§ 2. — Hernies inguinales complexes

Ce sont les hernies irréductibles, comprenant deux variétés essentielles : hernies à sac complet avec adhérences simples secondaires ; hernies à sac incomplet avec adhérences complexes par glissement ou bascule du gros intestin.

1° Hernies à sac complet, adhérentes simples.

Le sac offre ses rapports normaux, mais l'épiploon ou l'intestin, le premier surtout, adhèrent à sa face interne sur une étendue variable.

Il faut en ce cas, après ouverture prudente et large du sac, libérer ces adhérences.

L'épiploon sera détaché par tractions douces ou bien réséqué en amont des adhérences et de l'orifice inguinal profond, après écrasement ou pose d'une ligature en chaîne (voy. p. 75).

L'intestin sera décollé prudemment en évitant de léser son revêtement péritonéal. Si cela est impossible, on réséquera autour de la zone adhérente un fragment de sac en forme de collerette que l'on retournera et dont on suturera les bords afin de répéritoniser toute sa surface (Tuffier).

2° Hernies à sac incomplet. Hernies du gros intestin[1].

Ce sont les hernies du cæcum à droite, du côlon pelvien à gauche, descendus dans le trajet inguinal par glissement ou par bascule. Le sac est ici fort rudimentaire ; il n'existe sous forme d'un repli séreux qu'à la partie supérieure et antérieure de la hernie, près du collet, et c'est là qu'il faudra l'ouvrir. Partout ailleurs c'est l'intestin lui-même dépourvu de séreuse, qui est au contact des

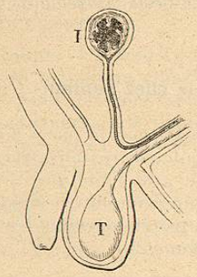

Fig. 1033. — Situation normale du côlon iliaque I, et de son méso (Savariaud).

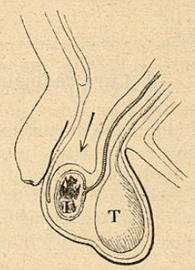

Fig. 1034. — Hernie par glissement du côlon iliaque, montrant le dédoublement du méso-côlon (Savariaud).

parois inguino-scrotales, uni à ces parois par des nappes de tissu cellulaire où rampent ses vaisseaux nourriciers.

La cure radicale de ces hernies est fort malaisée.

Julliard et Courtin ont proposé et pratiqué purement et simplement la résection de l'anse adhérente. Cette conduite est excessive et dangereuse.

[1] Cf. Morestin, *XIII^e Congr. intern. de méd.*, Paris, 1900. — Savariaud, *XIV^e Congr. fr. de chir.*, 1901, p. 577. — Gross, *Arch. prov. de chir.*, juin 1905, n° 6, p. 341.

Jaboulay a fait remarquer que les hernies cæcales se produisaient par bascule du cæcum qui glisse d'abord dans les bourses puis se renverse en avant et en haut. Pour réduire ces hernies, après ouverture du sac rudimentaire au niveau du collet, il faudrait faire suivre au cæcum un chemin inverse, le refouler en bas et en arrière, puis le faire remonter dans l'abdomen et fermer la paroi.

Mais on peut admettre aussi que la disposition particulière de ces hernies est due à ce que l'intestin, côlon ascendant ou pelvien, a fini par dédoubler son méso dont les deux lames se sont écartées, renversées en dehors et par leur face profonde celluleuse, sont venues adhérer aux parois inguino-scrotales (fig. 1033 et 1034).

Dès lors pour réduire ces hernies, il faut, après libération prudente de ces adhérences sur la plus grande étendue possible, tirer sur l'intestin par l'abdomen (Morestin), ou le refouler profondément (Savariaud). Ce faisant, le sac se retourne, les lames du méso s'accolent de nouveau par leur face profonde ; le méso se reconstitue et il suffit de le restaurer par des points en U qui en empêchent un dédoublement nouveau.

C'est sur ce principe que sont fondés les procédés de Morestin et Savariaud.

a. **Procédé de Morestin.** — Applicable spécialement aux hernies de l'S iliaque.

Placer le malade en position déclive. Par une première incision inguinale, ouvrir le trajet inguinal, puis le sac en haut et en avant. Libérer l'intestin le plus possible par voie de décollement, en cherchant un plan de clivage et en ménageant les vaisseaux coliques qui doivent rester adhérents au sac.

Par une deuxième incision franchement abdominale (incision de Roux ou de Jalaguier), ouvrir le ventre, saisir l'anse herniée et l'attirer fortement en haut. On voit le sac se retourner ; ses parois, préalablement décollées, s'adossent par leur face cruentée et le méso se reconstitue. On en fixe les deux feuillets en place par un grand nombre de sutures à la soie fine disposées dans les espaces avasculaires. Puis, pour plus de sûreté, on suture la base de ce méso à la partie la plus reculée de la fosse iliaque ; on fixe, si cela est utile, l'intestin à l'aide d'une colopexie. On referme le ventre et on restaure le trajet inguinal.

b. **Procédé de Savariaud.** — Applicable spécialement aux hernies du cæcum et du côlon ascendant. Morestin procède par tractions de bas en haut, Savariaud par refoulement dans le même sens ; le résultat est le même.

Ouvrir le sac en haut et en avant, au niveau du collet, car c'est là qu'il existe et qu'on risquera moins de léser l'intestin et ses vaisseaux.

Avec le doigt muni d'une compresse, chercher à séparer des parois inguino-scrotales l'ensemble formé par le cordon et la hernie, puis essayer d'isoler la hernie du cordon. Si cela est impossible, sacrifier le testicule. Débrider la région inguinale et pousser très loin, jusque dans la fosse iliaque, le décollement du sac, de l'intestin et de ses vaisseaux. Fermer l'ouverture du sac par quelques points séparés. Refouler alors le fond du sac avec le doigt ou avec une pince-longuette pour le retourner et adosser ses faces cruentées. Restaurer la brèche inguinale.

Il serait prudent, à l'image de Morestin, de fixer ce retournement et cet adossement à l'aide de quelques points en capiton.

II. — HERNIE CRURALE

La cure radicale de la hernie crurale peut se pratiquer par deux voies : l'une, la plus employée, est la voie crurale, l'autre est la voie inguinale. Toutes deux comptent un grand nombre de procédés ; nous en décrirons les principaux et résumerons seulement les autres.

§ 1. — Voie crurale

1° **Procédé de Bassini-Berger**[1]. — Incision verticale perpendiculaire à l'arcade ou bien parallèle à cette arcade. Après avoir traversé un certain nombre de couches celluleuses, et dissocié, s'il existe, un lipome préherniaire, découvrir, isoler et décortiquer le sac avec les doigts. Dans les hernies récentes, en sablier, sortant à travers le fascia cribriformis, il faudra sectionner ce fascia pour isoler le sac jusqu'à son collet. On repérera avec deux pinces les lèvres de cette section (lamelle sous-inguinale de Championnière).

Le sac sera ouvert prudemment ; son contenu sera examiné, libéré s'il est adhérent, et refoulé dans l'abdomen. On complétera alors l'isolement du sac que l'on poursuivra aussi haut que possible, *sans oublier que la vessie se laisse attirer par les tractions et peut apparaître sur la partie interne du collet, où il importe de ne pas la blesser*. Le sac bien isolé, sera lié, coupé et remonté haut dans le ventre, en passant à la Barker les deux chefs de la ligature dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, puis à travers toute la paroi et en les nouant à 3 centimètres au-dessus du ligament de Fallope.

Il faut restaurer la région herniaire et fermer l'anneau. Pour cela, isoler et découvrir nettement l'arcade de Fallope, le ligament de Gimbernat, le ligament de Cooper et l'aponévrose pectinéale. Récliner d'autre part la veine fémorale en dehors. Rapprocher alors l'arcade de Fallope du ligament de Cooper et de l'aponévrose pectinéale par une série de fils en anse, dont le plein étreint en bas l'aponévrose pectinéale et dont les chefs traversent l'arcade de Fallope pour se nouer au-devant d'elle (Berger).

Suturer ensuite l'aponévrose du pectiné au bord du ligament falciforme (Bassini). Unir enfin si elle existe la lamelle sous-inguinale fendue au pectiné (L. Championnière).

Fermer la brèche cutanée et maintenir la cuisse du malade fléchie sur le bassin.

2° **Procédé de Proust et Guibé**[2] (Section du ligament de Gimbernat). — Incision parallèle à l'arcade et immédiatement au-dessus d'elle. Mise à nu de l'arcade ; isolement de son bord inférieur. Isolement du sac.

Section du ligament de Gimbernat qu'il faut couper de bout en bout au ras de son insertion pubienne. Ecarter alors l'arcade en haut et compléter l'isolement du sac qu'il faut pousser aussi haut que possible, lier et réséquer (fig. 1035).

Fermer alors le trajet. Tirer l'arcade en haut en l'éversant de façon à voir directement la face postérieure de la paroi abdominale. Isoler soigneusement cette paroi, ainsi que la crête pectinéale revêtue du ligament de Cooper et rapprocher la première de la seconde à l'aide de fils profonds chargeant en haut le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, en bas le ligament de Cooper et le périoste du pubis. Ainsi se trouve constitué un premier rideau profond (fig. 1036).

[1] Bassini, *Cure radicale de la hernie crurale*, Padoue, 1893.

[2] Proust et Guibé, *Presse médicale*, 5 mars 1904, p. 145.

Suturer ensuite l'arcade fémorale à l'aponévrose pectinéale en traversant celle-ci près du ligament de Cooper, car l'arcade s'abaisse mieux lorsqu'on la porte en arrière (fig. 1037).

Réunir enfin les plans superficiels.

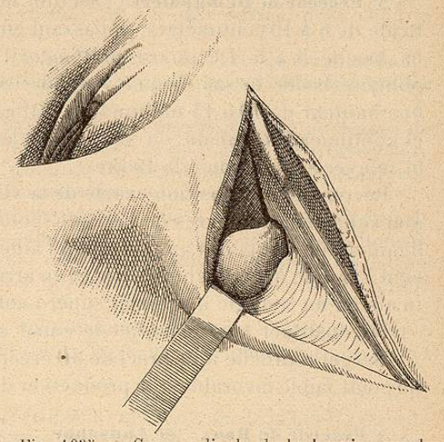

Fig. 1035. — Cure radicale de la hernie crurale (Proust et Guibé). Isolement du sac après section du ligament de Gimbernat.

Codivilla[1] avait déjà décrit en 1898 un procédé absolument analogue, et que nous tenons à reproduire ici. Par une incision parallèle à l'arcade, il isolait le sac, sectionnait le ligament de Gimbernat et l'insertion pubienne de l'arcade ; par cette brèche, il poursuivait l'isolement du sac qu'il liait et réséquait très profondément. Il isolait ensuite en haut le bord inférieur du petit oblique et du transverse, en bas le ligament de Cooper et le périoste pubien. Il unissait enfin sur deux plans, d'une part la couche musculaire inguinale au ligament de Cooper, de l'autre l'arcade de Fallope à l'aponévrose pectinéale.

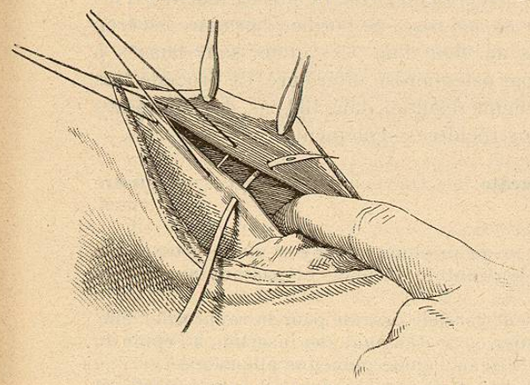

Fig. 1036. — Cure de la hernie crurale (Proust et Guibé). L'index récline la veine fémorale. Les fils profonds traversent le ligament de Cooper et les muscles de la paroi abdominale.

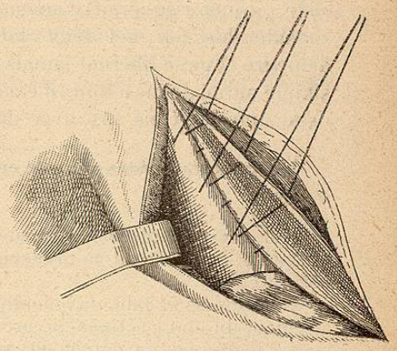

Fig. 1037. — Cure de la hernie crurale (Proust et Guibé). Les fils profonds sont noués. Les fils superficiels vont rapprocher l'arcade de Fallope et l'aponévrose pectinéale.

[1] Codivilla, *Centr. für Chir.*, 1898, n° 28, p. 730.

On voit que sa technique est identique à celle que Proust et Guibé ont proposée six ans après lui.

3° **Procédé de Delagénière**[1] (Section de l'arcade crurale. — Incision verticale de 8 à 10 centimètres, dépassant en haut l'arcade de 3 centimètres et en bas de 5 à 6. Découvrir nettement l'arcade et l'aponévrose du grand oblique. Isoler le sac jusqu'à l'arcade. Sectionner celle-ci aux ciseaux sur une hauteur de 10 à 15 millimètres. Attirer le sac dans la brèche ainsi créée et continuer l'isolement du sac le plus haut possible ; le lier et le réséquer, et relever le moignon à la Barker.

Reconnaître la position exacte de la veine fémorale. Réunir alors séparément chacune des lèvres de l'arcade sectionnée à l'aponévrose pectinéale, au ligament de Cooper et au périoste à l'aide de plusieurs fils résistants qui forcent l'arcade à s'infléchir en bas et en arrière, transformant son incision verticale en un triangle à sommet supéro-antérieur.

Reconstituer par un surjet le canal crural. Fermer la brèche cutanée.

Berger reproche à ce procédé de créer au niveau de l'incision de l'arcade un point faible favorable à la production d'une récidive.

4° **Procédé de Roux**[2] **(de Lausanne)**. — C'est le « procédé du clou ». Après résection du sac herniaire et réclinaison en dehors des vaisseaux fémoraux, on fixe l'arcade de Fallope à la crête pectinéale avec un clou en U de tapissier. Ce clou, d'acier nickelé, doit être enfoncé perpendiculairement et profondément en pleine substance aqueuse, en prenant garde de ne pas marteler l'arcade, ce qui risquerait d'amener sa nécrose. Si l'orifice herniaire est trop considérable, on met deux clous au lieu d'un. Ces clous sont laissés à demeure et ne se libèrent jamais par ostéoporose ultérieure. Ce procédé très simple aurait donné à Roux d'excellents résultats dans 130 cas, dont 16 opérés depuis plus de trois ans, avec deux récidives seulement.

5° **Autres procédés par voie crurale.** — On peut les ranger en quatre groupes :

1° Cavazzani[3] abaisse l'arcade jusqu'au pubis au moyen d'une grosse soie (n° 3 ou 4) contournant la branche horizontale du pubis et passant par le trou obturateur.

2° Fabricius et Jaboulay mobilisent l'arcade crurale pour la rapprocher plus aisément du plan pectinéal, le premier en sectionnant son insertion à l'épine du pubis, le second en détachant au ciseau l'épine pubienne elle-même.

3° Salzer, Poullet, Schwartz, Cheyne et Garay recourent à la myoplastie et empruntent leur lambeau, soit au pectiné (Salzer-Cheyne), soit au premier adducteur (Poullet), soit au deuxième (Schwartz), soit au couturier (Garay).

4° Trendelenburg, Kraske et Thiriar, utilisent l'ostéoplastie. Les deux premiers taillent un lambeau sur le pubis. Le troisième se sert d'une plaque d'os décalcifié.

[1] H. Delagénière, *Arch. prov. de chir.*, février 1898, p. 61.

[2] Roux (de Lausanne), *XVII^e Congr. fr. de chir.*, 22 octobre 1904.

[3] Cavazzani, *Clinica moderna*, 22 juillet 1903.

§ 2. — Voie inguinale[1]

1° — Ruggi (1892), Parlavecchio (1893), Tuffier (1896), Lotheissen (1898), Gordon (1900) ont publié des procédés voisins les uns des autres, dont voici le résumé :

a. Inciser les téguments le long du bord saillant de l'arcade crurale. Isoler le bord inférieur de celle-ci ; au-dessous d'elle, disséquer le sac, l'ouvrir et traiter son contenu.

b. Inciser alors l'aponévrose du grand oblique immédiatement au-dessus de l'arcade, sans intéresser si l'on peut les orifices du canal inguinal (Parlavecchio). Effondrer par décollement la paroi profonde du trajet inguinal et à travers le tissu sous-péritonéal, arriver jusqu'au collet du sac.

c. Attirer ce sac dans le canal inguinal, transformant ainsi la hernie crurale en hernie inguinale, isoler, lier, et couper très haut l'infundibulum péritonéal.

d. Suturer l'orifice interne du canal crural en fixant, au ligament de Cooper les muscles petit oblique et transverse qui s'abaissent comme un rideau vers le pubis.

e. Restaurer la paroi inguinale en unissant à nouveau les petit oblique et transverse à l'arcade, puis en suturant l'incision de l'aponévrose du grand oblique.

f. Fermer la brèche cutanée.

2° — Chaput[2] a très récemment préconisé la cure radicale de la hernie crurale par « le procédé du rideau et de la suture des gaines », qu'il faut rapprocher des précédents.

Pour cet auteur, la récidive dans la hernie crurale se fait par trois régions distinctes : 1° par le canal crural ; 2° en avant des vaisseaux fémoraux (sinus préfémoral) ; 3° en dedans de la veine fémorale (sinus fémoral interne).

Pour réaliser cette triple fermeture, il faut abaisser comme un rideau, les muscles petit oblique et transverse jusqu'à la crête pectinéale, puis suturer les gaines vasculaires en avant et en dedans, à l'arcade crurale et au petit oblique. Voici les temps de cette technique :

a. *Incision cutanée*, longue, parallèle à l'arcade, permettant d'agir à la fois sur la hernie et sur le canal inguinal.

b. *Incision, ligature, excision du sac crural.*

c. *Incision du canal inguinal*, après réclinaison du cordon ou du ligament rond, puis isolement du bord des petit oblique et transverse, ainsi que du ligament de Cooper.

d. *Passage des fils dans les gaines vasculaires.* — Avec de fines pinces, faire des plis transversaux aux gaines vasculaires au niveau du point où elles croisent le petit oblique et l'arcade. Passer ensuite plusieurs catguts fins dans les gaines 1° en dedans de la veine (fils internes), les plus utiles ; 2° en avant de la veine (fils antéro-internes) ; 3° en avant de l'artère (fils antéro-externes).

e. *Suture des petit oblique et transverse à la crête pectinéale.* — Avec l'aiguille de Reverdin entrant par la région crurale et ressortant par l'inguinale ou réciproquement, placer deux ou trois points séparés au catgut depuis le ligament de Gimbernat jusqu'au niveau de la veine fémorale.

f. *Suture des gaines vasculaires au petit oblique et à l'arcade.* — Reprendre les fils passés antérieurement dans les gaines, les passer dans le petit oblique et dans l'arcade, puis les nouer.

[1] Parlavecchio, *Riforma médica* 1893, n° 42. — Tuffier, *Rev. de chir.*, 1896, t. XVI, p. 240. — Lotheissen, *Centr. f. Chir.*, 1898, p. 548. — Gordon, *Brit. med. Journal*, 1900, t. I, p. 1338.

[2] Chaput, *Presse médicale*, 2 juillet 1904, p. 417.

g. Suture des lèvres de la paroi antérieure du canal inguinal.
h. *Hémostase. Suture de la peau sans drainage.*

III. — HERNIES OMBILICALES

L'application des principes ordinaires de la cure radicale des hernies est ici sans valeur. La ligature haute du sac est impossible parce que ce sac adhère intimement à l'orifice herniaire au niveau du collet. D'autre part la simple suture de l'orifice, même avivé, ne donne aucun résultat, car cet orifice est toujours large et à bords minces.

Mieux vaut donc supprimer franchement toute la région herniaire et réséquer d'emblée l'ombilic en masse. Ainsi on évite la dissection toujours pénible du sac, la libération de son contenu et on transforme la brèche en plaie de laparotomie ordinaire, facile à fermer en plusieurs plans (Condamin).

L'omphalectomie totale, primitive, s'impose donc aujourd'hui le plus souvent comme procédé de choix.

1. **Procédé de Condamin**[1]. — (Omphalectomie totale primitive).

a. Incision préombilicale uni ou bilatérale, commençant verticale et médiane à 3 centimètres au-dessus du pédicule de la hernie, pour contourner celui-ci et regagner au-dessous la ligne médiane. Couper la peau, l'aponévrose. Sur la ligne médiane, au-dessus et au-dessous de la hernie, ouvrir carrément le ventre comme dans une laparotomie. Sur les côtés, ouvrir la gaine des droits et compléter la section de la paroi aux ciseaux, sur l'index gauche glissé comme protecteur par les orifices déjà créés en haut et en bas sur la ligne blanche.

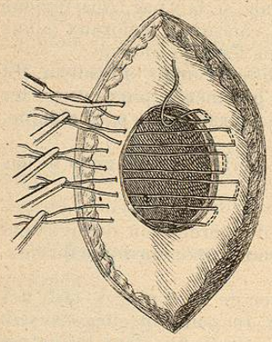

Fig. 1038. — Cure de la hernie ombilicale (Savariaud). Chevauchement des bords de l'anneau à l'aide des points en V (d'après Ricard et Launay).

b. Le sac se trouve ainsi ouvert d'emblée au delà de son collet, et l'on voit l'épiploon et l'intestin s'engager dans la hernie. S'il y a simplement de l'épiploon, on le sectionne en amont, sans prendre la peine de le libérer. S'il y a de l'intestin, on essaye de le dégager par de douces tractions, ou bien on fend prudemment le sac de dedans en dehors, sous le contrôle de la vue et on complète la libération de l'intestin.

c. L'ombilic est ainsi réséqué en masse et l'on se trouve en présence d'une plaie de laparotomie habituelle.

On complète si cela est nécessaire l'ouverture de la gaine des droits sur toute la hauteur de la plaie. Aux deux extrémités de l'incision, on passe deux gros fils suspenseurs qui, tirés par un aide, soulèvent et rapprochent les lèvres de l'incision.

[1] Condamin, *Arch. prov. de chir.*, 1891, p. 193 et 1893, p. 325.

On réunit alors ces lèvres soit par une suture en masse, soit par une des nombreuses sutures à étages que l'on emploie dans la laparotomie ordinaire.

2° **Procédé de Le Dentu**[1]. — (Omphalectomie partielle secondaire). Le Dentu

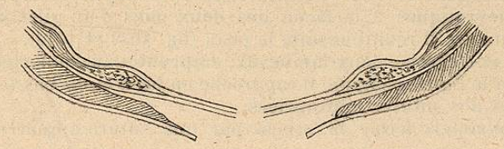

Fig. 1039. — Cure de la hernie ombilicale (Sapiejko). Dédoublement des parois.

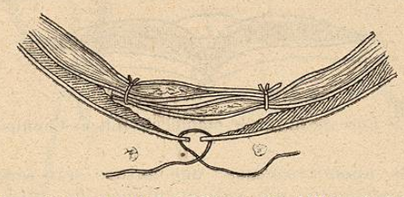

Fig. 1040. — Cure de la hernie ombilicale (Sapiejko). Imbrication et suture des deux lèvres musculo-aponévrotiques. Réunion des lèvres cutanées.

ouvre le sac sur la ligne médiane, libère son contenu de dehors en dedans, dissèque le sac jusqu'au collet, résèque le pourtour fibreux de l'anneau om-

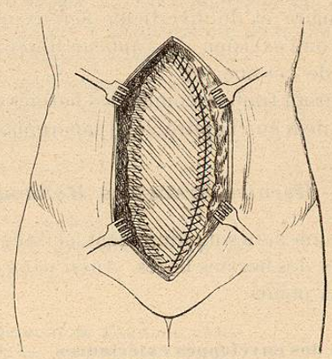

Fig. 1041. — Cure de la hernie ombilicale par croisement et superposition des parois (Sapiejko).

bilical, excise la paroi fibro-musculaire sous forme d'un losange et restaure la paroi à l'aide d'un surjet péritonéo-musculo-aponévrotique. Il suture ensuite la peau.

3° **Autres procédés**. — *a.* Lawson Tait et Sanger au lieu de réséquer l'anneau ombilical, le dédoublent en deux lambeaux fibro-péritonéal et fibro-cutané qu'ils adossent aussi largement que possible.

[1] Le Dentu, in Brodier, th. de Paris, 1892-1893, n° 225.