

J.-L. Petit, Cloquet, Breschet, pour le premier; par Malgaigne, Broca, Jarjavay, Richet et Gosselin pour le second. Il faut accepter, dans la très grande majorité des cas, le rôle de la vive arête joué par le ligament de Gimbernat, tel que l'ont indiqué Sédillot et Chassaignac.

Ce sont les petites hernies, les hernies maronnées qui s'étranglent vite; elles peuvent d'ailleurs fournir les pincements latéraux, qui n'existent que dans cette région et la région obturatrice, et qui ordinairement évoluent avec fracas, s'accompagnant de prostration, de douleurs vives, de vomissements, de ballonnement du ventre, de refroidissement des extrémités, et quelquefois de signes cholériformes. A côté de ces formes aiguës de l'étranglement, il est une forme insidieuse qui fait penser à une simple indigestion, mais qui s'accompagne de l'irréductibilité d'une tumeur du pli de l'aîne récente ou méconnue, ou considérée comme sans importance, de sa tension douloureuse, de l'arrêt des matières et de la circulation intestinale. C'est cette variété d'étranglement qui est compatible avec une survie et qui aboutit au sphacèle, à la perforation de l'intestin resté adhérent au collet, et par suite au phlegmon stercoral et à la fistule intestinale consécutive. En règle générale, il faudra traiter cet étranglement le plus vite possible et ne pas s'attarder à l'éventualité de l'inflammation de la hernie et de son contenu, à son engouement, qui n'existe que dans les vieilles et grosses hernies.

Traitement. — La hernie crurale est peut-être, de toutes les hernies, celle qui est le plus difficile à maintenir par un bandage. Celui-ci se déplace constamment sous l'influence des mouvements du membre inférieur, des changements d'attitude du tronc; le meilleur d'entre eux ou peut-être le moins mauvais serait le bandage français, celui de Poullien (fig. 90) ou celui de Raynal (fig. 91). Mais, en tout cas, on n'a jamais vu une hernie crurale disparaître sous l'influence du bandage. Cela explique que l'on ait cherché à faire pour elle ce que l'on avait fait d'abord pour la hernie inguinale, à l'opérer pour la guérir radicalement. Les seules contre-indications opératoires viennent de l'état général et de l'âge du sujet et, d'autre part, du trop grand volume de la hernie.

Nombreux sont les procédés opératoires, qui d'ailleurs ont dû varier par nécessité, suivant le volume de la hernie, la résistance des parois.

On peut les diviser tout d'abord en procédés qui utilisent la voie crurale, et ceux qui passent par la voie inguinale ou abdominale.

1° PROCÉDÉS CRURAUX. — On peut distinguer parmi eux ceux qui ne s'adressent qu'au sac, ceux qui ont pour but de fermer l'anneau et le canal crural, par des sutures, par le sac lui-même ou son contenu épiploïque, par des greffes ou des autoplasties, par l'incision de l'arcade crurale.

Billroth se contentait d'inciser le sac sans même l'extirper et sans s'occuper de l'anneau. De même la plupart des chirurgiens, en face d'une hernie crurale petite ou même de dimension moyenne, ne font que la résection du sac.

Il faut que la hernie soit bien minuscule, ou qu'elle soit réduite à l'état de kyste sacculaire pour qu'on puisse se contenter de la simple résection; d'ordinaire il est nécessaire de fermer l'anneau.

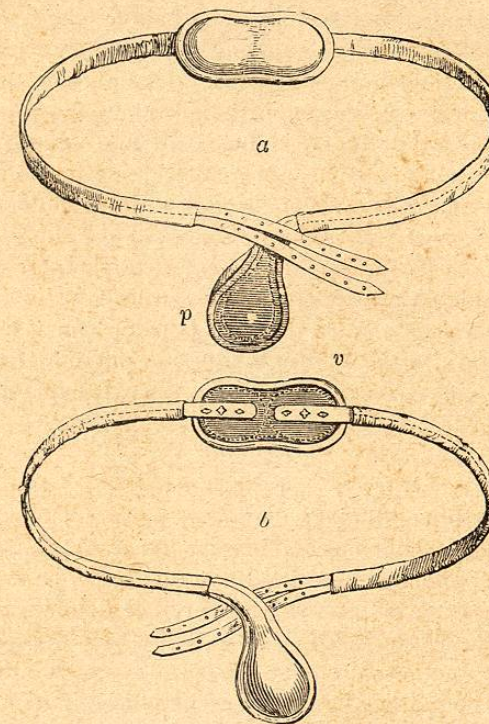


Fig. 90. — Bandage de Poullien. — Ce bandage se compose d'une pelote postérieure appliquée sur le sacrum. De cette pelote partent deux ressorts moulés sur le bassin, et passant entre la crête iliaque et le grand trochanter; le ressort du côté de la hernie se termine par une pelote dirigée presque verticalement en bas, et disposée de façon à presser tout à la fois de bas en haut et d'avant en arrière. Le ressort du côté opposé se termine, un peu en avant du grand trochanter, par une courroie qui vient se fixer sur la pelote herniaire.

FERMETURE DE L'ANNEAU PAR DES SUTURES. — Tricomi (1), après isolement et résection du sac, fait une suture en bourse avec 5 anses de soie, qui comprennent le ligament de Fallope, la gaine des vaisseaux, l'aponévrose du pectiné et ce muscle, le ligament de Gimbernat; les deux bouts de l'anse se nouent sur l'arcade de Fallope.

Mais ce procédé expose aux récurrences. Fabricius (2) réunit le liga-

(1) TRICOMI, *Revue de chirurgie*, 1892.

(2) FABRICIUS, *Revue de chirurgie*, 1894.

ment de Poupert à la branche horizontale du pubis. Si l'arcade fémorale résiste trop, on la détache à son insertion pubienne, cinq à six points de suture sont passés à travers l'arcade, l'aponévrose du pectiné, l'insertion du muscle et le périoste. C'est donc aussi en arrière que possible que l'on fait cette réunion du ligament au pubis.

Lucas Championnière, ayant, suivant les préceptes qu'il a formulés pour la cure radicale de toute espèce de hernie, réséqué le sac

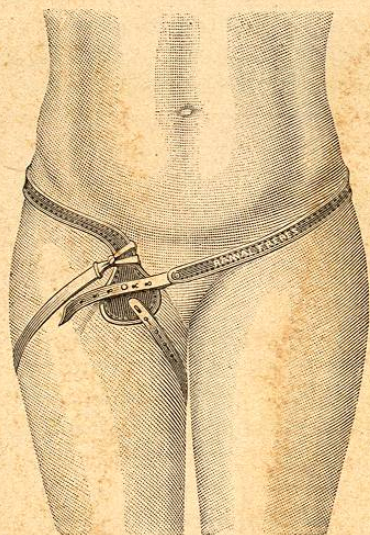


Fig. 91. — Bandage français pour hernie crurale. — L'ouverture d'avant en arrière doit être beaucoup plus grande pour les hernies crurales de la femme que pour celles de l'homme. L'arcade crurale étant plus en bas et en dehors de l'anneau inguinal, le collet du ressort doit avoir moins de longueur. Le ressort doit être moins long, vu que l'ouverture de la hernie crurale est plus près de la hanche que la hernie inguinale.

herniaire aussi haut que possible, place des fils de catgut accolant la gaine des vaisseaux à l'aponévrose du pectiné et au moyen adducteur, fils qu'il entre-croise pour augmenter la solidité de la paroi.

Berger passe sous l'aponévrose du pectiné une anse de fil dont les deux bouts ressortent dans le canal crural, l'un en dedans, l'autre en dehors; chacun de ces bouts est repris et traverse l'aponévrose de Fallope; ils sont croisés en avant d'elle; de la sorte l'aponévrose pectinéale est rapprochée du ligament et se trouve ainsi supprimer l'orifice interne de l'anneau crural. Ce procédé a donné à l'auteur, ainsi qu'à Wood et Cushing, de bons résultats.

Bassini, ayant réséqué le sac par une incision parallèle et sus-jacente à l'arcade, suture le revêtement aponévrotique de la crête pectinéale et le repli falciforme à l'aponévrose du pectiné.

Boltini fait des points de suture en bourse qui diminuent les dimensions de l'anneau.

Richelot (1) et Lockwood placent 3 fils, qui vont de dehors en dedans en prenant le contour externe de l'anneau fibreux au devant de la veine, puis le ligament de Gimbernat et ressortent à travers l'arcade crurale d'arrière en avant (2).

On voit, en somme, que tous ces procédés ont beaucoup de points de ressemblance et qu'ils sont à peu près équivalents.

UTILISATION DE L'ÉPIPLOON ET DU SAC. — Quelques chirurgiens, ayant affaire à une épiplocèle, terminent leur opération en liant simultanément le collet et l'épiploon, et en abandonnant simplement le moignon dans l'anneau. Ceux qui emploient ce procédé peuvent être assurés de la récurrence. L'épiploon doit être refoulé complètement dans le ventre, qu'il ait été ou non réséqué, et le sac doit être fermé au-dessous et en avant de lui.

Ce sac a été utilisé parfois. C'est ainsi que Kocher, l'ayant isolé et tordu, le fait passer à travers une petite ouverture pratiquée au-dessus de l'arcade fémorale. Dès 1891, j'ai utilisé ce que j'appelais la *suspension du sac* pour des hernies inguinales et crurales. Le résultat est beau immédiatement, mais le sac invaginé dans la paroi peut se sphacéler et produire de la suppuration consécutivement. C'est dire, par conséquent, que la torsion du sac (Ball) et son reploiement en haut (Buchanan), tous des variantes, comme le procédé de Kocher, de la méthode de la suspension, me paraissent sans réelle utilité. Et je ne fais que rappeler, à titre de curiosité, la façon de pelotonner le sac de Mac Ewen et de le plisser comme une bourse à la manière de Bishop. Je renvoie, pour plus de détails, à la cure radicale de la hernie inguinale (Voy. p. 701).

PROCÉDÉS ANTOPLASTIQUES ET GREFFES. — Les muscles ou des portions osseuses du voisinage ont été parfois utilisés pour l'oblitération d'un anneau crural trop distendu. C'est le pectiné qui a été choisi par les opérateurs, qui se comportaient sans le savoir à peu près de la même façon. Le muscle, sectionné en partie plus ou moins considérable et à une certaine distance au-dessous de son insertion, était relevé jusqu'à l'orifice herniaire, et suturé à l'aponévrose crurale. Ainsi ont fait Salzer, Cheyne et Schwartz (3). Poulet propose d'utiliser seulement le tendon du premier adducteur.

Au lieu de muscle, Trendelenburg prend de l'os pour oblitérer l'orifice herniaire. Grâce à une vaste incision transversale et longitudinale, il détache une grande portion de la face antérieure du pubis qu'il redresse, comme les chirurgiens précédents

(1) RICHELLOT, *Soc. de chir.*, 1892 et LOCKWOOD, *The Lancet*, 1893.

(2) SALZER, *Centralblatt für Chir.*, 1892. — CHEYNE, *The Lancet*, 1892. — SCHWARTZ, *Congrès de chir.*, 1893. — HACKENBRUCH, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1894. — DOUHAIRET, *Étude des procédés opératoires appliqués à la cure radicale de la hernie crurale*. Lyon, 1896.

(3) SCHWARTZ, *Soc. de chir.*, 1892. — *Assoc. franç. de chir.*, 1893. — DELAGÈRE (du Mans), *Arch. prov. de chir.*, février 1896.

faisaient pour le pectiné, et maintient par les mêmes sutures.

Nous-même avons proposé, dans la thèse de Douhairet, de désinsérer le ligament de Poupart en dedans, mais en emportant avec lui une portion osseuse comprenant une portion du pubis et de l'épine. Ce procédé est intermédiaire au Fabricius et au Trendelenburg.

On a vu des chirurgiens faire de véritables greffes hétéroplastiques : une fois Schwartz a placé un tampon de catgut pour faire un bouchon cicatriciel renforçant l'anneau crural ; Thiriar a greffé, dans l'orifice herniaire, une portion d'une tête humorale qu'il venait de réséquer. Le plus ordinairement le même auteur se contente de placer une plaque d'os décalcifié. Cet os est remplacé par du tissu fibreux qui se soude avec le voisinage et refoule le péritoine.

Enfin Delagenière (du Mans) veut qu'on sectionne l'arcade crurale dans toute son épaisseur, au-dessus de la hernie ; le sac est réséqué aussi haut que possible. Puis des catguts sont passés à travers l'aponévrose du pectiné, la bandelette iléo-pectinée et le périoste ; ces catguts, entrant à travers l'une des lèvres de l'incision faite sur l'aponévrose de Fallope, ressortent par l'autre lèvre ; on les serre, on les noue, et l'arcade s'affaisse vers la branche horizontale du pubis et en arrière ; c'est dans trois cas de hernies petites ou moyennes que l'auteur a employé son procédé. On peut lui reprocher de créer un point faible dans une région où déjà des orifices anormaux se sont constitués.

2° PROCÉDÉ INGUINAL. — C'est Ruggi qui, en 1892, a attiré l'attention sur cette façon d'aborder les hernies crurales. Avant lui, A. Cooper avait conseillé de débrider par la voie inguinale pour les étranglements des hernies crurales, et Annandale avait fait, en 1876, deux fois la cure radicale par cette route. Depuis, le procédé inguinal a été employé par Tuffier et conseillé par Berger.

Voici en quoi il consiste : le sac crural ayant été isolé, on incise la paroi antérieure du trajet inguinal, on relève le cordon ou le ligament rond ; puis on sectionne la paroi postérieure du trajet inguinal. On est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : le collet du sac est reconnu, attiré, dégagé par cette incision inguinale ; le contenu et le contenant ayant été traités comme il convient, le collet est lié et réduit ; on suture d'abord l'orifice crural, puis la plaie faite à la région inguinale.

3° LAPAROTOMIE. — Lawson Tait a voulu aussi traiter par la laparotomie les hernies crurales, comme les hernies inguinales. Nous renvoyons à ce que nous avons dit de cette façon de faire (p. 718), en faisant simplement remarquer que la fermeture de l'orifice interne ne saurait être simplifiée par cette manœuvre indirecte, quoique puisse en penser Widenham Maunsell (1) qui, après sa laparotomie

(1) WIDENHAM MAUNSELL, *British. med. Journ.*, 1871.

médiane et la réduction du contenu de la hernie, fait une suture en bourse de l'orifice herniaire et la déclare très facile.

Voyons les *résultats* de tous ces procédés.

D'abord la cure radicale de la hernie crurale est bénigne ; les cas de mort sont nuls, c'est à peine s'il peut se produire à cause d'elles des inconvénients, comme des douleurs immédiates très vives du côté de la vessie. Mais est-elle efficace ? on peut répondre, le plus souvent oui ; cependant il existe les récidives. En nous reportant au consciencieux travail de Bresset (1), nous voyons 395 observations de cures radicales ; 202 se rapportent à des hernies non étranglées, et 193 à des hernies crurales étranglées. Or, dans une première série de 232 cas, sans suture de l'anneau, nous trouvons 67 récidives ; dans une deuxième série de 163 cas avec suture de l'anneau, il n'y a que 14 récidives. En tout, 81 récidives s'adressant principalement aux hernies volumineuses à anneau crural très élargi. En effet, il faut le remarquer tout d'abord, on doit distinguer dans les résultats définitifs, deux espèces bien différentes de hernies crurales : les unes à *orifice étroit*, entourées de tissus résistants, les autres à *orifice large*, entourées de tissus affaiblis. Les premières guérissent avec le plus simple de tous les procédés, les autres avec des chances de récidives, et le nombre des procédés imaginés contre elles montre bien les difficultés qu'il y a à les maintenir.

Lucas-Championnière déclare avoir eu des résultats satisfaisants pour les hernies petites et moyennes, et, sur 21 cas publiés en 1893 et en 1894, il ne signale pas de récidive.

Sur 45 cas, Camson rapporte 9 récidives ; 3 fois on n'avait pas fait de suture de l'anneau. Mauvriez n'a pas enregistré de récidives dans les cas qui n'ont pas été traités par la suture de l'anneau. Cependant, il est incontestable, en nous rapportant à la statistique de Bresset, citée plus haut, que les résultats sont meilleurs avec que sans la suture de l'orifice herniaire. Cet auteur a relevé un cas de guérison durable par le procédé de Tricomi, 3 par la méthode de Berger, 54 par le Bassini. Berger dit avoir pratiqué 25 fois la cure radicale de la hernie crurale ; il a revu ses opérés, presque tous deux mois après, 5 après un temps plus long, 2 après six mois, 1 après un an, 1 après trois ans, les résultats ont été excellents. Ce sont aussi 3 guérisons définitives datant de un an que Delagenière a enregistrées. Nous ne dirons rien des statistiques des auteurs qui ont utilisé l'épiploon ou le sac pour oblitérer le trajet herniaire parce qu'ils ont employé en même temps la suture de l'anneau, et que, d'autre part, nous n'attachons pas d'importance à l'utilisation du sac à leur manière.

(1) BRESSET, Des résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale, thèse de Paris, 1895. — *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1893. — *Revue de chir.*, 1894. — CAMSON, Cure radicale de la hernie crurale, thèse de Lyon, 1893. — MAUVRIEZ, thèse de Lyon, 1893. — BERGER, *Bull. méd.*, 1895.

Nous nous contenterons de dire que, dans les hernies petites ou moyennes, il faut suturer l'anneau par l'un des procédés décrits plus haut, par le procédé de Berger, si l'on veut.

Les hernies crurales dont l'orifice admet deux et trois doigts sont traitées surtout par les procédés autoplastiques.

Or sur 10 opérés de Salzer, 1 seul a été suivi onze mois. D'autres résultats ont été publiés, mais moins de six mois après l'opération; nous n'en tenons pas compte: cette limite de six mois fixant pour nous les résultats dits éloignés sinon définitifs.

Schwartz a donné encore un résultat récent de cure radicale par le relèvement du moyen adducteur.

Des 5 malades opérés par Trendelenburg suivant son procédé, 2 avaient des récidives, 1 était guéri deux ans après, mais avec une hernie inguinale, 1 autre avait une tendance à la récidive. On peut faire remarquer que les grands délabrements du Trendelenburg peuvent exposer aux éventrations et aux hernies dans les points que cette opération intéresse.

Thiriar signale 21 bons résultats immédiats par sa greffe décalcifiée, mais 2 fois la suppuration était telle que le transplant dut être enlevé.

Nous ne saurions donc dire, d'après les statistiques, quel est le meilleur des procédés autoplastiques pour les grosses hernies, et si ces dernières ne bénéficieraient pas autant de la suture de l'anneau pratiquée comme pour les hernies de petit volume, que des grands procédés compliqués.

Inutile de dire que la laparotomie de Lawson Tait doit être repoussée.

Quant au procédé de Ruggi, il a donné à son auteur 4 guérisons sur 4, plus de six mois après.

Tuffier a pratiqué, ou à peu près, l'opération de Ruggi 42 fois. Sur 12 résultats éloignés, 1 récidive, 7 autres cas très bons. Mais cette méthode n'est pas meilleure que la méthode crurale, à laquelle il faut, en somme, toujours revenir, et qui, mieux connue et mieux employée, donnera des guérisons définitives de plus en plus nombreuses.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS. — L'étranglement est très fréquent dans les hernies crurales, ainsi que nous l'avons établi en traitant de cet accident (p. 600). Le taxis a peu de chances de réussir; cependant nous avons vu une fois une hernie crurale étranglée rentrer sous l'influence de l'attitude du renversement; le malade ayant été mis la tête presque en bas, fortement déclive, les pieds en l'air. Nous avons dit qu'il fallait vite opérer les hernies crurales atteintes d'étranglement parce que les lésions intestinales peuvent être très rapidement graves. L'agent de l'étranglement est ici surtout le ligament de Gimbernat, et, par suite, c'est sur lui qu'il faut faire porter la manœuvre

dite du débridement. Il est bien rare que le collet de la hernie étrangle à lui seul; c'est justement dans ces hernies que l'on faisait autrefois le débridement externe, sans ouvrir le sac, à cause de la crainte de la péritonite.

Aujourd'hui, il faut toujours ouvrir le sac, mais aussi débrider le Gimbernat. J'ai dit (p. 727) que, le plus souvent, je le dilatais avec l'index, pour ne pas m'exposer à blesser le rameau artériel réunissant l'épigastrique et l'obturatrice, que tout au plus je me servais de ciseaux mousses guidés sur mon doigt pour le sectionner vers son bord falciforme, et que jamais je n'employais le bistouri de Cooper.

L'inspection des contours du sac, son traitement approprié, la cure radicale consécutive de la hernie, tout cela nous est connu et a été décrit; il faudra mettre toujours en pratique les préceptes que nous avons formulés à propos de chacune de ces éventualités. Le phlegmon herniaire, sans retentissement sur le péritoine, sera simplement incisé, et la fistule intestinale consécutive traitée ultérieurement comme il convient.

HERNIES OMBILICALES (1).

Les hernies ombilicales sont des tumeurs consécutives à l'issue des viscères abdominaux par l'orifice ombilical, que cet orifice soit encore normalement ouvert chez l'embryon, ou qu'il soit déjà oblitéré et pathologiquement distendu chez le fœtus et après la naissance.

On divise ces hernies en *congénitales* et *acquises*, suivant qu'elles se sont développées durant la vie intra-utérine ou après l'accouchement. Le terme de congénital, pris dans cette acception, sera encore conservé ici, pour ne pas créer de confusion; et pourtant il existe des hernies ombilicales, comme des hernies inguinales, qui mériteraient l'appellation de congénitales, non pas parce qu'elles remontent elles-mêmes à une période antérieure à la naissance, mais parce qu'elles se produisent, fût-ce chez l'adolescent ou chez l'adulte, grâce à une disposition d'origine congénitale.

(1) DEBOUT, Considérations pratiques sur les hernies ombilicales congénitales et sur leur traitement (*Bull. de thérap.*, 1861). — PLANQUE, Les omphalocèles congénitales, thèse de Paris, 1861. — DUPLAY, De la hernie ombilicale, thèse de concours, 1866. — ORLIAC, Des hernies ombilicales congénitales, thèse de Paris, 1877. — MARDUEL, *Dict. de méd. et de chir. prat.* publié sous la direct. de Jaccoud, art. OMBILIC, Paris, 1877, t. XXIV. — TERRIER (F.), Cons. clin. sur la hernie ombilicale étranglée (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 17). — HERZOG, Ueber die Bildung des Nabebringes, etc. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1890). — MAX HERTZFELD, Ein Fall von Nabelschmirbruch, Inaug. Dissert., Königsberg, 1892 (bibliographie allemande des travaux antérieurs). — LINOCFORS, Zur Lehre vom Nabelschmirbruch und seiner Behandlung (*Samml. klin. Vorträge*, n° 63, 1893). — P. BERGER, Hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire (*Revue de chir.*, octobre 1893, t. XIII, p. 797); et *Traité de chirurgie* de Duplay et Réclus, t. VI. — P. VIENNE, Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales, thèse de Paris, 1894. — KIRMISSON, Maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris, 1898.