliquée. Comme cet orifice regarde en bas et en avant, il faut que la pelote soit oblique, c'est-à-dire que le bord inférieur de la pelote soit plus en arrière que le bord supérieur; et plus la hernie descend, plus l'obliquité de la pelote doit être grande. Le ressort du bandage doit donc être tordu en conséquence. Le sous-cuisse n'est utile que chez les individus à ventre plat. Pour éviter la compression du cordon, on peut faire creuser la pelote, ou l'échancre, comme le conseillait John Wood.

Pour les hernies très volumineuses, à orifices larges, la pelote doit être triangulaire et terminée par un angle en bec de corbin qui s'applique sur le pubis et empêche la descente de la hernie dans les bourses. Un sous-cuisse part de cet angle inférieur de la pelote, traverse le périnée et va se fixer au bandage, du côté opposé à la hernie qu'il s'agit de maintenir. Les hernies très difficiles à maintenir, si elles ne sont pas opérables, peuvent enfin être justiciables de l'application des bandages de Dupré ou de Prévost.

Traitement de l'étranglement de la hernie inguinale. — Que la hernie s'étrangle chez l'enfant, ou chez l'adulte, la conduite est la même; essayer de réduire, mais sans violence, ne jamais faire le taxis forcé; une manœuvre, qui nous a réussi une fois chez un petit enfant de un an, est la suivante : au lieu de refouler directement la hernie en arrière et en haut, je l'ai, au contraire, allongée et étirée

en bas comme pour l'effiler, et j'ai pu la réduire. On se méfiera, après ces réductions, de la possibilité d'une réduction en masse, et on ne tardera pas trop à opérer et à débrider. Dans les diverses variétés de hernies congénitales, le collet principal, situé vers l'orifice profond, ou bien l'un des diaphragmes échelonnés sur le canal vagino-péritonéal, sont les agents de l'étranglement; on les examinera tous et on n'abandonnera pas une hernie étranglée avant d'avoir introduit son doigt dans l'abdomen par l'intérieur du sac herniaire, parcouru ainsi dans sa totalité. Quant à la façon de débrider l'obstacle et au sens du débridement, c'est là une question oiseuse : il faut mettre au jour le point ressermé, le charger sur son index gauche, et alors l'inciser *de visu* avec des ciseaux mousses guidés sur ce doigt; nous n'employons jamais le bistouri de Cooper. L'intestin est attiré au dehors pour qu'il soit possible d'examiner les points resserrés, et d'en faire le traitement approprié, puis il est réintégré, ce qu'il est facile de faire si on tire sur le sac à l'extérieur, pour l'empêcher de se replier et de former des barrages sur la route que doit parcourir l'anse. On fait ensuite une cure radicale.

Ce serait nous répéter que de consacrer une description spéciale aux *hernies inguinales de la femme*. Le canal vagino-péritonéal a ici pour homologue le canal de Nüek, dont il a été question, et par lequel se font la plupart des hernies : celles-ci sont donc presque toujours d'origine congénitale. On peut observer parfois des hernies acquises. Quant aux variétés, elles sont identiques dans les deux sexes; seule la hernie enkystée à double sac paraît n'avoir été observée chez la femme que par Berger et Reclus; toutes les autres hernies ont leurs homologues dans les deux sexes, même la hernie avec ectopie testiculaire de l'homme, qui a pour pendant, dans le sexe féminin, la hernie de l'ovaire. Le canal de Nüek peut d'ailleurs donner des hydrocèles, même des hématoécèles congénitales, comme le canal vagino-péritonéal. Et pour le contenu, il n'a de spécial dans le sexe féminin que la présence possible des organes génitaux internes, ovaires, trompes, utérus, dont les hernies seront étudiées spécialement plus loin. Nous avons dit aussi quelle était la fréquence, d'après notre statistique, de la hernie inguinale chez la femme, et nous l'avons trouvée moindre que celle de la hernie crurale, contrairement à la statistique de Berger. Signalons, comme cause des hernies tardives, la grossesse et l'accouchement. Les signes fonctionnels sont identiques dans les deux sexes, et les degrés de la hernie, d'après ses dimensions et ses rapports avec le pli de l'aîne et la grande lèvre, c'est-à-dire la pointe de hernie, la bubonocèle, sont toujours les mêmes. L'hydrocèle congénitale, les kystes du canal de Nüek peuvent coexister avec ces hernies; ils ne seront pas pris pour elle. Quant au *traitement*, on a toujours le choix entre le bandage et la cure radicale; les mêmes indications et

contre-indications existent dans les deux sexes; les mêmes méthodes opératoires sont aussi applicables, mais la cure radicale est bien plus facile chez la femme, parce qu'on peut, sans arrière-pensée, sacrifier le pendant du cordon spermatique, si gênant chez l'homme, le ligament rond antérieur; et, en le fixant dans la suture de l'éventration inguinale, on peut supprimer celle-ci facilement et définitivement, sans compromettre la statique de l'utérus.

HERNIES CRURALES (1)

Les hernies crurales sont celles qui se font dans le triangle de Scarpa, à la partie supéro-interne de la cuisse, à travers l'anneau crural, c'est-à-dire entre la branche horizontale du pubis et le ligament de Poupart.

Connues autrefois sous le nom de *mérocèles*, elles durent la précision de leurs rapports, avec les vaisseaux fémoraux à Barbette et Verheyen; avec les autres éléments de l'anneau crural à Cooper, Scarpa, J. Cloquet, Malgaigne et Gosselin.

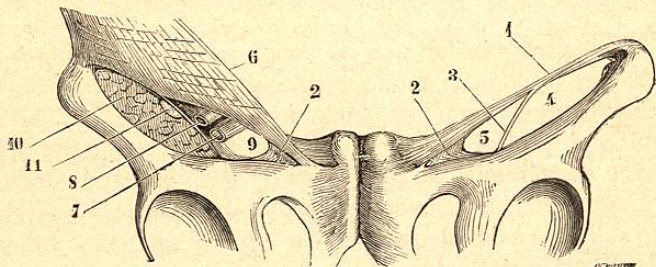


Fig. 89. — Canal crural. — 1, arcade crurale; 2, ligament de Gimbernat; 3, fascia iliaca; 4, ouverture pour le passage des vaisseaux fémoraux; 5, veine fémorale; 6, aponévrose du grand iliaque; 7, veine crurale; 8, artère crurale; 9, anneau crural; 10, psoas; 11, nerf crural.

L'orifice qui leur livre passage est formé par la partie la plus interne de l'anneau crural, qui est fermée par la lame celluleuse dite septum crural; il est donc en rapport en dedans avec le bord concave du ligament de Gimbernat, en dehors avec la veine fémorale et la gaine vasculaire, en avant avec le ligament de Poupart, en arrière avec le bord antérieur du pubis (fig. 89). Lorsque la hernie a franchi

(1) GOSSELIN (L.), *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1872, t. X, art. CRURALE. Indic. bibliogr. Voy. en outre la bibliogr. de notre art. HERNIE, p. 551. — AFFRE (E.), De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. Paris, 1876. — LUCAS CHAMPIONNIÈRE (J.), Cure radicale des hernies. Paris, 1887. — REVERDIN, Hernie crurale. Cure radicale. Siège de l'étranglement (*Revue de la Suisse romande*, 1887, t. VII, p. 612. — NICAISE, De l'étranglement de la hernie crurale (*Revue de chir.*, décembre 1889). — GROSS, RÖHMER et VAUTRIN, Nouv. él. de path. et de clin. chir., t. II. Paris, 1893, indic. bibliogr. — BASSINI, *Archiv für klin. Chir.*, 1894, Bd XLVIII, p. 1. — DELAGÈNIÈRE, *Arch. prov. de chir.*, 1896, n° 2. — TUFFIER, *Revue de chir.*, 1896, n° 3.

cet orifice, elle arrive dans l'infundibulum fémoralo-vasculaire de Thompson, espace virtuel ne renfermant que les lymphatiques ascendantes du membre inférieur, et qui devient un canal, le canal crural, lorsque un sac herniaire s'y est insinué: ce canal est limité en avant par le fascia cribriformis, en arrière et en dedans par l'aponévrose du pectiné, en dehors par la veine fémorale. Inférieurement, il répond aux orifices du fascia cribriformis, que la hernie peut encore franchir; après, elle est placée directement sous la peau.

Ainsi existent des degrés dans la hernie crurale; la *pointe*, lorsqu'elle commence à refouler le *septum crural*; la hernie *interstitielle*, qui distend le canal crural; la hernie *complète*, qui s'échappe par un orifice du fascia cribriformis. Celle-ci, d'ailleurs, comporte subdivision en *hernies récentes* et *hernies anciennes*; à cause de la différence de la constitution du trajet dans les deux cas, les premières ont un trajet, le canal crural, un orifice supérieur, l'anneau crural, un orifice inférieur, leur ouverture du *fascia cribriformis*; les secondes n'offrent qu'un seul orifice, par suite de l'usure du fascia cribriformis, dont l'ouverture se confond avec l'anneau crural lui-même.

Une fois en dehors de ce fascia, la hernie complète peut se porter en différents sens; elle grossit sur place, elle se porte, en bas, du côté de la saphène interne et vers la région des adducteurs, ou bien elle se recourbe de bas en haut et revient vers l'arcade crurale; enfin elle peut descendre, en grossissant d'une façon considérable sur la face antéro-interne de la cuisse et jusque vers la région du genou (Delore) (1).

La hernie crurale est en rapport avec des vaisseaux importants; d'abord des veines: la veine fémorale, qui est sur son côté externe; la veine saphène interne qui vient par son embouchure se placer en avant et en dehors d'elle; puis des artères: ce sont l'épigastrique et l'obturatrice, qui, par leurs anomalies, peuvent quelquefois, dans une cure radicale ou une kélotomie, exposer à des hémorragies redoutables; normalement situées, ces deux artères sont réunies l'une à l'autre par un rameau anastomotique qui descend sur la face profonde du ligament de Gimbernat; ce rameau peut devenir une véritable artère, et cela existe lorsqu'il représente une anomalie d'origine, l'obturatrice venant, par exemple, de l'épigastrique ou de l'iliaque externe, ou bien l'épigastrique étant fournie par l'obturatrice. Sans compter encore que l'épigastrique peut naître de la fémorale et contourner alors le collet de la hernie sur son côté externe.

Constitution de la hernie. — Le sac vient du péritoine, qui se double du septum crural et du tissu cellulaire ambiant, ainsi que souvent de véritables enveloppes lipomateuses dont on peut dédoubler deux ou trois assises; il n'est même pas rare, et nous en avons vu, de ren-

(1) DELORE, *Gaz. hebdom.*, 1898.