

*Cure radicale.* — Je dirai d'abord que la cure radicale peut être obtenue dans l'enfance et dans la jeunesse par l'application continue d'un bandage bien fait, à la condition que la hernie ne soit pas trop volumineuse et que les anneaux ne soient pas trop dilatés.

Nombre d'opérations ont été pratiquées pour obtenir cette cure radicale, opérations dont pas une, on peut le dire, n'a cours dans la pratique ordinaire de la chirurgie. A l'inconvénient général d'être inefficaces la plupart joignent celui d'être dangereuses.

Ainsi que le fait si judicieusement observer Gosselin, on se demande comment une opération quelconque peut empêcher d'une façon définitive la sortie de la hernie, lorsque l'opération de la kélotomie, dans laquelle on fend et fait suppurer le sac, ne met pas à l'abri d'une nouvelle hernie.

Je vais cependant signaler ces opérations. Dans les unes on agit sur le sac, dans les autres sur les téguments. Voyons d'abord les premières.

Il en est qu'il ne faut citer que pour mémoire : telles sont la castration pratiquée par des charlatans qui enlevaient à la fois le sac et le testicule, la ligature qui a été exécutée de diverses façons. Certains chirurgiens incisaient la peau et étreignaient le sac dans une ligature qui embrassait aussi le cordon; faite avec un fil d'or, elle portait le nom de point doré. Puis on a évité de comprendre le cordon dans la ligature, ce qui déterminait l'atrophie du testicule correspondant. On a fait aussi la ligature sur la peau.

Dans la suture royale, on découvrait le sac, on le cousait longitudinalement et on retranchait la partie située en dehors de la suture.

Au nombre des procédés anciens et oubliés se rangent encore l'excision, l'incision du sac suivie d'un pansement à plat, la compression immédiate exercée sur le sac mis à nu, les scarifications faites sur la paroi antérieure du sac au voisinage de l'anneau inguinal, la réduction du sac après dissection, dissection qui ne peut être pratiquée que dans les hernies récentes.

J'en viens maintenant aux procédés modernes.

Bonnet traversait le sac au niveau de la racine des bourses avec deux ou trois épingles sur lesquelles étaient fixés de chaque côté des morceaux de liège destinés à comprimer par leur rapproche-

ment les parties traversées par les épingles, qui étaient elles-mêmes repliées de façon à maintenir les morceaux de liège.

J. Guérin a employé le débridement sous-cutané de l'aponévrose du grand oblique et de l'orifice externe du canal inguinal.

Belmas introduisait dans la partie supérieure du sac une petite poche en baudruche qu'il laissait à demeure, après l'avoir insufflée.

Au bout de vingt-quatre heures, il faisait sortir l'air contenu dans la poche, qui était destinée à produire une exsudation propre à boucher l'orifice du sac; Belmas favorisait par la compression la formation de ces adhérences. Le sac de baudruche devait lui-même se résorber.

Plus tard Belmas remplaça le sac de baudruche par des filaments de gélatine recouverts d'une lanière de baudruche.

*Injections iodées dans le sac.* — Velpeau y eut recours le premier. Après avoir découvert le sac par une incision et l'avoir ouvert avec la pointe du bistouri, il y injecta de la teinture d'iode, pendant qu'un aide comprimait le canal inguinal et empêchait le liquide de remonter dans la cavité abdominale. Depuis, des injections irritantes dans les sacs herniaires ont été faites en Allemagne, en Amérique. En France, Jobert, Maisonneuve, Ricord et Follin les ont également employées. Mais ces derniers chirurgiens ne découvraient pas, comme Velpeau, le sac pour faire l'injection. Ils y introduisaient le trocart par une ponction faite aux téguments.

La difficulté consiste à s'assurer que l'extrémité de la canule est bien dans le sac, faute de quoi on risque de pousser l'injection dans les enveloppes du testicule et d'en déterminer la mortification.

Pour ce faire, Maisonneuve avait recours à la manœuvre suivante : il traversait de part en part la bourse du côté de la hernie avec un long trocart mince, enlevait le poinçon et retirait doucement la canule en étalant sur elle les téguments, jusqu'à ce qu'il sentit que son extrémité se mouvait librement dans une cavité qui était celle du sac. Ricord se servait d'une longue canule traversant la bourse de part en part; cette canule portait à sa portion moyenne un orifice par lequel passait une tige articulée qui, par la liberté de ses mouvements, indiquait que cet orifice était bien dans la cavité du sac. On n'avait qu'à boucher l'extrémité de la canule, et



l'injection passait ainsi dans le sac. Pour déplier le sac, Follin faisait ressortir la hernie.

Mosner a cherché à obtenir l'oblitération de la partie supérieure du sac au moyen du séton. Voici son procédé : il enfonçait avec le doigt la peau du scrotum dans le canal inguinal, puis sur le doigt il conduisait une aiguille à dard au fond du cul-de-sac formé par la peau ainsi déprimée et la faisait ressortir au-dessus du pli de l'aîne, en traversant la paroi antérieure du canal inguinal. Il laissait alors la peau des bourses revenir à sa place et enlevait l'aiguille, en laissant le fil à demeure pendant une vingtaine de jours, durant lesquels il pratiquait au niveau du canal une compression qu'il continuait ensuite pendant un certain temps.

Wood (de King's College) a employé pour la cure radicale des hernies une méthode qui consiste à rapprocher par une suture sous-cutanée les parois du trajet herniaire. Voici son procédé pour les hernies inguinales volumineuses : le chirurgien réduit la hernie et s'assure, en enfonçant le doigt dans le canal, que tout est bien rentré dans l'abdomen ; un aide comprime l'anneau inguinal interne pour empêcher la hernie de se reproduire. L'opérateur pratique alors sur le scrotum, au niveau du fond du sac, une incision assez grande pour laisser passer l'index et dissèque les bords de la plaie dans l'étendue de deux centimètres, de façon à isoler la peau du fascia sous-cutané ; puis, portant l'index dans l'incision, il le dirige en haut et invagine le fascia qui se trouve devant lui. Sur ce doigt engagé dans le canal inguinal jusqu'à ce qu'il arrive sur le bord inférieur du muscle oblique interne, on conduit une grande aiguille courbe, sans fil, qui traverse le tendon du muscle oblique interne, la portion interne de l'anneau et la peau de l'abdomen. On engage alors un fil métallique dans le chas de l'aiguille et on la retire. L'extrémité inférieure du fil est introduite dans l'aiguille, et celle-ci, engagée de nouveau de bas en haut dans la plaie du scrotum, passe à travers le ligament de Poupart et le pilier externe de l'anneau et vient ressortir par le point qui lui a déjà livré passage. On la réintroduit encore au même endroit, on lui fait traverser l'aponévrose triangulaire qui recouvre le bord externe du muscle droit au niveau de l'épine du pubis, et on la dirige obliquement de manière à la faire ressortir pour la

troisième fois par la même ouverture, qui livre alors passage aux deux extrémités du fil métallique et à une anse intermédiaire. On rapproche les parois du canal en tirant sur les fils que l'on attache sur une compresse. Pour les hernies congénitales et les petites hernies des enfants, Wood emploie des épingles rectangulaires dont il se sert de la manière suivante : le scrotum étant invaginé (sans faire d'incision) aussi loin que possible dans le canal inguinal, on enfonce à travers la peau de la région inguinale et sur le doigt du chirurgien une épingle à tête recourbée et en fer de lance. On la dirige à travers le canal et on la fait ressortir sur le scrotum, au niveau du fond du sac herniaire. On fait ensuite passer de bas en haut une seconde épingle par le point d'émergence de la première, on lui fait traverser la partie postérieure du pilier externe de l'anneau superficiel et on la fait ressortir ou à l'endroit même où la première épingle a été enfoncée ou très-près de cet endroit. On réunit les extrémités correspondantes des deux épingles, et on protège la peau au moyen de taffetas (1).

Le cautère actuel, les caustiques potentiels ont été autrefois employés de diverses façons, certains chirurgiens agissant sur les téguments, d'autres appliquant les caustiques sur le sac mis à nu ou même incisé.

Voyons maintenant les procédés dans lesquels on agit sur la peau :

Mayor faisait un large pli cutané vertical correspondant au sac herniaire et maintenait ce pli par plusieurs points de suture enchevillée.

L'invagination, c'est-à-dire l'introduction dans le canal inguinal de la peau de la bourse renversée et destinée à former bouchon, a été essayée à l'aide de plusieurs moyens.

On a eu recours, pour maintenir l'invagination, tantôt à la suture, tantôt à l'application d'un instrument spécial. Quelques chirurgiens ont employé simultanément l'invagination et la cautérisation.

Gerdy enfonçait la peau dans le canal inguinal avec l'indicateur gauche, puis, au moyen d'une espèce de sonde à dard pourvue d'un

(1) J'ai emprunté la description de ces deux opérations au manuel de Joseph-Bell, et j'avoue que je ne l'ai pas trouvée parfaitement claire.



chas et armée d'un fil double, il traversait le fond de la partie invaginée et la partie antérieure du canal inguinal. On saisissait et maintenait à l'extérieur un des chefs du fil double; le chirurgien retirait l'aiguille et la faisait ressortir plus en dedans. Les deux chefs doubles de chaque extrémité du fil étaient alors noués sur un bout de sonde et fixés de cette façon. Après avoir d'abord détruit avec l'ammoniaque l'épiderme de la peau invaginée, Gerdy avait renoncé à cette pratique. Il enlevait la suture au bout de trois ou quatre jours.

Lehman et de Bruns ont apporté à l'opération de Gerdy des modifications peu importantes.

Wurtzer se servait pour l'invagination d'un instrument spécial. Il y avait d'abord un invaginateur cylindrique en bois ou en ivoire traversé par une aiguille courbe que l'on pouvait faire saillir près du sommet de l'invaginateur.

L'invaginateur mis en place et refoulant la peau dans le canal inguinal, on plaçait au-devant de ce canal une plaque compressive qui était fixée sur l'invaginateur au moyen d'une fourchette, d'un écrou et de l'aiguille qui perçait la peau du scrotum, la paroi antérieure du canal inguinal et la peau de la région inguinale.

Les deux portions de l'appareil, serrant suffisamment les parties qu'elles interceptaient, étaient laissées en place quinze ou vingt jours.

L'appareil de Wurtzer a été modifié par Sotteau et Rothmund. Ce dernier a cherché, entre autres choses, à lui donner plus de largeur afin qu'il pût être appliqué à la cure de hernies plus volumineuses.

Leroy d'Étiolles a employé pour l'invagination une pince à branches concaves. Il introduisait une des branches au fond du cul-de-sac formé par la peau enfoncée dans le canal inguinal et laissait l'autre à l'extérieur. Une vis permettait de rapprocher les mors de la pince de façon à procurer l'adhésion ou la mortification des parties qu'elle étreignait.

Langenbeck a proposé un instrument analogue avec cette différence que les branches de sa pince ou klammer sont droites au lieu d'être concaves et compriment dans toute leur étendue les parties qu'elles embrassent.

Wattmann se servait, en manière d'invaginateur, d'un bouchon

de liège qu'il fixait sur un autre bouchon placé à l'extérieur à l'aide de deux fils traversant la paroi antérieure du canal inguinal.

Valette a combiné l'invagination et la cautérisation. Il s'est arrêté en dernier lieu à un appareil instrumental assez compliqué composé d'une ceinture destinée à fixer l'invaginateur, d'un invaginateur traversé par une aiguille qui vient percer la peau au sommet de la partie invaginée et qui est elle-même creusée à trois ou quatre centimètres de sa pointe d'une gouttière dans laquelle on place une bandelette de caustique de Canquoin. Le sommet de la portion de peau invaginée et la partie supérieure de la paroi antérieure du canal inguinal sont au bout de douze heures suffisamment atteintes par le caustique qui doit les mortifier, et on fait alors saillir l'aiguille jusqu'au delà de la portion qui contient le caustique que l'on enlève.

Au besoin Valette recourait en outre à la vésication de l'infundibulum tégumentaire.

Aucun des procédés que je viens de passer en revue ne me paraît présenter des garanties suffisantes de succès pour être mis en pratique.

*Étranglement.* — En fait de moyens rentrant dans le domaine de la médecine opératoire, la thérapeutique de l'étranglement compte le taxis, la ponction de l'intestin, le débridement ou kélotomy.

Le taxis, que j'ai déjà décrit, sera rendu plus efficace à l'aide de l'anesthésie qui devra être poussée jusqu'à la résolution complète; on pourra le prolonger pendant un quart d'heure, et au besoin, si le chirurgien est fatigué, il se fera remplacer par un aide. Il faut bien se garder de déployer trop de force dans cette manœuvre et de faire ce qu'on a appelé le taxis forcé.

C'est ici le lieu de parler du taxis élastique et du taxis mécanique.

Le taxis élastique a été employé pour la première fois par Maisonneuve. Il applique une bande de toile autour de l'abdomen de façon à former une sorte de ceinture. Sur cette ceinture il fixe une des extrémités d'une longue bande de caoutchouc, qu'il conduit deux ou trois fois d'avant en arrière et d'arrière en avant en passant sur la hernie et remontant chaque fois jusqu'à la ceinture,



autour de laquelle il fait passer la bande de caoutchouc ; puis il termine en entourant la hernie de circulaires assez fortement serrées et arrête l'extrémité de la bande en l'engageant sous une des circulaires précédentes. On laisse les bandes appliquées pendant deux ou trois heures.

Lannelongue a eu recours à ce que j'appellerai le taxis mécanique ; il applique sur la hernie un sac contenant trois kilogrammes de grenaille de plomb.

Les taxis mécanique et élastique ont tous les deux rendu des services. Ce dernier ne peut être mis en usage que pour les hernies descendues dans les bourses.

*Ponction et aspiration.* — On avait abandonné comme inefficace la ponction avec un petit trocart de l'anse intestinale herniée, faite dans le but d'évacuer les liquides et les gaz contenus dans cette portion d'intestin, lorsque Dieulafoy a remis cette pratique en honneur, en ajoutant l'aspiration à la ponction.

Il se sert d'une aiguille n° 1 ou n° 2 adaptée à un de ses aspirateurs dans lequel le vide a été préalablement fait.

Il enfonce l'aiguille au niveau de la hernie et, lorsqu'elle a pénétré à un centimètre de profondeur, il ouvre le robinet qui la fait communiquer avec l'appareil, et elle se trouve ainsi armée du vide. On fait cheminer l'aiguille, jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans la cavité de l'intestin, ce dont on est averti par l'arrivée des gaz dans l'aspirateur. L'arrivée des liquides ne suffit pas en effet pour annoncer qu'on est dans l'anse intestinale, car il peut y avoir du liquide dans le sac que l'aiguille traverse avant d'atteindre l'intestin.

Il est quelquefois assez difficile d'introduire de prime abord le trocart dans l'intestin, mais on n'a alors qu'à faire une nouvelle piqûre, ces piqûres étant inoffensives.

La ponction avec aspiration appliquée à la cure des hernies intestinales étranglées est une pratique des plus utiles comme favorisant le taxis, et doit toujours être mise en usage avant d'en venir à la kélotomie.

Je ne parlerai pas de la dilatation des anneaux avec le doigt faite sans incision de la peau, préconisée par Seutin. C'est une manœuvre qui semble impraticable.

*Débridement ou kélotomie* (fig. 330, 331). — Le malade est préalablement chloroformé. Les instruments nécessaires pour pratiquer cette opération sont des pinces à dissection, des ciseaux, une sonde cannelée, un bistouri ordinaire et un bistouri boutonné. Le bistouri de Cooper, qui est concave, boutonné et mousse, sauf dans une petite étendue à une certaine distance du bouton, me paraît exposer à léser l'intestin et devoir, par conséquent, être proscrit.

Quant à la sonde ailée de Méry et à la spatule cannelée de Vidal (de Cassis), on ne s'en sert généralement pas.

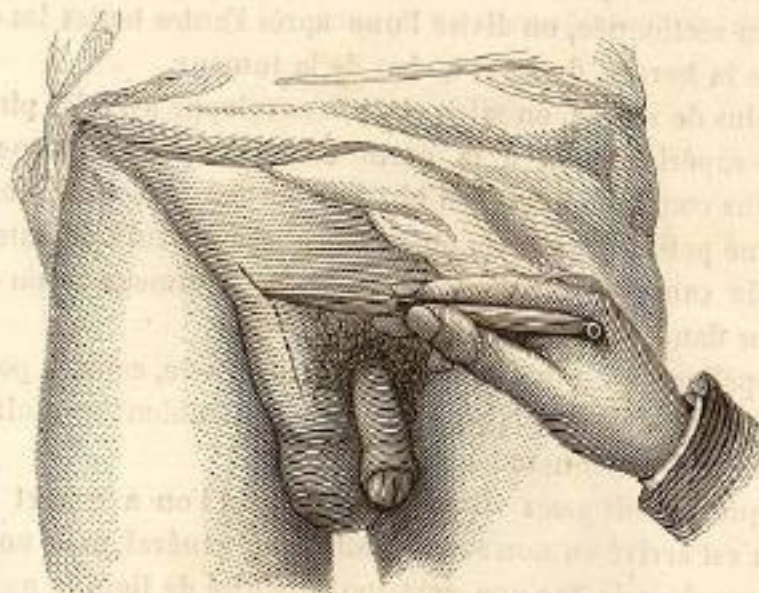


Fig. 330. — Hernie inguinale, kélotomie, incision des téguments.

Le chirurgien doit successivement inciser tous les tissus qui recouvrent l'organe hernié, jusques et y compris le sac herniaire, car la pratique employée par J. L. Petit, et qui consiste à réduire sans ouvrir le sac, est formellement contre-indiquée dans la hernie inguinale où l'étranglement est presque toujours produit par le collet du sac.

L'incision doit s'étendre sur toute l'étendue de la hernie et remonter à un centimètre au-dessus de son extrémité supérieure. Pour une hernie peu volumineuse ou descendant directement dans les bourses, on fera une incision rectiligne suivant l'axe de la tumeur. Mais si la hernie, ayant acquis un certain volume, est en



partie dans les bourses, en partie dans le canal inguinal, l'incision, suivant la direction des deux portions de la hernie, devra être curviligne à convexité supéro-interne.

Il faut, dans la division des enveloppes de la hernie, procéder couche par couche et avec les plus grandes précautions. Pour sectionner la peau, on peut former, perpendiculairement à la direction que l'on veut donner à l'incision, un pli dont un aide tient une extrémité, tandis que le chirurgien fixe l'autre, et diviser ce pli, soit du sommet à la base, soit de la base au sommet avec un bistouri enfoncé au-dessous, le tranchant en haut.

La peau sectionnée, on divise l'une après l'autre toutes les enveloppes de la hernie, du haut en bas de la tumeur.

Pour plus de sûreté, on saisit chaque enveloppe avec des pinces à la partie supérieure ou à la partie inférieure, suivant que cela paraît plus commode; avec un bistouri porté à plat on fait en dédolant une petite ouverture, puis par cette ouverture on introduit une sonde cannelée sur toute l'étendue de la tumeur et on divise alors sans danger cette enveloppe sur la sonde.

Je rappellerai ici que, pour la hernie inguinale, comme pour les autres du reste, les enveloppes de la tumeur semblent se multiplier en raison de l'ancienneté de la hernie.

Il est quelquefois assez difficile de savoir si l'on a ouvert le sac et si l'on est arrivé ou non sur l'intestin; en général, mais non toujours, il y a dans le sac une certaine quantité de liquide qui peut renseigner à ce sujet.

Maisonneuve dit avec raison que tant qu'on n'est pas sûr d'être sur l'intestin, c'est qu'on est pas arrivé jusqu'à lui.

Le plus souvent, je l'ai déjà dit, l'étranglement est produit par le collet du sac qui se trouve lui-même au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, et c'est à ce niveau que doit être pratiqué le débridement. Si l'étranglement siégeait à la hauteur de l'anneau externe ou si l'on pouvait amener le collet à l'extérieur, il n'y aurait pas plus de danger à débrider d'un côté que de l'autre, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Étudions donc le débridement pratiqué à l'anneau interne.

Bien que la hernie externe soit la plus commune, on ne peut presque jamais savoir d'une façon précise à quelle espèce on a

affaire. Dans aucun cas, on ne doit débrider en bas, car en agissant ainsi, on serait exposé à léser l'artère épigastrique dans la hernie externe et le cordon spermatique dans la hernie interne. Dans le cas de hernie externe, on peut débrider en haut et en dehors, et en dedans dans la hernie interne.

L'espèce de la hernie étant en général à peu près impossible à reconnaître et les indications que Chopart et Desault avaient voulu tirer de la position du cordon par rapport à la hernie ne pouvant donner que des renseignements très-sujets à caution, il est prudent, dans le doute, de débrider à la partie supérieure. En supposant qu'on ait affaire à une hernie interne, en ne donnant pas plus de quatre

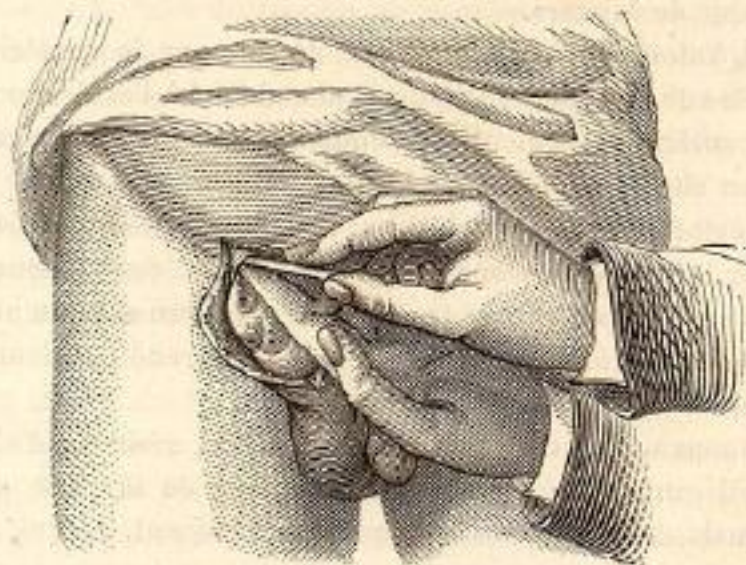


Fig. 331. — Hernie inguinale, kélotomie, section de l'anneau strangulateur.

millimètres à l'incision on ne blessera pas l'artère épigastrique. Pour plus de sûreté, si un seul débridement aussi peu étendu ne suffit pas, on pourra recourir à des débridements multiples et en faire plusieurs petits de un ou deux millimètres, comme l'ont conseillé Scarpa et Vidal (de Cassis).

Pour débrider, on porte l'indicateur de la main gauche au niveau de l'étranglement, de façon à protéger l'intestin avec l'ongle, tandis que sur la pulpe on conduit le bistouri à plat. L'usage de la sonde cannelée pour guider le bistouri expose à perforer l'intestin.



On n'a pas toujours le choix du point sur lequel on va débrider. Il arrive quelquefois que l'on ne peut introduire le bistouri boutoné qu'à un endroit donné de l'étranglement et non sur un autre. Si sur ce point on craint par une incision un peu étendue de s'exposer à quelque danger, on commencera par un petit débridement à ce niveau et ensuite on en pratiquera d'autres dans le voisinage.

Lorsqu'on rencontre de l'épiploon dans la hernie, il est prudent de ne pas le réduire, lors même qu'il paraît sain. Certains chirurgiens l'excisent, soit après avoir fait une ligature en masse, soit en liant à mesure les vaisseaux divisés. La ligature en masse n'est pas exempte de dangers.

Bonnet, Valette et Desgranges ont détruit par la cautérisation avec la pâte de Canquoin l'épiploon abandonné à l'extérieur. Desgranges cautérise le pédicule de l'épiploon avec un entérotome de Dupuytren chargé de chlorure de zinc. Il vaut tout autant abandonner l'épiploon sans le cautériser. Quant à l'intestin, on attire à l'extérieur la partie correspondante à l'anneau constricteur, afin de voir dans quel état elle se trouve, et lorsque un examen attentif n'a révélé ni perforation ni point déjà gangrené ou menacé de gangrène, on fait la réduction.

Reste le pansement. Quelques chirurgiens, désireux d'obtenir la réunion immédiate, réunissent les lèvres de la plaie par la suture, mais ces tentatives, lorsqu'elles échouent, ce qui arrive malheureusement trop souvent, ne sont pas sans danger. Aussi est-il préférable de s'en tenir à un pansement à plat.

Malgaigne faisait l'incision, non sur le sac et le scrotum, mais au niveau de l'étranglement, en la prolongeant un peu au-dessus et au-dessous, divisait tous les tissus jusqu'au péritoine exclusivement et réduisait, sans ouvrir le sac, si la cause de l'étranglement siégeait en dehors du sac. Dans le cas contraire, il sectionnait le collet, soit directement, soit après avoir fait au-dessus ou au-dessous de celui-ci une ponction pour introduire une sonde cannelée.

Ce procédé me paraît passible de graves reproches. Si l'on réduit sans ouvrir le sac, on s'expose à faire rentrer dans l'abdomen un intestin ou un épiploon en mauvais état; si on divise seulement le

collet du sac, on n'en laisse pas moins subsister un cul-de-sac formé par les enveloppes de la hernie et dans lequel le pus peut s'accumuler.

L'hémorrhagie, contre laquelle on prend tant de précautions, est un accident tout à fait exceptionnel.

J'ai supposé l'opération se faisant aussi régulièrement que possible, mais il n'en est pas toujours ainsi. L'opération de la hernie étranglée est, en effet, une de celles où l'imprévu a le plus de part.

Il arrive quelquefois qu'en avant de la hernie se trouve un kyste contenant du liquide qui peut faire croire que l'on a pénétré dans le sac.

Certaines hernies du cœcum n'ont qu'un sac incomplet, d'autres n'en ont pas du tout. Quant à l'étranglement, il peut être causé par des agents divers, des brides fibreuses, épiploïques, des déchirures du mésentère, etc. L'opération doit naturellement être modifiée suivant ces diverses circonstances.

Lorsque le chirurgien aura percé l'intestin ou qu'il existera une section peu étendue produite par l'étranglement, il fera la suture suivant un des procédés que j'ai indiqués, et réduira ensuite.

Si on tombe sur une portion d'intestin gangrené, la conduite à suivre devra varier suivant les cas; quand la partie gangrenée ne correspond point à l'anneau et ne comprend pas toute la circonférence de l'intestin, on peut débrider comme on le fait habituellement. On incise longitudinalement la portion mortifiée, sans l'exciser, et on établit ainsi un anus contre nature. Généralement, il existe au niveau de l'anneau des adhérences péritonéales suffisantes pour que l'intestin ne risque pas de rentrer spontanément. Pour plus de sûreté, on peut passer à travers le mésentère un fil que l'on fixe sur la paroi abdominale avec un emplâtre agglutinatif.

Si la gangrène s'étend sur toute la circonférence, on retranchera la partie mortifiée et on pourra aboucher et coudre l'une à l'autre les deux portions saines de l'anse, en divisant le mésentère, ou bien les fixer chacune isolément au niveau de l'anneau par deux ou trois points de suture entrecoupée faits de préférence avec un fil d'argent et comprenant l'intestin et la paroi abdominale.



Dans le cas où l'intestin est gangrené jusqu'au niveau de l'anneau la conduite de l'opérateur est assez difficile.

Il est à craindre, si l'on débride suivant le procédé ordinaire, que l'intestin se perforé pendant cette manœuvre au niveau ou au-dessus de l'étranglement et laisse écouler dans la cavité péritonéale les matières qu'il contient, épanchement dont on connaît toute la gravité. Comme en pareil cas, lorsque l'intestin gangrené est incisé, les matières s'écoulent librement en général, sans qu'on débride, bon nombre de chirurgiens considèrent tout débridement comme inutile et s'en abstiennent. Scarpa et Velpeau conseillent cependant le débridement fait suivant la méthode ordinaire. C'est pour ces cas que le débridement fait à travers l'intestin a été préconisé par Arnaud, débridement dans lequel on porte le bistouri dans la cavité de l'intestin dont on sectionne les tuniques de dedans en dehors avant d'arriver au collet du sac. Ce mode opératoire ne met pas à l'abri des épanchements dans le péritoine.

En somme, lorsqu'après l'incision de la partie mortifiée, les matières coulent librement, il n'y a pas lieu de songer au débridement, et, dans le cas contraire, on pourra imiter la pratique de Gosselin qui recommande de dilater l'anneau constricteur avec le doigt introduit dans l'intestin jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'écoulement des matières.

B. *Hernie crurale* (fig. 332). — La hernie crurale commune se fait par le canal crural. Le canal crural n'existe pas à l'état sain; se terminant en cul-de-sac à la partie inférieure, il constitue, comme le dit Richet, un infundibulum. Il n'y a, à proprement parler, de canal crural que lorsqu'il s'est formé une hernie qui sort à travers un des orifices du fascia crebriformis, et encore, en pareil cas, il arrive, surtout au bout d'un certain temps, que l'anneau crural et l'orifice du fascia crebriformis sont tellement rapprochés qu'il n'y a pas, à vrai dire, de trajet intermédiaire entre eux deux.

L'infundibulum commence en haut au niveau de l'anneau crural, orifice triangulaire limité en avant par l'arcade crurale, en dehors par le fascia iliaca, en dedans par la crête pectinéale recouverte par le ligament pubien de Cooper. C'est au niveau de l'angle interne de l'anneau que se trouve le ligament de Gimbernat, lame fibreuse triangulaire répondant en avant à l'arcade crurale, en

arrière à la crête pectinéale et au ligament pubien et libre par sa base dirigée en dehors, qui limite à ce niveau l'anneau crural.

L'artère fémorale occupe l'angle externe, et la veine l'angle postérieur du triangle, qui est recouvert par le péritoine et une lame celluleuse appelée septum crurale.

La portion interne de l'anneau, c'est-à-dire, celle qui se trouve en dedans de l'artère et de la veine fémorale, appartient seule au canal ou infundibulum crural.

La paroi externe de l'infundibulum est formée par la veine fémorale et la lamelle cellulaire qui l'isole, la postérieure par la portion du fascia lata qui recouvre le muscle pectiné et l'antérieure par le fascia crebriformis. Cette dernière est mince et percée d'une série de petits orifices qui livrent passage à des vaisseaux lymphatiques.

On y remarque un orifice plus grand qui laisse passer la veine saphène interne, au moment où elle va s'aboucher dans la fémorale. C'est à ce niveau que s'arrête l'infundibulum crural qui n'est occupé que par des vaisseaux lymphatiques et quelques petits ganglions. La longueur de cet infundibulum est en moyenne de vingt-cinq millimètres.

La hernie crurale s'engage dans la partie supérieure de l'infundibulum, chemine de haut en bas et, à un moment donné, sort par un des orifices du fascia crebriformis. Le canal crural est alors constitué.

On admet généralement aujourd'hui que dans la hernie crurale l'étranglement est produit rarement par le collet du sac, presque toujours par l'orifice du fascia crebriformis, contrairement à l'opinion ancienne qui regardait l'anneau crural comme l'agent le plus ordinaire de l'étranglement. Aussi se préoccupe-t-on beaucoup moins aujourd'hui de la direction à donner au débridement.

S'il fallait débrider sur l'anneau crural, on ne pourrait inciser en dehors à cause des vaisseaux fémoraux, ni faire en haut un débridement un peu étendu, car on tomberait sur le canal inguinal et les organes auxquels il livre passage. En sectionnant le ligament de Gimbernat, on ne risquerait rien, sauf dans les cas où l'artère obturatrice née de l'iliaque externe par un tronc commun avec l'épigastrique vient passer sur la base de ce ligament. En somme, il



vaudrait mieux agir en arrière, du côté du ligament pubien et faire un débridement multiple.

Chassaignac a signalé une variété spéciale d'étranglement produite par la base du ligament de Gimbernat sur laquelle vient se replier l'anse intestinale, et qu'il a appelée étranglement par vive arête.

Mais, je le répète, c'est très-rarement au niveau de l'anneau crural et beaucoup plus souvent sur l'orifice du fascia crebriformis que doit porter le débridement, et dans ce cas, pourvu qu'on ne dirige pas l'incision en dehors ou en bas, directions dans lesquelles on rencontrerait les vaisseaux fémoraux ou la saphène, et qu'on ne fasse pas, chez l'homme, un débridement par trop étendu en haut, afin de ne pas léser le cordon, on peut débrider sans crainte.

Je viens d'indiquer le trajet de la hernie crurale commune, mais il en existe d'anomales; je signalerai, entre autres, celle qui se fait à travers le ligament de Gimbernat ou hernie de Laugier.

La hernie crurale renferme plus rarement de l'épiploon que la hernie inguinale. Lorsqu'elle est sortie du canal crural, elle n'est séparée de la peau que par le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulaire qui double le péritoine et que J. Cloquet a appelé septum crurale et Astley Cooper fascia propria. Elle acquiert rarement un grand développement.

Le traitement palliatif de la hernie crurale consiste dans la réduction et dans la contention.

Pour réduire, on met le malade dans la même position que pour la hernie inguinale, et on exerce des pressions sur la hernie, de façon à lui faire suivre en sens inverse le chemin par lequel elle est sortie.

Il arrive quelquefois que la hernie, une fois sortie du canal crural et arrivée sous la peau, remonte vers l'arcade de Fallope. Il faut alors commencer par diriger les pressions de haut en bas.

La contention peut être faite à l'aide du bandage français et pour les cas difficiles à l'aide du bandage de Dupré. La pelote doit avoir de petites dimensions et être placée plus bas et plus en dehors que pour la hernie inguinale.

Le bandage anglais ne peut servir pour la hernie crurale qu'au prix de modifications qui le rendent compliqué et coûteux.

Ici la contention longtemps continuée et bien faite n'est plus un moyen de cure radicale. Le trajet parcouru par la hernie n'est point disposé à l'oblitération. On n'a guère non plus fait d'opérations pour arriver à la cure radicale.

Je signalerai cependant celle de Jameson qui, après avoir découvert l'anneau crural, y introduisit un lambeau de peau emprunté aux parties voisines et dont il avait renversé le pédicule, puis fit la réunion par-dessus.

Wood emploie aussi un procédé analogue à celui qu'il met en usage pour la hernie inguinale et que j'ai relaté plus haut.

Quant à l'opération de la hernie crurale étranglée, j'ai suffisamment parlé du débridement à propos de l'anatomie pour n'avoir guère besoin d'y revenir.

L'incision de la peau devra être dirigée suivant le grand diamè-

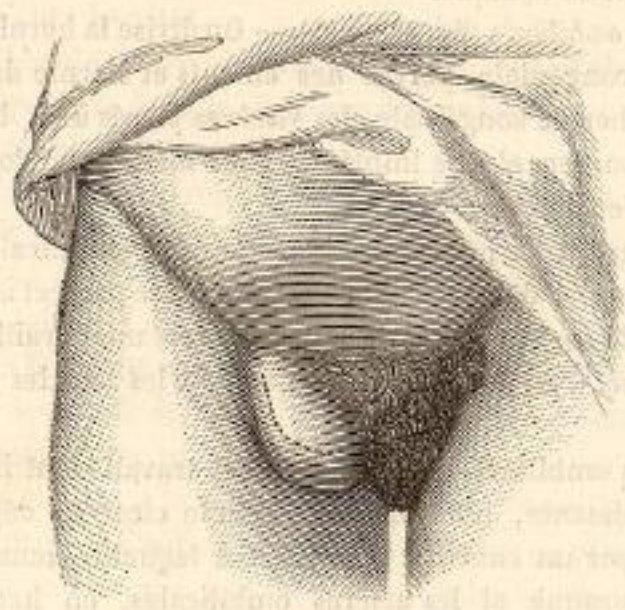


Fig. 332. — Hernie crurale, kératomie.

tre de la tumeur. Pour plus de commodité, on pourra faire une incision courbe à convexité inférieure ou en T.

On peut débrider dans tous les sens, sauf en bas et en dehors; on ne doit pas non plus, chez l'homme, faire un débridement très-étendu en haut.

Il n'est guère possible de tracer de règle de conduite spéciale