

OPÉRATIONS DES HERNIES

On fait des interventions sanglantes sur les hernies, soit pour lever un étranglement, soit pour guérir une hernie libre ou adhérente (*cure radicale*).

La première opération (*herniotomie*) consiste à fendre les enveloppes de la hernie, à ouvrir le sac herniaire et à inciser l'anneau. Les actes complémentaires de la herniotomie (remise en place de l'intestin, création d'anus contre nature, résection d'intestin) dépendent des indications de chaque cas particulier.

On fait l'incision cutanée suivant l'axe longitudinal de la tumeur herniaire. Dans les hernies inguinales, l'incision doit passer sur le trajet et les orifices du canal inguinal; dans les hernies crurales, l'incision est verticale sur la convexité maxima de la tumeur herniaire. En disséquant couche par couche, on traverse successivement le tissu cellulaire sous-cutané et ce qu'on appelle le fascia propria de la hernie; on arrive ainsi sur le sac herniaire. Ce sac est mat, recouvert en certains points de petits amas graisseux, et souvent si mince qu'il laisse voir par transparence le liquide herniaire.

Dans les *hernies inguinales*, il est nécessaire de fendre la paroi antérieure du canal inguinal au niveau de la partie supérieure de la tumeur herniaire (aponévrose du grand oblique, fibres du petit oblique et du transverse) avant d'arriver sur les enveloppes propres de la hernie.

On fend le sac herniaire dans la direction de l'incision cutanée, on laisse s'écouler le liquide qu'il contient et on cherche à lever l'étranglement.

Dans les *hernies inguinales*, pour mettre à nu l'anneau qui est le siège de l'étranglement, il faudra toujours fendre dans toute sa longueur la paroi antérieure du trajet inguinal (fig. 215).

Avec précaution on sectionne cet anneau de dehors en dedans jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de tension de la hernie.

Dans les *hernies crurales* on débride toujours, en diri-

geant le bistouri boutonné ou herniotome sur le doigt, de la cavité herniaire en dedans. On incise le bord tranchant du ligament de Gimbernat et on lève ainsi l'étranglement.

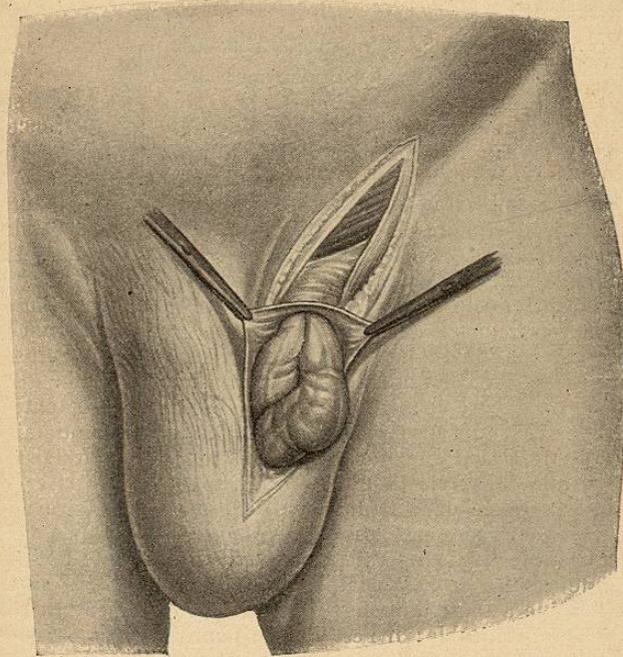


Fig. 215. — Hernie inguinale. Le sac herniaire est ouvert. L'anneau d'étranglement est mis à nu à sa face externe.

Après le débridement, on attire l'anse intestinale pour examiner le point étranglé et la portion de l'intestin située au-dessus. Si la séreuse est lisse et brillante, on rentre l'anse intestinale dans la cavité abdominale en la comprimant légèrement pour faire refluer son contenu. En poussant légèrement avec les doigts l'anse intestinale rentre peu à peu à travers l'orifice herniaire dans la

cavité abdominale. Mais pendant la rentrée de l'intestin il faudra tendre continuellement le sac herniaire. Pour vérifier cette rentrée, on introduira un doigt dans l'orifice herniaire, dont on contournera le bord, et l'on évitera ainsi les mises en place défectueuses et les apparences de réduction.

L'épiploon, qui fait saillie, est remis simplement en place ou, lorsqu'il est épaissi, est excisé après ligature. Lorsque le contenu du sac herniaire adhère à la face interne de ce sac (hernie adhérente) il faut au préalable rompre ces adhérences.

Si, au niveau du point d'étranglement, la séreuse est mate, on laisse après débridement l'anse dans la plaie, et, suivant le cas on ne réduira l'anse intestinale qu'au bout de quelques jours ou on établira un anus contre nature. Si au contraire l'anse est gangrenée on établit un *anus contre nature* en suturant cette anse à la plaie.

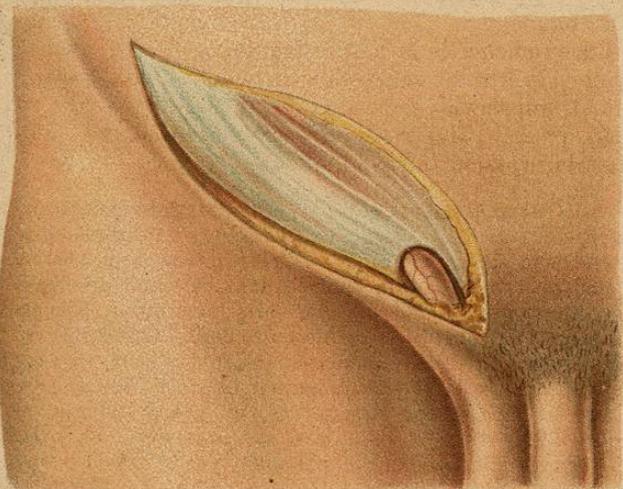
On peut encore *réséquer* la portion gangrenée et pratiquer la *suture circulaire de l'intestin*. S'il existe déjà un abcès stercoral on l'ouvre largement et on fixe l'anse intestinale pour l'empêcher de reglisser dans la cavité abdominale.

[Il reste encore deux interventions chirurgicales à tenter, dans les cas où l'anse intestinale est gangrenée : ou faire après la résection une *entérorrhaphie incomplète* pour laisser une fistule de sûreté (Bouilly), ou réduire sans l'exciser la paroi gangrenée dans la lumière de l'intestin et faire une suture séro-séreuse par-dessus (*invagination de l'escarre*) dans la cavité intestinale (opération de Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande) remise en honneur par A. Guinard). Si la gangrène est étendue à toute une anse intestinale, ce dernier procédé n'est plus praticable ; il l'est encore pour de larges escarres de la dimension d'une pièce de deux francs et d'une longueur de 9 centimètres ou pour des escarres circulaires, mais étroites, occupant toute la circonférence de l'intestin.]

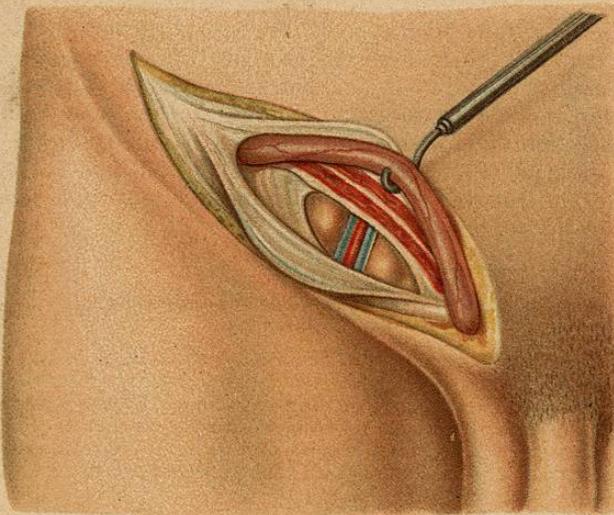
Le dernier acte de l'opération, la réparation de la plaie, consiste à fermer exactement l'orifice herniaire pour empêcher la production d'une nouvelle hernie.

CURE RADICALE DES HERNIES

La cure radicale peut être rattachée à la herniotomie, surtout lorsqu'il s'agit de hernies adhérentes ou de her-



I.



II.

Lith. Anst. P. Reichhold, München.

nies libres accompagnées de gêne et d'inconvénients multiples, et dont la réduction ne peut être maintenue par un bandage.

1° Cure radicale de la hernie inguinale. — Elle consiste à fermer l'orifice herniaire et à consolider assez le trajet inguinal, qui servira comme avant de lieu de passage au cordon, pour qu'il puisse opposer une résistance suffisante à la pression intraabdominale.

Le *trajet inguinal* s'étend entre les orifices inguinaux externe et interne et traverse obliquement de dehors en dedans et de haut en bas la paroi abdominale. L'*orifice interne* ou *abdominal* du canal inguinal marque l'entrée dans ce canal du fascia transversalis, qui s'étend presque dans le scrotum. L'*orifice inguinal externe*, constitué par une fente dans l'aponévrose du grand oblique, est situé immédiatement au-dessus de l'arcade crurale en dehors de l'épine pubienne. La *paroi antérieure* de ce canal est formée par l'aponévrose du grand oblique, et quelques fibres du petit oblique et du transverse. La *paroi postérieure* est constituée principalement par le fascia transversalis, renforcé au niveau de l'orifice cutané par des faisceaux du petit oblique et du transverse.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA CURE RADICALE (*Bassini*).

— Incision de la peau dans la direction du trajet inguinal depuis l'orifice interne jusqu'au delà de l'anneau externe; section du tissu cellulaire sous-cutané et mise à nu de l'aponévrose du grand oblique, que l'on fend dans la direction de l'incision cutanée jusqu'à l'anneau inguinal externe (Pl. XXII); puis division du petit oblique et du transverse; on tombe ainsi sur le cordon qui adhère au sac herniaire.

PLANCHE XXII. — Cure radicale de la hernie inguinale
(d'après Bassini).

I. Mise à nu de l'aponévrose du grand oblique et de l'anneau inguinal externe.

II. On a sectionné l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse. Le cordon est soulevé; dans le fond de la plaie les vaisseaux épigastriques à la surface du péritoine. On voit aussi le fascia transversalis limité par un bord tranchant arqué.

On détache alors le canal déférent, l'artère et les veines du cordon au niveau du collet du sac herniaire, que l'on isole jusqu'au delà de l'orifice herniaire. Puis on ouvre le sac au niveau du fond et on rentre le contenu dans la cavité abdominale.

Attirant le sac herniaire, et le tordant de 180° au niveau de son collet on noue un fil autour de celui-ci, le plus haut possible. Au-dessous de cette ligature, on sectionne transversalement le sac herniaire d'un coup de ciseaux et on l'enlève.

Il s'agit maintenant de reconstituer un nouveau trajet inguinal avec des parois les plus résistantes possible. Pour cela on écarte en dedans le cordon, on tire en haut et en bas les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique fendue; on voit ainsi dans la plaie d'une part la gouttière du ligament de Fallope, d'autre part le bord externe du droit avec la couche musculaire formée par les muscles petit oblique et transverse sectionnés (1).

Cette couche musculaire est isolée du tissu sous-séreux et de l'aponévrose du grand oblique; on la rapproche du bord postérieur de l'arcade crurale, auquel on la suture (Pl. XXIII, I).

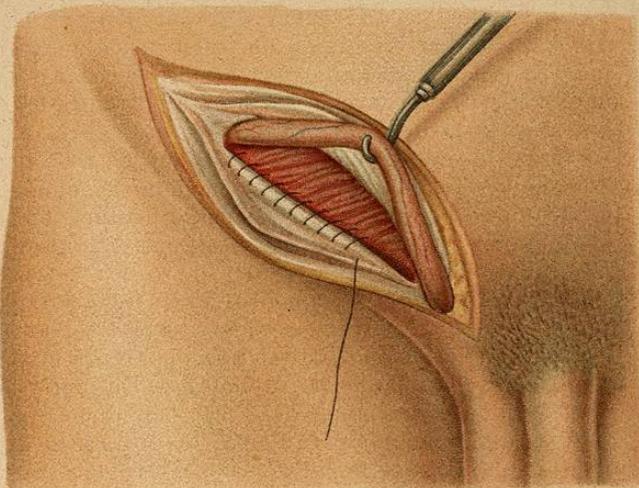
Les sutures comprennent encore sur le pubis le bord externe du muscle droit; on a refait ainsi une paroi postérieure suffisamment résistante avec un orifice inguinal étroit. On place le cordon sur cette couche musculaire et on suture par-dessus l'aponévrose du grand oblique jusqu'au niveau de l'angle inférieur qui formera l'an-

(1) [Cette couche est ce que les Anglais appellent le « tendon conjoint ».]

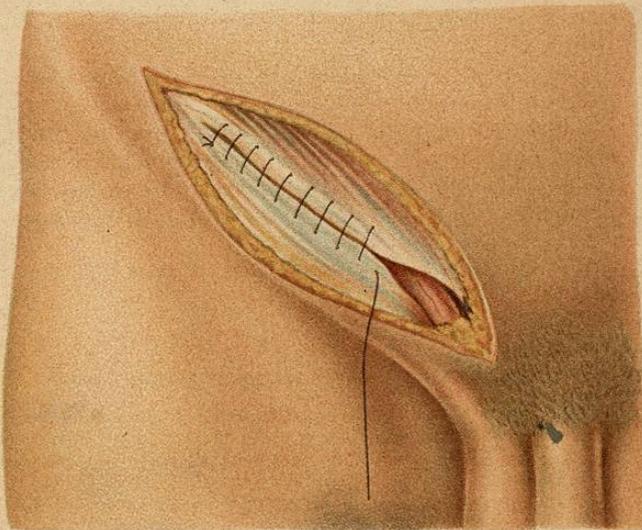
PLANCHE XXIII. — Cure radicale de hernie (Bassini).

I. La couche musculaire constituée par le petit oblique et le transverse est suturée à la face interne de l'arcade crurale, reconstituant ainsi l'orifice inguinal interne et la paroi postérieure du trajet inguinal.

II. On suture l'aponévrose du grand oblique au-devant du cordon jusqu'au niveau de l'anneau inguinal cutané.



III.



IV.

neau externe; on termine par une suture de la peau (Pl. XXIII, II).

Le nouveau trajet inguinal ainsi reconstitué est, après guérison complète, assez résistant pour que le malade puisse se passer de bandage.

[*Lucas Championnière* insiste sur la dissection haute du sac jusqu'à la vessie, en vue de détruire complètement son infundibulum supérieur, et sur la réparation des parois par croisement et non par juxtaposition simple. Il prend dans la suture toutes les parties molles qui ont été sectionnées et qui sont ramassées au-devant du cordon, sans chercher à refaire une paroi postérieure comme Bassini.]

P. Berger associe au procédé de Bassini le procédé de *Barcker*, c'est-à-dire qu'il fait passer les deux chefs du fil à ligature du sac au travers de la paroi abdominale et qu'il les noue en avant du tendon du grand oblique (1).]

Dans la *cure radicale de Kocher*, on fait l'incision cutanée comme dans le Bassini, mais on ne sectionne pas l'aponévrose du grand oblique; au contraire, on la fend en dehors de l'orifice inguinal interne. Par cet orifice on introduit une pince que l'on fera passer dans le trajet inguinal et qui sortira par son anneau externe. On saisit alors le sommet du sac herniaire et on l'attire par le petit orifice externe de façon que l'anneau interne le pince fortement en arrière, puis on lie fortement la portion du sac située dans la paroi abdominale même et l'on suture la base de ce sac plissé à la face externe de l'aponévrose du grand oblique par des points profonds et on sectionne tout le reste.

[Les hernies inguinales de l'enfance sont toutes des *hernies à canal ouvert*, c'est-à-dire des hernies obliques externes développées dans le canal péritonéo-vaginal anormalement persistant. C'est dire, d'une façon générale, que ces hernies sont recouvertes par le crémaster et la tunique fibreuses commune, qu'elles sont situées dans la gaine du cordon. Ce dernier est en bas et en arrière dans le trajet inguinal; en arrière et en dedans dans la partie extra-inguinale.]

Voici le manuel opératoire employé par *A. Broca*, qui a opéré plus de 950 hernies chez l'enfant. La même technique est applicable avec succès aux *hernies inguinales obliques externes de l'adulte*.

(1) *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 734. — *Thèse de Blaise*, Paris, 1894, p. 106 à 111.

« Après incision oblique de la peau sur le trajet inguinal, incision qui doit rester au-dessus du scrotum, on fend sur 3 à 4 centimètres de long l'aponévrose du grand oblique, et sur chaque lèvres on met une pince hémostatique. Cela fait, on a sous les yeux le sac et le ligament rond chez la fille, le sac et le cordon chez le garçon.

« Chez la fille, on *soulève en masse sac et ligament rond*, on extrait par traction le cul-de-sac qui pénètre dans la grande lèvre et, après avoir relevé le tout, on voit nettement l'artère épigastrique, au niveau de laquelle on lie le sac. Ce sac a été préalablement ouvert, pour bien voir s'il n'y a pas d'intestin ou d'épiploon pris dans la ligature. En outre, on l'attire le plus possible au dehors, pour que la ligature remonte haut dans le ventre. Il est inutile de disséquer le ligament rond.

« Chez le garçon, *entre le pouce et l'index*, on *soulève en masse le cordon*; on a alors sous l'œil la paroi postérieure du canal, et l'on voit également l'artère épigastrique. Mais ici il faut *isoler le sac*. Sur l'index gauche, qui soulève et tend le cordon, on raye longitudinalement le cordon de trois coups de pointe, qui fendent successivement : 1° le *crémaster*; 2° la *fibreuse commune*; 3° la *séreuse*. On trouve toujours le sac, si on le cherche à la base du cordon... Après avoir vu ces trois plans, on trouve immédiatement entre la séreuse et la fibreuse un plan de clivage, et après avoir amorcé le décollement avec l'ongle, on remonte avec la pulpe de l'index en deux à trois coups, jusqu'à la graisse jaune sous-péritonéale, jusqu'à la vessie, que je vois toujours.

« S'il y a de l'épiploon, le mieux est de l'exciser au-dessous d'une ligature, après l'avoir attiré autant que possible.

« Pour suturer le canal, je crois inutile de recourir aux procédés compliqués, tels que ceux de Bassini, de Barker. Il suffit de trois ou quatre points en capiton, prenant bien *toute l'épaisseur de la paroi* et passant au-devant du cordon. Je suture la peau sans drainage et je panse avec une pâte adhésive à la gélatine, à la glycérine et à l'oxyde de zinc (1). »

Quand la hernie est compliquée d'*ectopie testiculaire*, l'isolement du sac se fait de la même façon; il exige seulement plus de précautions.

Inutile de chercher à refaire une vaginale au testicule, mais

(1) A. Broca, *Hernie inguinale (Traité des maladies de l'enfance, publié par Grancher, t. III)*. Lire surtout A. Broca, *Technique de la cure radicale de la hernie inguinale oblique externe*, p. 287, in *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 2, mars-avril, 1898.

une fois le sac lié, il faut chercher à faire descendre le testicule au fond du scrotum (*orchidopexie*). Pour cela on libère avec soin les tractus fibreux qui fixent le cordon aux parois du trajet inguinal, et on fait une place pour la glande dans le scrotum, en effondrant la membrane cellulo-fibreuse qui, en pareil cas, ferme en haut ce dernier. Le doigt suffit généralement pour creuser cette loge; le testicule y descendra facilement et y restera si le cordon est long; mais si le cordon est court, on ne peut pas espérer, quoi qu'on fasse, voir le testicule rester plus bas qu'à l'anneau cutané.

Une fois le testicule abaissé dans le scrotum, certains chirurgiens l'y fixent par des fils de catgut qui traversent l'albuginée.

On refait la paroi inguinale comme dans toute opération de hernie.

Lorsque la hernie de l'enfant s'accompagne de *kystes du cordon*, c'est-à-dire de kystes du conduit péritonéo-vaginal, on peut se contenter de ponctionner ceux-ci et d'y injecter quelques gouttes d'alcool, mais le mieux est de les extirper par une cure radicale comme pour une hernie, puisqu'il existe *toujours* au-dessus du kyste un sac herniaire (A. Broca.)

2° Cure radicale de la hernie crurale.

L'espace situé entre l'anneau crural interne et l'anneau externe, qui sert de voie de passage à certaines hernies, constitue le *canal crural*. A l'état normal ce canal est virtuel. L'*orifice interne du canal* (anneau crural interne) est situé dans l'angle interne de l'espace vasculaire entre l'arcade crurale et la branche horizontale du pubis; en dedans, cet espace est limité par le bord libre du ligament de Gimbernat (ou insertion falciforme du ligament de Poupart à l'épine pubienne); en dehors par les gros vaisseaux, en particulier la veine crurale. L'*orifice externe* correspond à la partie lâchement tissée du fascia lata (foramen ovale) que traverse la veine saphène interne, pour se jeter dans la veine crurale. On désigne sous le nom de *ligament falciforme d'Allan Burns* le bord tendineux de cet espace, dont la concavité est tournée en dedans.

Les hernies qui ont traversé l'anneau crural interne descendent dans un espace dont le fond est constitué par le fascia pectinea et dont les limites sont formées, en dedans par le ligament de Gimbernat, en dehors par les vaisseaux cruraux; cet espace est recouvert par le ligament falciforme sur une courte étendue. Quand la hernie

a dépassé le bord libre de ce ligament, elle repousse devant elle le fascia cribriformis peu résistant et arrive à l'extérieur par le foramen ovale. Les enveloppes de la hernie crurale sont donc beaucoup moins nombreuses et moins épaisses que celles de la hernie inguinale.

Chez les individus maigres, on peut trouver parfois le sac herniaire immédiatement au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané. Aussi faudra-t-il toujours inciser et disséquer avec précautions.

Voici comment on procède en règle générale : On incise la peau, on isole le sac herniaire et on l'ouvre ; on réduit son contenu, et on lie le sac au niveau de son collet avec ou sans torsion. En suturant l'orifice herniaire, on cherche à empêcher la reproduction de la hernie.

Mais la cure radicale de la hernie crurale se heurte à cette difficulté que les trois quarts de l'orifice interne du canal sont formés de tissus, dont la résistance empêche l'occlusion de l'orifice herniaire (ligaments de Poupert, de Gimbernat et branches pubiennes).

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA CURE RADICALE. — Incision verticale de la peau d'après Bassini, sur la convexité de la tumeur ; on dénude la surface externe du sac herniaire et le fascia au voisinage de la tumeur isolant le corps et le collet du sac herniaire jusqu'au-dessus du niveau de l'anneau crural interne. Il faut redoubler de précautions quand on isole le sac sur son côté externe, où se trouve la veine fémorale.

On ouvre le sac ainsi isolé, on réduit son contenu en détachant les adhérences, s'il y en a, puis on soulève le sac, on le tord et on le lie au niveau du collet. Au-dessous de cette ligature, on sectionne le sac transversalement et on réduit le moignon. On verra alors le repli falciforme, l'orifice interne avec le ligament de Gimbernat et l'aponévrose de recouvrement de la crête pectinéale.

La suture commence juste à l'épine pubienne ; elle comprend l'aponévrose du pectiné et la partie postéro-inférieure de l'orifice interne ; plus loin le bord du repli falciforme et l'aponévrose pectinéale. C'est seulement

lorsque tous les points ont été faits que l'on noue les différents fils en commençant en haut et en dedans. La ligne de sutures figure un C oblique.

Fabricius suture l'orifice des hernies crurales après avoir enlevé la graisse et les ganglions lymphatiques du canal crural en détendant l'arcade crurale, et en la fixant par des sutures périostées à la branche horizontale du pubis.

[Des procédés de *myoplastie* ont été employés avec succès dans la cure radicale des hernies crurales volumineuses. Les sutures des bords fibreux de l'anneau ont été souvent suivies de récidives ; la suture d'un lambeau musculaire voisin aux bords de cet anneau a pour but de permettre une obturation hermétique de l'orifice.

Watson-Cheyne (d'Edimbourg) taille un lambeau dans le muscle pectiné.

Ed. Schwartz, en France, préfère un lambeau emprunté au muscle moyen adducteur.]

3° La hernie ombilicale. — Jusqu'à ces dernières années, le traitement consistait à ouvrir la tumeur herniaire, à réduire l'intestin et à refermer l'orifice par des points de suture.

L'*omphalectomie* (Condamine, Bruns) (la résection de l'anneau ombilical) prévient avec plus de certitude la récurrence de la hernie et permet au cours de l'opération une orientation plus facile.

On circonscrit par deux incisions elliptiques la région ombilicale. Chacune de ces incisions, qui atteint le bord interne du grand droit, ouvre la cavité abdominale en dehors de l'orifice herniaire et libère ainsi toute la tumeur herniaire avec le collet du sac. On ouvre alors par l'orifice herniaire une partie du sac et on met au jour son contenu. Les intestins sont ainsi visibles avant et après leur entrée dans la hernie. On détache les adhérences et on lève aisément l'étranglement, s'il y en a. Enfin, après réduction de l'intestin, on suture la plaie abdominale en trois plans : un pour la séreuse, un pour les muscles droits et leur gaine aponévrotique, un pour la peau. Cette suture doit être à points séparés bien affrontés.

[A l'heure actuelle les chirurgiens ne craignent plus de pratiquer, quelques heures après la naissance, même sous chloroforme, la cure radicale des volumineuses hernies ombilicales, congénitales de la période embryonnaire, dont la terminaison habituelle est la mort.]

LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE

A la hauteur de la quatrième vertèbre lombaire, l'aorte se divise en deux artères *iliaques* dont chacune se bifurque au niveau de l'articulation sacro-iliaque en deux branches : *iliaque externe* et *iliaque interne*. L'*iliaque externe*, portion abdominale de l'artère fémorale, descend en dehors de la veine correspondante le long du psoas pour atteindre l'anneau vasculaire de la cuisse.

L'*iliaque interne* ou *hypogastrique* descend de la symphyse sacro-iliaque dans le bassin pour irriguer les organes pelviens ainsi que les muscles du bassin et des organes génitaux.

Ligature de l'artère iliaque externe. — On met à nu l'artère dans l'espace sous-séreux immédiatement avant son entrée dans l'espace vasculaire.

Incision de la peau parallèlement à l'arcade crurale au-dessus du milieu de cette arcade. Division de l'aponévrose du grand oblique, des fibres du petit oblique et du transverse dans la direction et l'étendue de l'incision cutanée. Après section du fascia transversalis, on tombe sur la graisse sous-séreuse et le péritoine que l'on détache de l'arcade crurale et de l'os iliaque. Au fond de la plaie, on voit les vaisseaux iliaques externes recouverts d'un tissu cellulaire lâche. On isole l'artère avec deux pinces; la veine est en dedans d'elle (Pl. XXIV).

PLANCHE XXIV. — Mise à nu de l'artère iliaque externe.

On a fendu l'aponévrose du grand oblique (*O, e*), les faisceaux du petit oblique (*o, i*) et le fascia transversalis (*f, t*). Le péritoine (*P*) a été décollé à la sonde cannelée et soulevé par un écarteur. L'artère et la veine iliaque externes sont mises à nu dans le tissu cellulaire sous-séreux.

