

tère ombilicale; une autre fois, M. J. Cloquet les a rencontrés dans une éraillure de la face postérieure du canal crural, et l'on cite un exemple de hernie externe dont le siège était en dehors de l'artère crurale. Toutes ces variétés doivent être connues, mais ont peu d'importance au point de vue opératoire.

Les viscères qui forment le plus ordinairement la hernie crurale sont l'intestin grêle et l'épiploon; on les a vus étranglés dans l'intérieur du canal crural, circonstance qui rend le diagnostic extrêmement difficile, puisque aucune tumeur apparente ne révèle alors l'affection chez les sujets chargés d'embonpoint. C'est au collet du sac et à l'ouverture du fascia cribriformis que siège habituellement l'étranglement, dont les accidents marchent généralement beaucoup plus vite que dans la hernie inguinale.

Il serait, pour cette raison, dangereux d'insister trop longtemps sur le taxis, qui peut déterminer la rupture de l'intestin et un épanchement mortel de matières intestinales. Lorsque la hernie est récente et que les accidents sont encore légers, on pratique le taxis en comprimant méthodiquement la hernie, qui est ordinairement petite, globuleuse et située dans le pli de l'aîne.

Il faut encore se rappeler que la hernie crurale tend à se porter transversalement en dehors, au lieu de se diriger en bas, ce qu'on observe aussi quelquefois; de sorte que l'on a réussi, dit-on, à opérer des réductions jusque-là impossibles, en refoulant la hernie en bas et en dedans avant de la repousser d'avant en arrière.

Pendant ces manœuvres, les muscles de l'abdomen doivent être maintenus dans le plus grand relâchement par la flexion de la tête, du cou et de la poitrine, et par celle des cuisses, que l'on porte en outre dans une légère adduction, comme le recommande Cooper, qui veut que les genoux du malade soient en contact.

*Opération.* Les dispositions générales propres à l'opération de la hernie crurale sont les mêmes que celles qui ont été indiquées plus haut. Dupuytren pratiquait une incision cruciale, dont une des branches était verticale et l'autre parallèle au pli de l'aîne. A. Cooper faisait une incision en V, dont un des côtés vertical dépassait le diamètre de la tumeur, tandis que l'autre s'étendait en dehors dans le pli de l'aîne. On a fait remarquer qu'une simple incision verticale peut quelquefois suffire; mais il vaut mieux éviter les obstacles que pourrait offrir une plaie tégumentaire trop étroite, et recourir à une incision en T ou en F.

Les parties mises à découvert et le sac herniaire divisé avec de grandes précautions, on reconnaît le siège et la nature de l'étranglement, qu'on débride au moyen du bistouri boutonné ou du bistouri à gaine. Mais dans quelle direction faut-il porter l'instru-

ment? C'est une question qui a été diversement résolue. Chez la femme, nous avons vu que l'absence du cordon spermatique permet de débrider sans danger directement en haut, ou obliquement en haut et en dedans; mais, chez l'homme, la difficulté paraît plus grande.

Sharp débridait en dehors et en haut, et c'était la pratique de Dupuytren, auquel il n'est jamais arrivé, selon les éditeurs de Sabatier, d'intéresser l'artère épigastrique. Cet heureux résultat tient beaucoup moins au bistouri boutonné, convexe sur le tranchant, qu'employait Dupuytren, qu'à cette circonstance déjà plusieurs fois signalée, que, dans la grande majorité des cas, l'étranglement est produit par l'ouverture du fascia cribriformis, c'est-à-dire fort au-dessous de l'artère épigastrique.

Pott voulait que l'on débridât en haut, et A. Cooper conseille, pour ne pas atteindre l'artère spermatique, de faire une petite incision transversale au-dessus de l'arcade de Fallope, de tomber ainsi sur le cordon testiculaire, que l'on repousse en arrière pendant que l'on divise le bord antérieur de l'anneau sur une sonde cannelée. C'est dans la crainte de léser l'artère spermatique que Scarpa avait adopté le débridement multiple, qu'il ne portait pas au delà de 0<sup>m</sup>,002 et qu'il répétait trois ou quatre fois sur les parties inférieures de l'arcade de Fallope et sur les côtés de l'étranglement.

Sabatier accordait plus de sûreté au débridement exécuté en haut et en dedans vers l'ombilic; enfin Gimbernat, dont l'exemple a été suivi par un très-grand nombre de chirurgiens, débridait en dedans en conduisant le bistouri vers l'angle supérieur interne de l'anneau crural, et divisait le ligament auquel il a donné son nom, en dedans et en bas vers le pubis.

Tous les procédés que nous venons d'indiquer ont été appliqués avec succès, mais ils ne peuvent cependant avoir une égale valeur. Si l'étranglement dépend du fascia cribriformis, c'est-à-dire dans le plus grand nombre des cas, on peut débrider en dedans ou en dehors. Si l'étranglement a lieu à l'anneau crural lui-même, les incisions multiples et peu profondes de Scarpa font éviter le cordon testiculaire et l'artère épigastrique; en portant le bistouri en dedans sur le ligament de Gimbernat, on n'a d'autre artère à redouter que l'obturatrice, lorsqu'elle naît à quelque distance de l'épigastrique, ce qui est rare; et on peut encore parvenir à l'éviter. C'est cependant à la suite d'un débridement semblable que Boyer vit survenir une hémorrhagie, qu'il arrêta heureusement par le tamponnement de la plaie en y introduisant le milieu d'un linge fin, qu'il remplit ensuite de charpie pour le distendre et exercer ainsi une compression suffisante.



Nous avons adopté le procédé de Scarpa, et en débridant en haut, puis en dedans, sur deux ou trois points, nous n'avons pas eu d'accidents à constater.

Dans les cas, si communs, où l'étranglement est produit par le fascia cribriformis, et où la nature des accidents permet de supposer que l'intestin n'est pas altéré, on peut suivre l'exemple de Thévenin, d'Arnaud et de Leblanc, et dilater l'orifice du fascia aponévrotique sans ouvrir le sac herniaire. La réduction est ensuite assez facile.

Le docteur Deville dit avoir vu des chirurgiens anglais pratiquer une petite incision sur le col même de la hernie, de manière à débrider l'étranglement sans découvrir même le sac. C'est une pratique très-hardie, qui ne nous paraît pas sans difficulté ni sans danger, en raison des obscurités du diagnostic, et à laquelle nous préférons les procédés que nous avons exposés.

C'est particulièrement pour les hernies crurales que Stewens avait considéré l'épiploon, laissé à demeure dans l'anneau, comme un moyen sûr de prévenir la récurrence de la hernie; mais cette espérance ne s'est pas réalisée, et Goyrand a publié une observation où la hernie se reproduisit, malgré la présence d'un noyau épiploïque.

*Pansement.* Il n'offre rien de particulier. On doit veiller attentivement à la contention de la hernie, qui s'est reproduite parfois dans la plaie à l'insu du chirurgien.

#### HERNIE OMBILICALE.

Les hernies ombilicales, beaucoup plus rares que les précédentes, s'observent à trois époques différentes de la vie: A. au moment de la naissance, où on les nomme *congénitales*; B. après la cicatrisation et l'oblitération de l'ombilic: *hernies ombilicales de l'enfance ou infantiles*; C. à une époque plus avancée de la vie: *hernies des adultes et des vieillards*.

A. *Hernies congénitales.* La tumeur est formée par l'intestin ou par le foie, *hépatocèle*, et occupe la base du cordon ombilical; la veine est en haut, les deux artères sont en bas, avec les vestiges de l'ouraque.

La principale enveloppe de la hernie est la gaine amniotique, dont la transparence est assez grande pour permettre d'apercevoir les organes subjacents; à la chute du cordon l'abdomen reste ouvert, les viscères sont mis à nu et les enfants succombent. Cette terminaison fatale n'est cependant pas constante, et Debout a fait

connaître seize exemples de guérison (voy. *Mém. de l'Acad. roy. Belge*, 1860), parmi lesquels se trouvent des observations recueillies par MM. Stoltz et Herrgott.

Voici comment s'opère la cure: au-dessous de la gaine amniotique se trouve une membrane très-mince, appelée *lamineuse*, qui ne provient pas, d'après M. Joulin, du chorion, mais du tissu allantoidien; elle est constituée, selon cet auteur, par le magma réticulé condensé à la face fœtale du placenta (*Arch. gén. de méd.*, 1865). Cette membrane lamineuse ne se détache pas avec le cordon dans les cas les plus heureux, mais reste à l'entour des organes herniés, se continue avec la peau et le péritoine, s'enflamme, s'épaissit, se couvre de granulations, devient fibreuse, et, en se resserrant, réduit la hernie et ferme par rétraction inodulaire l'anneau ombilical.

Si la hernie est irréductible, le pronostic est fatal. Dans le cas contraire, le chirurgien doit s'efforcer de soutenir la tumeur avec les plus grandes précautions pour en éviter la rupture, et par des pansements doux en favoriser la guérison.

Si la hernie se rompt, on peut encore essayer l'occlusion artificielle du bas-ventre par des bandages agglutinatifs, la compression et la suture enchevillée; il n'a pas été publié de succès bien avérés de l'emploi de ces moyens.

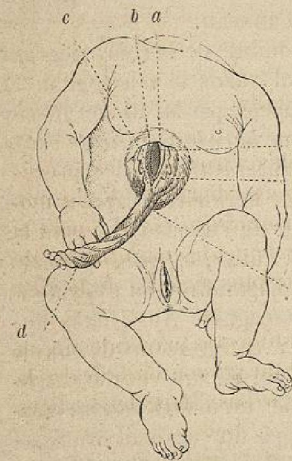


Fig. 539.

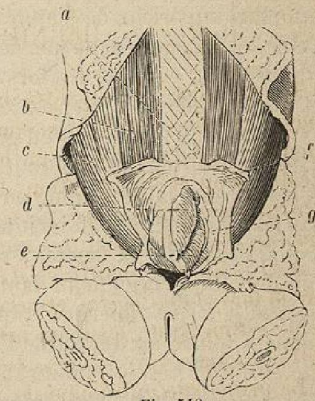


Fig. 540.

La *hernie ombilicale congénitale*, représentée ici (fig. 539), laisse apercevoir: a, b, c, les téguments communs des environs de l'ombilic; f, le tissu lamineux, formant l'enveloppe profonde