

contenter d'une très petite incision cutanée, au niveau de la partie interne du ligament de Poupart, du repli falciforme et du pédicule de la hernie situé au-dessus de ces parties. L'incision aura naturellement une direction longitudinale. Une circonstance qui, souvent, met l'opérateur dans l'embarras, c'est que la petite tumeur herniaire tendue s'étale en forme de champignon sur l'anneau, de façon à masquer la région du pédicule, laquelle ne peut, par conséquent, être mise convenablement à découvert pour l'opération. Parfois il est possible d'attirer en bas la hernie, soit à l'aide des doigts, soit au moyen de petites ériges qui permettent d'exercer une traction sur le fascia propria. Il est très important de bien diviser le fascia superficialis, de façon à mettre à nu les parties que l'on suppose être le siège de l'étranglement. On cherche ensuite à s'assurer, par l'introduction du doigt dans la plaie, si des parties du fascia propria voisines du repli falciforme, paraissent être particulièrement tendues, et c'est par elles que l'on commencera la section de cette enveloppe du sac herniaire. Parfois une légère pression suffit ensuite à refouler la hernie dans la cavité abdominale. Si la réduction n'est pas possible, on divisera peu peu de la surface à la profondeur le bord du repli falciforme et les fibres inférieures du ligament de Poupart. Lorsque la hernie reste irréductible, en dépit de ce premier débridement, on peut souvent opérer alors la dilatation non sanglante de l'anneau crural, soit par l'introduction du doigt dans ce dernier (ROSER), soit au moyen d'un crochet mousse; mais on peut aussi facilement s'assurer s'il existe des faisceaux tendus appartenant au septum crurale, et les attirer au dehors à l'aide du crochet de ROSER, ou les charger sur une sonde cannelée pour en pratiquer ensuite la section.

Lorsque la herniotomie externe (sans ouverture du sac) ne conduit pas au but, ou que l'on a des motifs d'y renoncer d'emblée, on fait une incision s'étendant à toute la longueur de la hernie. On aura présente à l'esprit la possibilité que le sac herniaire se trouve situé directement sous la peau, sans l'intermédiaire d'un fascia propria. Dans le cas contraire, on se rappellera la disposition anatomique décrite plus haut, laquelle permettra de distinguer le fascia propria du sac herniaire.

Une fois ce dernier ouvert, on devra prendre en considération la possibilité d'une anomalie d'origine et de trajet de l'artère obturatrice, laquelle peut, en effet, décrire un demi cercle autour des bords supérieur et interne du collet du sac d'autre part on se rappellera que la veine fémorale et les vaisseaux épigastriques sont situés en dehors de l'anneau crural, et que le cordon spermatique passe directement en haut. On incisera, par conséquent, l'anneau directement en dedans, parce que c'est dans cette direction que l'on a le moins de chance de blesser un vaisseau (sauf les cas exceptionnels dans lesquels l'obturatrice naît de l'épigastrique), et l'on aura soin de ne pas faire des incisions profondes, mais d'en pratiquer plutôt plusieurs superficielles.

L'artère obturatrice naît le plus souvent de l'hypogastrique, et seulement dans des cas exceptionnels, de la fémorale ou de l'épigastrique. Lorsqu'elle naît de la fémorale, origine assez fréquente d'après LINHART, elle passe au-dessous de la hernie, tandis que, lorsqu'elle provient de l'épigastrique (corona mortis), elle contourne le bord supérieur et interne du collet du sac. C'est cette dernière anomalie qui fait courir le plus grand danger, car lorsque le vaisseau a été blessé, on est obligé pour le lier de pratiquer une large incision.

Dans tous les cas, et particulièrement dans ceux où l'on a déjà pratiqué la herniotomie externe et incisé, par conséquent, le repli falciforme et le ligament de Poupart, il est certainement plus sûr de pratiquer l'incision du sac, non pas de dedans en dehors à l'aide d'un bistouri boutonné, mais de dehors en dedans (de la surface à la profondeur), aussi longtemps que l'on peut voir les parties à diviser. Si l'on voulait dans ce but prolonger l'incision, en haut, à travers le ligament de Poupart, on devrait songer à la possibilité d'une blessure du cordon, que l'on aurait soin de refouler en haut pour éviter un pareil accident.

Hernie obturatrice, sous-pubienne ou ovalaire.

§ 136. — Le trou sous-pubien est presque complètement fermé par des parties molles. En dedans se trouve appliqué le muscle obturateur interne qu'une aponévrose dense sépare du muscle obturateur externe situé en dehors. Ce dernier muscle a également sa face externe recouverte d'une aponévrose moins forte, il est vrai, que la précédente. (L'aponévrose de séparation des deux muscles constitue à l'état sec la membrane obturatrice.) A l'angle supéro-externe du trou sous-pubien fermé par les parties molles que nous venons de mentionner, il reste une ouverture pour le passage des vaisseaux et du nerf obturateurs. Les vaisseaux eux-mêmes sont entourés d'un tissu conjonctif lâche qui ferme l'ouverture du côté de la cavité pelvienne. Vu la forte inclinaison du bassin chez la femme, le trou sous-pubien et le canal de même nom regardent davantage en bas que chez l'homme; c'est chez la femme, du reste, que l'on observe la plupart des hernies obturatrices.

La hernie sort du bassin au-dessus du muscle obturateur externe et s'étale entre ce dernier et le muscle pectiné. Elle peut du reste sortir également entre les deux portions du muscle obturateur externe. Le sac herniaire siège à la partie supérieure de la face antérieure de la cuisse et est recouvert par le pectiné; il est pourvu d'un fascia propria que lui fournissent les muscles obturateurs.

Il n'est pas rare de rencontrer une hernie obturatrice sur le cadavre de personnes âgées, et ce sont particulièrement les femmes arrivées à la période de décrépitude qui en sont affectées. Les cas observés pendant la vie appartiennent aussi essentiellement au sexe féminin et à l'âge