

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

compris entre 50 et 70 ans. Sur 26 cas rassemblés par THIELE, 2 seulement ont été observés chez l'homme. A la période d'amaigrissement sénile, la disparition du tissu graisseux peut fort bien avoir pour conséquence la formation d'une lacune autour des vaisseaux obturateurs. Parfois aussi, la traction d'un lipome sous-séreux peut être cause du développement de la hernie. Il est rare que la tumeur herniaire atteigne de grandes dimensions. Dans la majorité des cas, c'est l'intestin grêle et surtout l'iléon qui forme le contenu du sac. Les hernies diverticulaires sont ici particulièrement fréquentes, de même que l'enclavement d'une portion dilatée de la paroi de l'intestin (pincement), laquelle contracte alors volontiers des adhérences avec le sac herniaire, et peut provoquer des symptômes analogues à ceux d'un étranglement. L'appendice vermiforme a été également rencontré dans le sac herniaire.

On comprend, d'après cette description, que les hernies obturatrices non étranglées ne soient que très rarement diagnostiquées. La situation profonde et le faible volume de la tumeur herniaire l'expliquent parfaitement. D'autre part, il ne saurait être question d'un traitement efficace, de l'application d'un bandage approprié.

Mais le diagnostic d'une hernie obturatrice étranglée offre également des difficultés; dans ces derniers temps, il est vrai, un diagnostic exact a pu être assez souvent posé (17 fois sur les 26 cas de THIELE), mais il n'en est pas moins vrai que dans un grand nombre de cas la hernie est méconnue et les symptômes attribués à un étranglement interne. Chez un malade on pratiqua même la laparotomie, et l'anse étranglée fut libérée par la voie abdominale (COULSON). Dans d'autres cas, la tumeur herniaire constatée est prise pour une hernie crurale. Or la position de la tumeur n'est pas la même pour les deux espèces de hernies. En effet, la hernie obturatrice est située plus bas et plus en dedans, et grâce à la situation profonde du collet du sac et aux muscles qui la recouvrent, elle ne présente pas une forme pédiculée et ne peut être suivie du côté de l'anneau crural. Malheureusement, il arrive souvent que la hernie obturatrice ne forme aucune tumeur appréciable à l'extérieur; parfois on a pu alors poser le diagnostic par le toucher vaginal (suivant THIELE, 4 fois sur 6 cas dans lesquels on avait eu recours à ce moyen d'exploration). On peut soupçonner dans ces cas l'existence d'une hernie obturatrice lorsque les mouvements de la cuisse sont douloureux, ou qu'un malade présentant des symptômes d'étranglement accuse une douleur spontanée dans la région du trou sous-pubien. On accorde aussi une certaine valeur de diagnostic à un symptôme sur lequel ROMBERG a le premier attiré l'attention, à savoir une douleur à caractère névralgique siégeant le long du canal sous-pubien (compression du nerf par la hernie étranglée au niveau de ce canal). Cette douleur a été constatée dans 11 des cas recueillis par THIELE.

Jusqu'ici la réduction par le taxis n'a réussi que 6 fois, et encore ces

cas ne sont-ils pas absolument avérés. La herniotomie n'a pas donné non plus de résultats bien remarquables, car sur 11 opérations connues jusqu'ici, 3 seulement ont eu une heureuse terminaison. Cependant ce sont là les deux seuls moyens de traitement qui s'offrent au choix du chirurgien. C'est LORINSER qui, le premier, opéra en pleine connaissance de cause, et avec succès, une hernie obturatrice étranglée. Avant lui, H. OBRÉ et B. COOPER avaient déjà pratiqué des opérations de ce genre, mais ils croyaient avoir affaire à une hernie crurale.

J'ai opéré deux fois, et chaque fois avec succès, des hernies obturatrices chez des femmes âgées. En 1880, je fis disparaître par une opération, chez une femme de 70 ans, des accidents d'étranglement dus au pincement de la paroi de l'intestin qui avait contracté des adhérences avec le sac herniaire. Le diagnostic fut basé dans ce cas sur une tuméfaction diffuse de la région du trou sous-pubien, sur la douleur locale à la pression et sur les irradiations douloureuses dans le domaine du nerf obturateur chez une femme qui présentait, en outre, des symptômes d'étranglement intestinal. Dans ces dernières années quelques autres cas heureux ont été également publiés.

Dans tous les cas où le taxis a été pratiqué sans succès, on aura recours à la herniotomie, et l'on cherchera à arriver sur la hernie par la face antérieure de la cuisse, et non pas, comme le proposait LOEWENHARD, par la voie abdominale, à l'aide d'une incision pratiquée au-dessus du ligament de Poupard. Une incision longitudinale dans la région de l'aîne, en dedans de la saphène interne, met à nu le muscle pectiné, que l'on divise plus ou moins transversalement, en dedans du repli falciforme. Parfois on est obligé d'inciser également le petit adducteur. La tumeur herniaire, nous l'avons vu, est située, le plus souvent, au niveau du bord supérieur de l'obturateur externe, dans l'espace compris entre le muscle psoas-iliaque, le pectiné et le petit adducteur. Parfois la hernie n'a pas franchi le bord supérieur de l'obturateur externe et se trouve cachée derrière ce muscle, que l'on est alors obligé d'écarter ou d'inciser également. Les vaisseaux obturateurs occupent le côté externe de l'orifice herniaire, au niveau de la membrane obturatrice, et se dirigent de haut en bas ainsi que les nerfs; c'est pourquoi le débridement devra être opéré en dedans et en bas, parallèlement à ces vaisseaux. Le plus souvent l'agent de l'étranglement paraît siéger au niveau du collet du sac, et en tous cas, lorsque la hernie est très petite, on devra admettre comme probable la soudure de l'intestin avec la paroi interne du sac herniaire. On ne pourra guère éviter alors une blessure de l'intestin et l'établissement d'une fistule stercorale. Chez une de mes opérées, je réussis cependant à détacher du sac une hernie diverticulaire adhérente, et à la réduire après un léger débridement de l'anneau. La gravité du pronostic s'explique par le fait que les hernies obturatrices étranglées s'observent le plus souvent chez des femmes âgées, en pleine décrépitude. Néanmoins le pronostic