

dedans, et pour éviter l'éventration, on fixe par quelques points le bord du muscle au bord de sa loge fibreuse (fig. 476).

Pour refermer la gaine du droit et renforcer encore la paroi, on relève le bord inférieur de l'incision du grand oblique jusqu'au contact de la lèvre interne de l'incision de la gaine du

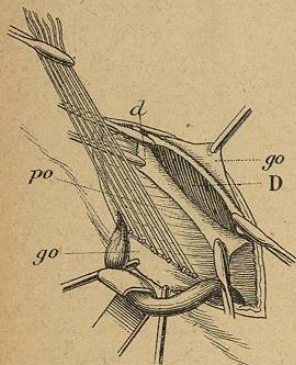


Fig. 475.
Procédé de Berger.

go, aponévrose du grand oblique. — po, petit oblique. — d, gaine aponévrotique du muscle droit. — D, muscle grand droit.

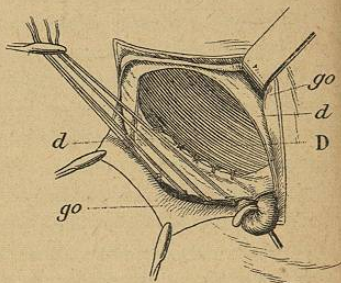


Fig. 476.
Procédé de Berger.

go, grand oblique. — d, gaine du muscle droit. — D, muscle droit.

droit, et on l'y suture (fig. 477). Enfin, par-dessus cette réunion, on rabat, comme un rideau, la lèvre supérieure de l'incision de l'aponévrose du grand oblique, et on l'attire jusqu'à près de l'insertion de cette aponévrose au bord antérieur de l'arcade de Fallope où on la fixe par plusieurs points (fig. 478).

β. Variétés dans les sutures. — Les variétés peuvent se diviser ici en deux groupes, selon qu'on laisse ou non des *fils perdus* dans les tissus profonds.

Les fils perdus sont résorbables (catgut) ou non résorbables (soie, fil de lin, crins de Florence, fils métalliques) et peuvent être utilisés en points séparés simples, points en U, ou en sur-

jets. Nous préférons laisser dans la profondeur des sutures de catgut, qui nous ont toujours donné d'excellents résul-

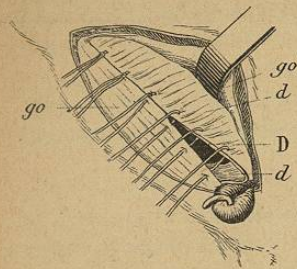


Fig. 477.
Procédé de Berger.

go, aponévrose du grand oblique. — d, gaine du muscle droit. — D, muscle grand droit.

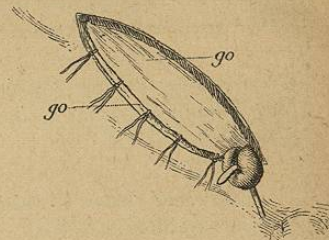


Fig. 478.
Procédé de Berger.

go, aponévrose du grand oblique.

tats immédiats et tardifs, et ne peuvent exposer à l'élimination tardive, possible avec les meilleures réunions immédiates.

La cure radicale sans sutures perdues peut être pratiquée à l'aide de fils métalliques,

comme on fait la suture en masse d'une laparotomie. Après ligature du sac, les différents plans, peau, aponévrose, muscles sont successivement traversés par l'aiguille sur une des lèvres de la plaie, puis l'aiguille passe devant le cordon et charge successivement les mêmes plans de l'autre lèvre, en sens inverse, de la profondeur vers la peau. Le fil est attiré, et les fils ne sont tordus que lorsqu'ils sont tous mis en place.

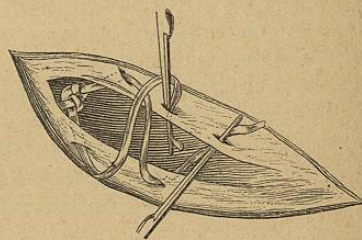


Fig. 479.
Cure de la hernie inguinale sans fils perdus. Procédé de J.-L. Faure.

DUPLAY et CAZIN¹, J.-L. FAURE² ont décrit des procédés permettant de faire les sutures profondes et la fermeture du collet du sac avec des lanières fibro-séreuses taillées aux dépens du sac herniaire. Le sac disséqué est fendu en deux lanières, des lanières sont nouées ensemble pour fermer le sac, puis passées à travers les lèvres de la plaie musculo-aponévrotique inguinale, « comme un lacet de bottines » (fig. 479), et serrées. Il faut évidemment avoir à sa disposition un sac suffisamment long et résistant.

4° Suture cutanée. — Pansement. — La suture cutanée s'effectue comme d'habitude ; on peut, pour éviter tout hématome, prendre dans quelques-uns des fils cutanés le plan superficiel aponévrotique, de façon à accoler la peau à ce plan.

Il est absolument inutile de drainer, sauf dans quelques cas exceptionnels de hernies volumineuses, ayant nécessité des dissections étendues et laissant persister un suintement sanguin impossible à tarir complètement. Le drain serait alors supprimé au bout de quarante-huit heures.

Le pansement doit être soigneusement fait, légèrement compressif ; un double spica de l'aine fait avec des bandes de tarlatane assure une bonne protection.

L'opéré doit être maintenu au lit, dans la position horizontale, environ pendant trois semaines, pour permettre une bonne cicatrisation des plans profonds.

Il est inutile, en général, de faire porter à l'opéré guéri un bandage quelconque, s'il est jeune et si la paroi abdominale est solide. Un bandage léger, à pelote plate, large et peu compressive, est utile après la cure d'une hernie volumineuse et lorsque la paroi abdominale est flasque et peu résistante.

Hernie crurale. — La cure radicale d'une hernie crurale comprend les mêmes temps principaux que la hernie inguinale :

¹ DUPLAY et CAZIN. Congrès de Moscou, 1897. *Semaine médicale*, 1896, p. 453.

² J.-L. FAURE. *Presse médicale*, janvier 1898, p. 49.

l'incision des téguments ; la recherche, la libération et la résection du sac après traitement de son contenu ; l'oblitération de l'anneau crural ; la suture des téguments et le pansement. C'est, comme pour la hernie inguinale, dans le temps d'oblitération de l'anneau que diffèrent entre eux les procédés de cure radicale.

La hernie crurale est ordinairement opérée par la *voie crurale*, elle peut l'être par *voie inguinale*.

a. Voie crurale. — 1° Incision cutanée. — L'incision des téguments peut être verticale ou parallèle à l'arcade crurale.

Verticale, l'incision est située en dedans des vaisseaux fémoraux, parallèle à ces vaisseaux, de longueur variable avec le volume de la hernie mais dépassant toujours de 3 centimètres environ, par son extrémité supérieure, l'arcade de Fallope qu'il faut toujours mettre à nu.

Horizontale, l'incision est menée parallèlement au pli de l'aine, sur la saillie de la tumeur. L'inconvénient de cette incision horizontale est que son extrémité interne se trouve très rapprochée du pli génito-crural, toujours difficile à bien nettoyer et à bien protéger, ce qui l'expose plus à une infection secondaire sous le pansement. Au reste, l'incision verticale suffisamment longue permet de voir et d'opérer très facilement.

2° Dissection et résection du sac. — Les téguments incisés, il faut immédiatement mettre à découvert l'arcade de Fallope et l'extrémité inférieure de la paroi abdominale. Au-dessous se trouve facilement le sac, enveloppé presque toujours d'un lipome plus ou moins développé. Le doigt sépare de tous côtés le sac, et la graisse qui l'enveloppe, des organes environnants. Cette séparation est facile et doit être faite jusqu'à l'anneau crural, jusqu'au-dessous de l'arcade de Fallope bien visible.

Le sac est alors ouvert avec précaution, sur un pli tendu entre deux pinces, comme pour la hernie inguinale.

Le traitement du contenu, intestin, épiploon, est le même que pour la hernie inguinale et le principe de la ligature par pédicules séparés de la lame épiploïque est encore plus important

ici, un gros pédicule ne pouvant passer par l'anneau crural souvent étroit.

Le contenu réduit ou réséqué, le sac est libéré aussi haut que possible sur l'arcade crurale, et réséqué, après ligature comme pour le sac inguinal.

Comme pour le sac inguinal, quelques opérateurs fixent le moignon du sac en un point écarté de l'anneau. Dans ce but, les deux chefs du fil de ligature sont conservés longs; puis ou bien on traverse la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale, de dehors en dedans, avec une aiguille courbe guidée par l'index introduit par l'anneau sous la paroi abdominale; ou bien on traverse la paroi de dedans en dehors, passant l'aiguille par l'anneau crural. L'aiguille fait traverser la paroi abdominale successivement à chacun des deux chefs du fil qui lie le pédicule séreux, et ces fils sont noués à la surface de l'aponévrose du grand oblique. BERGER, CHAMPIONNIÈRE conseillent cette manière d'opérer.

3^e Oblitération de l'anneau. — L'oblitération du trajet de la hernie se fait en fermant d'abord l'anneau crural, puis le canal crural, le long de la veine fémorale. Cette fermeture se pratique suivant plusieurs procédés.

*Procédé de L. Championnière*¹. — Au moment de la dissection du sac, on a repéré par deux pinces de Kocher la lame fibreuse qui enveloppait le sac, constituée par le fascia cribriformis et insérée en haut à l'arcade de Fallope. Avec l'aiguille courbe, que l'on a bien soin de tenir parallèle à l'axe de la cuisse pour éviter de blesser la veine fémorale, et que l'on dirige de bas en haut, on charge l'aponévrose du pectinée le plus près possible de la crête pectinéale. On s'assure, en soulevant l'aiguille, que la prise est solide, puis on traverse le lambeau du fascia cribriformis, en dedans et en bas. On passe un catgut que l'on ne noue pas, puis on place de même un fil sur la partie externe du fascia cribriformis. Un troisième fil entre ces deux premiers est utile. Puis on noue les trois fils et l'anneau se trouve oblitéré.

¹ Thèse de Termet, Paris, 1898.

On obtient ensuite la rigole formée par la loge lymphatique déshabillée par le sac. Pour cela on traverse de dehors en dedans la berge externe de la rigole, accolée à la veine fémorale dont on évite avec soin la piqûre, puis la berge interne par des points séparés.

*Procédé de Berger*¹. — On établit trois ou quatre sutures superposées d'avant en arrière et concentriques, qui réunissent

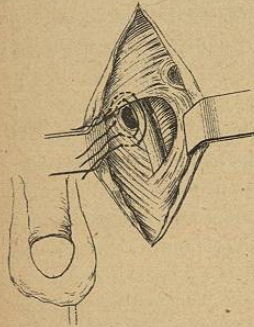


Fig. 480.
Cure radicale de la hernie crurale. Procédé de Berger.



Fig. 481.
Hernie crurale. Incision verticale. Fermeture du canal par un surjet.

l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope et à l'aponévrose du grand oblique.

Avec une aiguille courbe, une anse de fil est passée sous l'aponévrose du pectinée au ras de son insertion à la crête pectinéale, de manière que ses deux extrémités ressortent dans l'anneau crural, l'externe presque au-dessous de la veine fémorale, qu'on récline fortement en dehors, l'interne tout près du ligament de Gimbernat (fig. 480). Le premier de ces chefs est repris par l'ai-

¹ BERGER. Traité de chirurgie Duplay-Reclus, 2^e édit., t. VI, p. 290.

guille avec laquelle on ponctionne l'arcade crurale en avant de la veine fémorale; on glisse de dehors en dedans la pointe de l'aiguille dans la gouttière que forme la face supérieure de l'arcade, et on la fait ressortir au delà des limites internes de l'orifice herniaire au niveau du ligament de Gimbernat (fig. 480). On obtient ainsi une boucle dont la striction ferme l'anneau crural.

Deux ou trois autres points de suture sont placés en avant du précédent, réunissant les parties de l'aponévrose du pectiné situées plus bas avec les parties de l'aponévrose du grand oblique situées au-dessus du premier point. Ces points ainsi disposés forment une suture en bourse à étages, qui applique, sur une grande largeur, l'une contre l'autre les parois opposées du canal crural, et qui oblitère ce dernier dans toute sa hauteur.

Un simple surjet peut, de même, accoler largement arcade de Fallope et muscle pectiné recouvert de son aponévrose (fig. 481).

*Procédé de M. Delagenière*¹. — Avant de disséquer le sac, et pour poursuivre plus loin la dissection de son collet, on coupe l'arcade de Fallope au niveau de l'anneau crural, franchement et sur une hauteur de 1 centimètre et demi chez la femme; lentement chez l'homme, et jusqu'au cordon spermatique qu'il ne faut pas blesser.

Le sac disséqué, réséqué, et son moignon suspendu, on suture par des points en U chaque lambeau de l'arcade de Fallope coupée, à l'aponévrose du pectiné prise largement. Les fils serrés et noués sur l'arcade, on voit celle-ci s'affaisser vers la branche horizontale du pubis, et se porter en arrière, transformant dans ce mouvement de descente, son incision verticale en un espace triangulaire à sommet supérieur et antérieur. On peut réduire cet espace triangulaire par quelques points de sutures supplémentaires.

*Procédé myoplastique de Schwartz*². — L'orifice crural est

¹ DELAGENIÈRE. *Archives provinciales de chir.*, février 1896, p. 69, et Thèse de Iliine, Paris, 1901.

² SCHWARTZ, Thèse de Gesland, Paris, 1897, et Congrès international de médecine, Paris, 1900. Section Chirurgie générale, p. 436.

obturé par un faisceau musculaire emprunté au muscle moyen adducteur. Ce lambeau a été aussi emprunté au muscle pectiné (SALZER, WATSON CHEYNE).

Le sac réséqué, on taille aux dépens du muscle moyen adducteur un lambeau à large pédicule supérieur; puis on relève en haut ce lambeau musculaire, on l'enfonce dans le canal crural, et le fixe par quelques points de suture au bord inférieur de l'arcade crural et au fascia cribiformis (fig. 482).

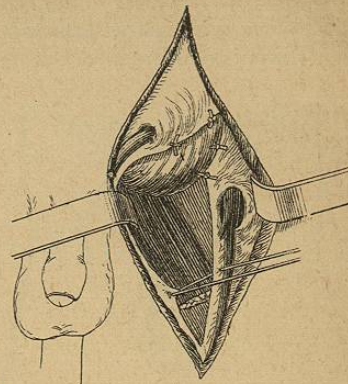


Fig. 482.

Hernie crurale. Procédé myoplastique de Schwartz (d'après FARABEUF).

4° Suture de la peau et pansement. — Cet temps n'offre rien de particulier et se fait comme pour la hernie inguinale.

b. Voie inguinale (ANNANDALE, RUGGI, TUFFIER)¹. — Les téguments sont incisés parallèlement au canal inguinal. Puis on incise la paroi antérieure du canal inguinal, sans ouvrir l'orifice inguinal extérieur si la hernie est petite. Le cordon spermatique est relevé en haut pour exposer la paroi postérieure du canal.

Disséquant la lèvre inférieure de l'incision, par sa face profonde, on dissocie le tissu cellulaire sous-péritonéal et arrive au collet du sac crural, avant son passage dans l'anneau.

On attire la hernie crurale dans la plaie inguinale, et on traite comme d'habitude le sac herniaire et son contenu.

Puis on ferme l'anneau crural par sa face profonde en accolant l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné, et on reconstitue le canal inguinal.

¹ TUFFIER. *Revue de chirurgie*, 1896, et Thèse de Guinement, Paris, 1901.

Hernie ombilicale. — La hernie ombilicale, quel que soit son mode de formation (hernies congénitales, hernies des nouveau-nés, hernies de l'adulte), quel que soit son volume, est opérée d'après les mêmes principes. Nous n'avons pas à indiquer ici quel est le moment favorable pour cette cure opératoire dans les différentes variétés¹.

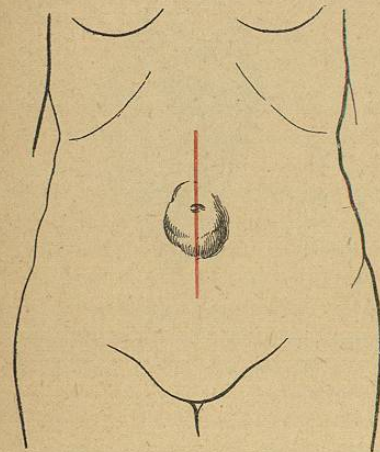


Fig. 483.

Hernie ombilicale. Incision rectiligne.

Chez l'adulte la hernie n'est réductible que si elle est encore peu volumineuse, rapidement dans les grosses hernies se développent des adhérences épiploïques et intestinales qui compliquent la cure opératoire. Les principes de cette cure restent cependant les mêmes, et les adhérences seront traitées comme nous l'indiquons en parlant des hernies irréductibles.

1° Incision cutanée.

— L'incision de la peau et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané peut être médiane, rectiligne et unique (fig. 483); ou latérale, courbe et double (fig. 484). Dans tous les cas l'incision doit dépasser en haut et en bas, de 3 ou 4 centimètres, le pédicule apparent de la hernie.

L'incision médiane unique parcourt le milieu de la tumeur herniaire.

L'incision latérale double, formée de deux lignes courbes se réunissant en haut et en bas, peut comprendre la totalité du pédicule herniaire (CONDAMIN); mais, si la hernie est volumineuse, on produit ainsi une perte de substance considérable,

¹ Voy. Thérapeutique chirurgicale, RICARD et LAUNAY, 1903.

nuisible à la bonne réunion de la paroi. Il est préférable de faire parcourir à chaque incision latérale le flanc de la tumeur herniaire, à une distance variable du pédicule, calculée sur le volume de la hernie, et de façon à conserver assez de peau pour réunir facilement sans traction. On décolle ensuite la peau, doublée de sa graisse, du sac herniaire, jusqu'à ce qu'on voie nettement l'aponévrose blanche du grand oblique. On met à nu celle-ci dans toute la longueur de l'incision située du côté où l'on opère, et jusqu'au collet du sac.

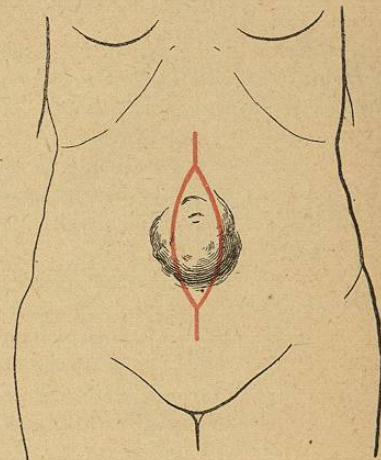


Fig. 484.

Hernie ombilicale. Incision elliptique.

L'adhérence du sac aux téguments, la minceur des parois au niveau du fond du sac rendent dangereuse, dans les grosses hernies, l'incision médiane unique; on peut, du premier coup, pénétrer, sans le vouloir, dans le sac, et on s'expose à blesser un des organes qui y sont contenus. L'incision bilatérale courbe nous paraît préférable, parce qu'elle conduit sur une portion du sac ordinairement non adhérente aux téguments, et plus facile à reconnaître et à isoler.

2° Traitement du sac et de son contenu. — Le sac est ouvert soit au niveau de son fond si l'incision est médiane, soit près du collet si l'incision est latérale. Cette incision basse est beaucoup moins dangereuse que l'incision du fond.

L'ouverture du sac doit être faite avec précaution, sur un pli tendu par une pince, et à petits coups, pour éviter la blessure d'un organe profond. Dès que l'orifice est assez grand pour

admettre le doigt, l'index, introduit dans le sac, explore sa paroi interne. On coupe, sur ce doigt protecteur, le sac sur toute la demi-circonférence exposée, et on pénètre largement dans la cavité.

Si le contenu de la hernie est réduit, il ne reste qu'à compléter l'isolement du sac et de tous les diverticules qu'il peut présenter.

Si l'intestin ou l'épiploon est adhérent, le renversement du sac autour du côté non encore coupé permet de traiter convenablement le contenu. La résection de l'épiploon libre se fait comme dans les autres hernies.

Le contenu réduit ou réséqué, le sac isolé sur tout son pourtour, sans qu'il soit utile de séparer son fond de la paroi qui le recouvre et qui doit être supprimée; il faut le réséquer, puis fermer le péritoine.

Il est rare que l'on puisse ici opérer comme d'habitude, lier le pédicule et couper ensuite, il faudrait une hernie petite, un orifice peu large, et un péritoine facilement décollable de l'orifice fibreux. Ordinairement le péritoine adhère au pourtour aponévrotique, et cette façon d'opérer est impraticable.

Il est préférable dans tous les cas de ne pas fermer alors le sac, de placer une compresse sur les viscères, et de couper le péritoine en même temps que l'anneau fibreux. On se trouve alors en présence d'une plaie de laparotomie ordinaire, que l'on réunit selon les règles habituelles déjà exposées.

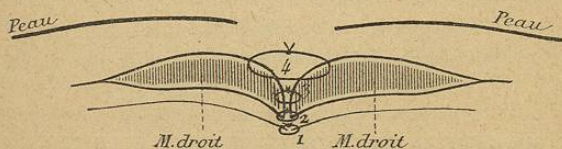


Fig. 485.

Cure radicale de la hernie ombilicale. Procédé de L.-Championnière.

3° Restauration de la paroi. — La reconstitution de la paroi peut être effectuée par simple *avivement* du pourtour fibreux et sutures; ou par résection large de l'orifice fibreux, appelée *ompha-*

lectomie, avec ouverture de la gaine des muscles droits, et sutures.

L'*avivement simple* est obtenu par le *procédé de L. CHAMPIONNIÈRE*. Le péritoine du sac a été lié ou suturé le plus loin possible vers l'abdomen, et le sac coupé. Le pourtour de l'orifice fibreux est avivé, puis suturé par des points séparés. La paroi abdominale est fermée par deux sutures à plusieurs étages, accolant les gaines des droits (fig. 485).

Des points prenant en masse la paroi peuvent être placés avant les étages superposés, pour soutenir cette suture lorsqu'elle est tendue.

L'*omphalectomie* doit comprendre comme temps indispensable l'ouverture des gaines des deux muscles droits pour permettre le rapprochement de ces muscles. Les procédés de *CONDAMIN*, de *LE DENTU* permettent ce résultat.

*CONDAMIN*¹ résèque d'abord l'orifice fibreux, sans ouvrir le sac, puis coupe le sac au même niveau. La gaine des muscles droits est ouverte pendant cette section.

*LE DENTU*² traite d'abord le sac et son contenu, puis résèque l'ombilic.

¹ Thèse de Casteret, Lyon, 1892.

² Thèse de Brodier, Paris, 1893.

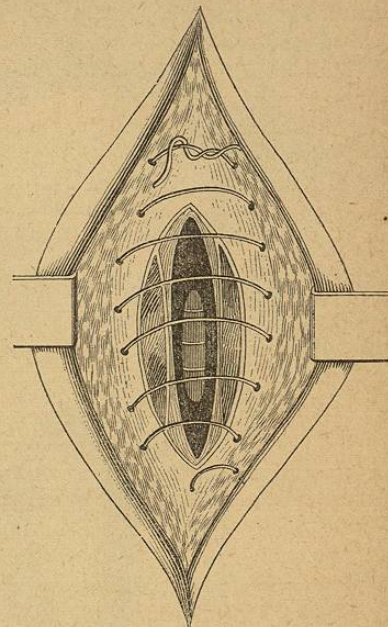


Fig. 486.

Cure radicale de la hernie ombilicale. Procédé de Le Dentu.

La résection de l'anneau fibreux et du péritoine est faite sur tout le pourtour de l'orifice, en dépassant largement celui-ci en haut et en bas, de façon à donner à la plaie définitive la forme d'un losange allongé, ou mieux d'une ellipse (fig. 486).



Fig. 487.
Hernie ombilicale. Procédé de Sapiejko.

Si les gaines musculaires n'ont pas été ouvertes pendant cette résection, il faut les rechercher et les ouvrir dans toute la longueur de la plaie.

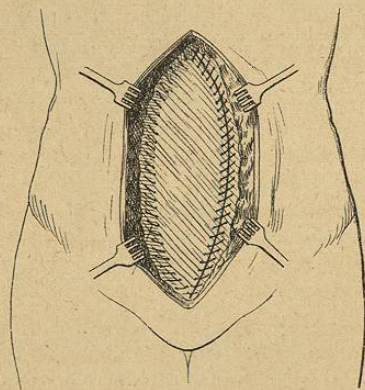


Fig. 488.
Cure de la hernie ombilicale. Procédé de Sapiejko.

La suture de la paroi est alors faite comme celle d'une laparotomie quelconque, en masse ou en étages, en prenant bien soin d'accoler les bords des muscles droits, mobilisés au besoin dans les gaines (fig. 486).

Dans le but de consolider cette paroi, SAPIEJKO¹ (fig. 487 et 488) et SAVARIAUD² (fig. 489) ont proposé d'imbriquer les deux lèvres de la plaie abdominale l'une au-dessous de l'autre. SAVARIAUD conseille de placer d'un côté un certain nombre d'anses de fil en U (fig. 489), et de faire traverser aux chefs libres de

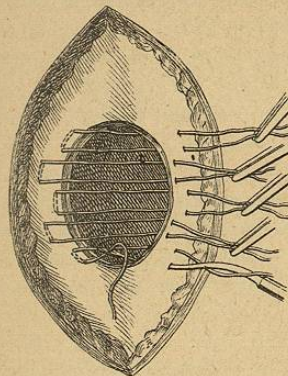


Fig. 489.
Cure de la hernie ombilicale.
Procédé de Savariaud.



Fig. 490.
Procédé de Savariaud.
Sutures terminées.

ces anses, de la profondeur vers la superficie, la lèvre opposée, à 15 millimètres environ du bord. Lorsqu'on serre les fils, les deux parois chevauchent (fig. 490).

4° Suture cutanée. — Pansement. — La suture de la peau se fait comme d'habitude, et, après la cure d'une hernie volumineuse, qui a nécessité de larges décollements, il est prudent de placer un drain sous la peau. Le pansement est constitué par un large bandage de corps en flanelle, fortement serré.

Les suites opératoires n'offrent rien de spécial. Il est utile de faire porter ensuite aux malades une ceinture abdominale.

¹ SAPIEJKO. *Revue de chirurgie*, février, 1900 n° 2, p. 241.

² SAVARIAUD. *Congrès français de chirurgie*, 1901, p. 579.