

tumeur et le ventre. Tantôt la tumeur, irréductible depuis un certain temps, est devenue tuméfiée et douloureuse depuis peu : la douleur est spontanée, augmentée par la pression ; il y a des nausées, même des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux ; le malade ne va pas à la garde-robe et n'émet point de gaz ; le ventre se ballonne. Bref, le tableau d'un étranglement se dessine ; or, comme il s'agit de volumineuses hernies, habituellement dehors, se faisant par des anneaux très élargis et souples, il ne s'agit pas d'un étranglement vrai, mais d'accidents variables : péritonite herniaire, inflammation du sac ; occlusion intra-sacculaire par des brides, par constriction dans un orifice accidentel de l'épiploon, par coudure d'une anse adhérente.

Ces accidents, au lieu de présenter la marche aiguë de l'étranglement peuvent évoluer avec lenteur ; il arrive même parfois que, sous l'influence du repos, des applications de glace, des lavements purgatifs, ces phénomènes d'obstruction disparaissent, jusqu'à une prochaine crise. De là, l'importance autrefois accordée à ce diagnostic entre l'étranglement vrai et les accidents d'inflammation ou d'occlusion des hernies adhérentes. Actuellement, où l'intervention précoce a moins de périls que la temporisation, cette distinction a perdu sa valeur et l'on opère, toutes les fois qu'une contre-indication n'est pas fournie par l'âge ou l'état général du sujet.

4° HERNIES IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES NATURELLES. — Ce sont toujours des hernies du gros intestin. Ce dernier est fixé à la paroi du sac par le repli péritonéal qui normalement l'unit à la paroi abdominale : nous développons ce point à propos des hernies du cæcum et du côlon (page 443). — Cette distinction, fixée par SCARPA dès le commencement du siècle, est d'une grande importance pratique : les *adhérences charnues naturelles* ne doivent point être traitées, *comme les brides accidentelles*, par la section totale ; il faut s'efforcer de les réduire avec le sac, en suivant un glissement inverse du mouvement qui a amené hors du ventre ces attaches péritonéales des viscères.

## CHAPITRE III

## HERNIES EN PARTICULIER

## ARTICLE PREMIER

## HERNIES INGUINALES

**Définitions et variétés.** — La hernie inguinale, la plus fréquente, sort de l'abdomen par la fossette péritonéale externe et parcourt le trajet oblique, de dehors en dedans, — *canal inguinal* — qui est creusé dans la paroi et qui répond à la voie suivie par le testicule, lors de sa migration vers le scrotum : c'est la *hernie oblique externe*. — Tantôt les viscères entrent dans un canal séreux plus ou moins perméable, formé par le conduit péritonéo-vaginal imparfaitement oblitéré ; la hernie se fait alors dans un sac préexistant qui a une origine congénitale : aussi appelle-t-on cette première variété *hernie congénitale* bien qu'elle puisse se montrer pour la première fois à un âge avancé. Tantôt les viscères repoussent devant eux la séreuse péritonéale et s'en constituent une enveloppe : on donne à cette seconde variété, qui ne trouve point devant elle un sac préformé, le nom de *hernie acquise*. — Cette distinction classique n'est point rigoureusement exacte. En réalité, la grande majorité des hernies obliques externes, dites acquises, s'amorce à la faveur d'une disposition congénitale : à savoir la persistance, au niveau de l'orifice profond, d'un reste du canal péritonéo-vaginal, sous la forme d'un infundibulum par où commencent la dépression et le refoulement progressif de la séreuse.

Au lieu de suivre obliquement le canal inguinal dans toute



sa longueur, avec le cordon ou le ligament rond, depuis la fossette péritonéale externe jusqu'à l'orifice superficiel, les viscères peuvent pénétrer dans le canal au niveau de l'une des deux autres fossettes que l'on voit à la face profonde de la paroi abdominale, dans la région inguinale : 1° la *fossette moyenne*, située entre l'épigastrique en dehors et le cordon fibreux de l'artère ombilicale en dedans ; la hernie qui s'y produit est dite *hernie directe* ; 2° la *fossette interne* ou *vésico-pubiéenne*, qui, comme VELPEAU l'a montré en 1837, donne issue à une hernie spéciale oblique, en bas et en dehors, qu'on appelle *hernie oblique interne*. — Mais cette dernière variété est exceptionnelle ; les Allemands d'ailleurs la réunissent à la hernie directe sous le nom de *hernie interne* d'Hesselbach.

Au point de vue clinique, il y a deux variétés principales de hernie inguinale : la hernie commune, *oblique externe*, qui sort de l'abdomen en dehors de l'artère épigastrique ; et la *hernie interne* ou *directe*, plus rare, sortant en dedans de cette artère.

**Anatomie pathologique.** — 1° **HERNIE OBLIQUE EXTERNE.** — I. *Son trajet.* — La hernie oblique externe, en parcourant le canal inguinal, présente des variétés qui répondent aux stades successifs de son évolution : — 1° Lorsqu'elle est peu volumineuse et reste engagée dans la dépression infundibuliforme qui répond à l'orifice inguinal profond, c'est la *pointe de hernie*, de Malgaigne ; — 2° Si la tumeur remplit tout le canal inguinal sans le dépasser, c'est la *hernie intra-inguinale* de Boyer, *intersitielle* de Dance, *intrapariétale* de Goyrand, hernie peu saillante, n'offrant quelque volume que lorsque le canal s'élargit par un écartement forcé de ses parois ; — 3° La hernie franchit l'orifice externe et fait saillie entre les piliers : c'est la *hernie inguino-pubiéenne* de Gosselin ou *bubonocèle* ; 4° La tumeur est descendue dans le scrotum, plus ou moins près du testicule : c'est la *hernie inguino-scrotale* ou *oschéocèle*.

Arrivée à ce degré, la hernie externe a deux collets, l'un interne répondant à l'orifice supérieur du canal inguinal et l'autre externe à son orifice inférieur. Cette disposition, qui se conserve dans les hernies des jeunes, est d'une grande importance au point de vue de la curabilité par le bandage ou par

l'opération : la pression abdominale, en effet, tend à le clore par accolement de ses parois antérieure et postérieure et non à l'ouvrir par poussée directe suivant l'axe de sa lumière.

Mais, lorsqu'il s'agit d'une hernie ancienne et volumineuse, le trajet herniaire se dilate et se redresse par cette distension

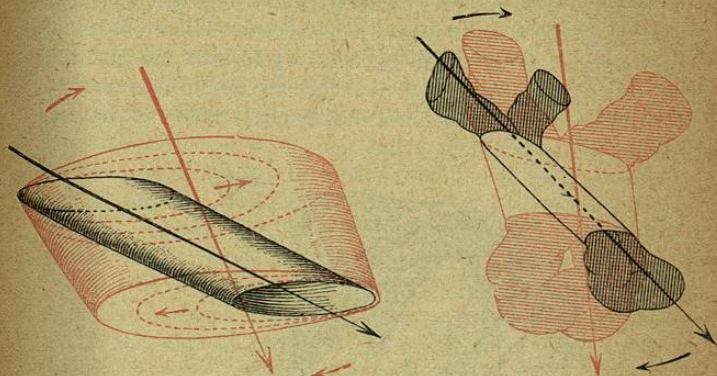


Fig. 129.

Schéma montrant le redressement du trajet herniaire dans une hernie inguinale ancienne : les deux orifices, profond et superficiel, tendent à se mettre en regard et l'axe au lieu d'être oblique devient postéro-antérieur.

même : les deux orifices développés en sens inverse, le profond en dedans et le superficiel en dehors, se trouvent en regard l'un de l'autre : les deux collets tendent à se superposer (fig. 129). A ce moment, la hernie inguino-scrotale ne se compose plus que de deux portions : l'une rétrécie formant pédicule au niveau de la paroi abdominale, l'autre développée largement dans les bourses. Dès lors, la poussée abdominale agissant selon l'axe de ce trajet, raccourci et redressé, accroît sans limites la tumeur. Mais, malgré ces modifications, le collet, c'est-à-dire la portion étroite du pédicule, demeure en dehors de l'artère épigastrique.

II. *Ses connexions.* — 1° *Avec les parois du trajet inguinal.* — Le passage d'une hernie apporte au canal inguinal certaines modifications anatomiques. L'anneau externe s'agrandit par



écartement des piliers : les fibres arciformes sont tantôt soulevées par la hernie, tantôt refoulées en dehors et en haut. En avant, la hernie est recouverte par l'aponévrose du grand oblique. Les connexions des muscles petit oblique et transverse avec le sac sont de deux sortes comme l'a montré BLAISE : dans un premier type, le bord inférieur de ces muscles, descendant très bas, est repoussé en avant par la hernie et leurs fibres dissociées sur la partie supérieure du sac forment au-devant de lui des anses charnues dont le crémaster est une émanation ; dans un second type, le bord inférieur est refoulé en haut en

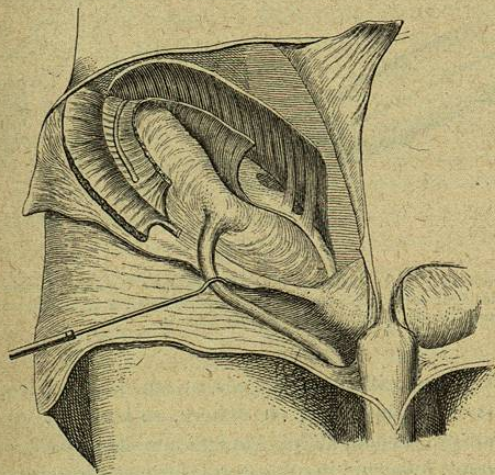


Fig. 130.

Plans musculo-aponévrotiques du trajet inguinal (BLAISE) : en arrière, la paroi du trajet est renforcée par l'arcade tendineuse du tendon conjoint.

une sorte de bourrelet musculaire, et la hernie passe au-dessous entre lui et l'arcade.

Dans son trajet intrapariétal, la hernie inguinale est comme enveloppée par le muscle petit oblique, dont les faisceaux inférieurs joints à ceux du transverse s'enroulent autour d'elle, recouvrant d'abord sa face antérieure et supérieure, puis la

contournant pour former en s'infléchissant et en devenant presque verticaux, une sorte d'arcade tendineuse, qui, sous le nom de *tendon conjoint*, descend vers le pubis, derrière le pilier de COLLES, et s'insère depuis l'angle pubien jusqu'à une certaine distance sur la crête pectinéale (fig. 130). Il en résulte qu'en arrière le paroi du trajet inguinal n'est point bornée au fascia transversalis, mais qu'elle est renforcée par ces faisceaux tendineux conjoints. Or, dans le cas d'une volumineuse hernie oblique externe, cette paroi est déprimée en dedans sous la pression des viscères : cette dépression commence au niveau d'un point de moindre résistance — *point faible* de Blaise — où, entre le bord interne de l'orifice inguinal profond et le bord externe du tendon conjoint, la paroi postérieure n'est représentée que par le fascia transversalis ; c'est aux dépens de ce point faible que s'agrandit, par distension progressive, l'anneau interne.

2° Avec les éléments du cordon. — Deux cas se présentent : ou bien le sac se trouve compris dans la tunique fibreuse commune du cordon, *hernie intrafuniculaire* ; ou bien, il est situé en dehors de cette fibreuse commune, *hernie extrafuniculaire*. Ordinairement, la *hernie oblique externe est intrafuniculaire*. En effet, ses enveloppes immédiates ne sont autres que celles du canal péritonéo-vaginal. Au niveau des bourses, on arrive au sac en traversant de dehors en dedans : 1° la peau et le dartos ; 2° la celluluse ; 3° le crémaster ; 4° la fibreuse commune.

Ce sont exactement les mêmes enveloppes que l'on trouve autour de la vaginale, autour des hydrocèles funiculaires. Il en faut bien conclure, avec Broca, que toute hernie intrafuniculaire est péritonéo-vaginale ; de la sorte, les hernies obliques externes seraient en majorité congénitales. Dans la variété congénitale proprement dite, où les viscères descendent dans la vaginale anormalement perméable, le cordon est situé, pour la partie extra-inguinale dans la paroi postéro-interne du canal séreux ; dans le trajet inguinal, il est en bas et en arrière ; il fait quelquefois saillie dans l'intérieur du sac qui lui forme un méso ; mais la dissection du canal séreux est toujours possible. Dans les variétés tardives, répondant à la



presque totalité des hernies dites acquises, qui se constituent par le refoulement graduel du péritoine pariétal au niveau de l'orifice inguinal profond, le sac reste à l'intérieur du cordon, sous la fibreuse commune, mais il peut prendre une position variable vis-à-vis de ses éléments, qu'il dissocie ou rejette à la périphérie.

III. *Le sac des hernies congénitales.* — *Le sac des hernies congénitales n'étant autre que le conduit péritonéo-vaginal, cul-de-sac de la grande séreuse prolongé dans les bourses, par où descend le testicule, ses variétés se rattachent : 1° aux anomalies de ce conduit lui-même ; 2° aux anomalies de la migration testiculaire.*

Ce canal séreux provisoire peut être fermé à la naissance. Mais, d'après les recherches de CAMPER, d'ENGEL, de FÉRÉ, d'HUGO SACHS, cette oblitération primitive est rare : ENGEL ne l'a constatée que dans 10 p. 100 des nouveau-nés ; quatorze jours après la naissance, il a trouvé ce canal fermé du côté gauche dans 30 p. 100 des cas ; sur 62 enfants âgés de moins d'un mois, FÉRÉ a noté 34 oblitérations complètes. — Passé le premier mois, l'oblitération devient la règle ; mais il est réel que, chez les enfants de deux à quatre ans, on trouve encore de fréquentes anomalies péritonéo-vaginales, et que ces anomalies s'observent plus souvent à droite. — Chez l'adulte, la perméabilité partielle ou totale du canal séreux persiste dans une proportion d'environ 15 p. 100 ; ENGEL va même jusqu'à la proportion de 31 p. 100.

Ces anomalies sont, suivant RAMONÈDE, de trois degrés : 1° un cul-de-sac infundibuliforme dont le fond ne dépasse pas le fascia transversalis fibreux ; 2° un diverticule en doigt de gant pénétrant dans le canal inguinal, pouvant le parcourir dans toute sa longueur et parvenir ainsi dans les bourses, le long du cordon, sa cavité ne communiquant pas avec la tunique vaginale, *anomalie péritonéo-funiculaire* ; 3° un canal complet allant jusqu'au testicule, la séreuse péritestriculaire communiquant avec la cavité abdominale, *anomalie péritonéo-vaginale*.

§ 1. *Ses variétés.* — De là, deux variétés principales, que MAL-

GAIGNE eut le mérite de distinguer : 1° la *hernie testiculaire*, où les viscères viennent au contact du testicule (fig. 1, 2, 3, de la pl. 132), connue depuis les travaux de JOHN et WILLIAM HUNTER sur la migration du testicule ; 2° la *hernie péritonéo-funiculaire* (fig. 4, 7, de la pl. 132), où, par suite d'un travail adhésif, dont l'effet a été l'isolement du testicule dans une vaginale indépendante et close, l'intestin n'occupe que la portion haute du conduit péritonéo-vaginal confinant au cordon, restée perméable sur une longueur variable.

La disparition spontanée du canal vagino-péritonéal ne se fait pas d'emblée dans toute l'étendue de ce conduit : il se resserre par points, donnant lieu à la formation de rétrécissements valvulaires, quelquefois de vrais diaphragmes annulaires, à bords plus ou moins rigides ; un pas de plus et une cloison complète divise le canal séreux en compartiments indépendants. Le siège de ces rétrécissements est assez constant : un à l'anneau interne ; un à l'anneau externe ; un au tiers moyen de la portion funiculaire ; un étranglement à l'union de la partie funiculaire et de la vaginale testiculaire.

Ces rétrécissements ont une influence considérable sur la forme du sac de la hernie congénitale, et, ce qui est important, sur son évolution clinique. Puisque ces resserrements sont d'autant plus marqués que le développement du sujet est plus avancé, il en résulte que, tandis que, chez l'enfant, la hernie se fait dans un canal large, à valvules peu résistantes, incapables généralement de produire un étranglement, chez l'adulte, au contraire, l'intestin s'engage au travers de rétrécissements résistants et s'y étrangle d'emblée.

Entre ces points rétrécis sont des espaces libres, dilatables : 1° *vestibule rétro-pariétal*, première dilatation située sous le pli rétro-inguinal de Ramonède ; 2° *ampoule intrapariétale*, entre les deux orifices du trajet inguinal ; 3° *ampoule funiculaire* ; 4° *poche péritestriculaire*. — Trois faits, caractéristiques de la hernie congénitale, en découlent : 1° la *coexistence fréquente de la hernie avec des kystes du cordon*, ces loges perméables du canal vagino-péritonéal devenant le siège d'exsudations séreuses, qui forment des hydrocèles enkystées ; 2° la *forme bi-*



ou multiloculaire que peut revêtir la hernie (en bissac ou en chapelet), les collets multiples de son sac répondant aux rétrécissements échelonnés du canal, considération de grande importance pratique puisque, dans le cas d'étranglement, le débridement doit porter jusqu'au collet le plus profond, siégeant à l'orifice inguinal interne ou intra-abdominal; 3<sup>o</sup> la production de variétés nombreuses dans la grande classe des hernies péritonéo-funiculaires, selon le degré de l'anomalie péritonéo-vaginale et selon la hauteur à laquelle les viscères sont arrêtés par l'oblitération du conduit séreux.

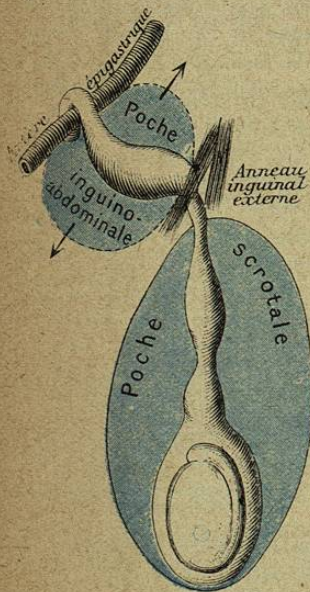


Fig. 131.

Schéma montrant le canal péritonéo-vaginal et les divers points dilatés.

nale, distendue par une hydrocèle et s'y trouve libre sur une plus ou moins grande étendue (fig. 5 et 6 de la pl. 132). De sorte qu'à l'ouverture de la poche on pénètre d'abord dans l'hydrocèle

§2. *Hernie enkystée* d'A. COOPER. — Partons, en effet, de l'anomalie du plus haut degré; la hernie péritonéo-vaginale ou hernie testiculaire dans laquelle l'intestin descend au contact du testicule. Au-dessous de l'organe, le conduit séreux commence à se cloisonner; ainsi s'ébauche la vaginale testiculaire séparée du sac funiculaire par un diaphragme.

Supposons qu'à travers ce pertuis diaphragmatique, et bientôt étranglée par lui, une anse fasse irruption dans la vaginale testiculaire occupée par un épanchement séreux: voilà une première variété de la *hernie enkystée de la vaginale*. Sous ce nom, A. COOPER a décrit une hernie inguinale congénitale dans laquelle un sac herniaire proémine dans la vagi-

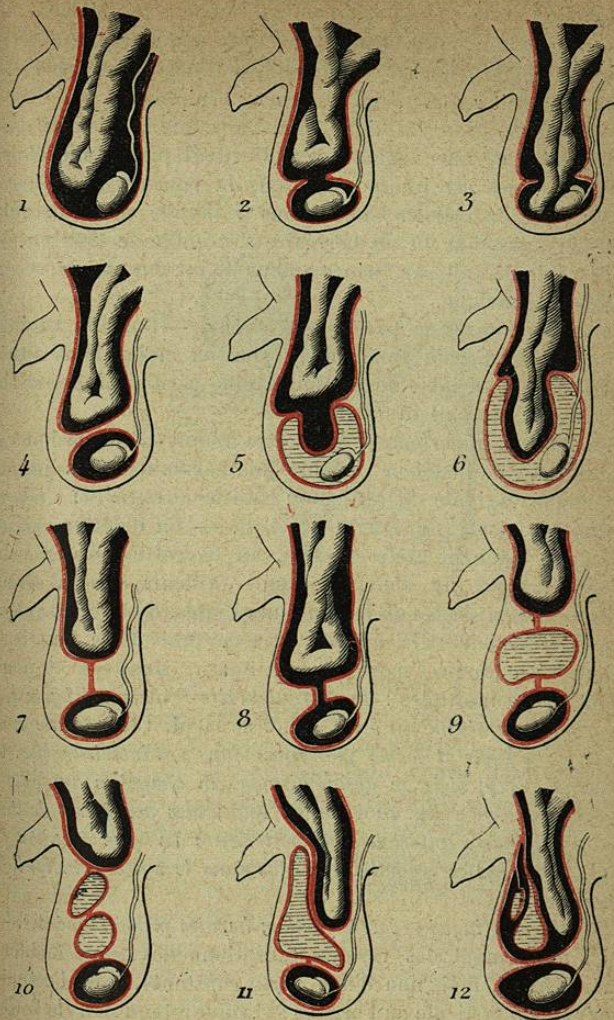


Fig. 132.



vaginale, au milieu de laquelle on trouve « semblable, selon la comparaison de BOURGUET, à un gros pis de vache appendu dans la cavité » un sac séreux qui est le sac herniaire inclus, soit vide, soit rempli par l'intestin ou l'épiploon.

Cette disposition s'explique bien. Entre une hernie péritonéo-funiculaire et une vaginale remplie de liquide, une cloison séreuse mince est interposée : sous la poussée de la hernie funiculaire, la cloison bombe dans le liquide de l'hydrocèle ; cette invagination du sac herniaire s'accroît de plus en plus et la vaginale finit par former autour de lui comme un second collet concentrique.

§ 3. *Divers types de hernies funiculaires.* — Entre la vaginale close et une hernie funiculaire, plus ou moins haut située, l'oblitération variable du conduit vagino-péritonéal donne lieu à des types anatomiques divers.

Le cordon imperméable peut être réduit à un cordon cellulo-fibreux, de longueur variable, que l'on suit parfois jusqu'à la tunique vaginale du testicule : c'est le *ligament de Cloquet*, le *filum terminale* (fig. 7 de la pl. 132). — En d'autres cas, au lieu de ce ligament grêle et plein, on trouve un cordon volumineux et creux (fig. 8 de la pl. 132). — Ailleurs, le canal séreux cloisonné est le siège d'un ou plusieurs kystes, hydrocèles enkystées intermédiaires à la vaginale et au sac funiculaire. Les dispositions bien étudiées par FELIZET, BROCA, MENCIÈRE et nous-même, sont multiples : *kyste funiculaire relié à un kyste par un canal*, perméable ou plein (fig. 9 de la pl. 132) ; *hernie tangente à un kyste et même plongeant dans son intérieur* (fig. 11 de la pl. 132) ; *série de kystes disposés en chapelets au-dessous du sac funiculaire* (fig. 10 de la pl. 132) ; *sacs herniaires descendant sur la paroi antérieure ou postérieure du kyste* (fig. 12 de la pl. 132) ; *kystes secondaires inclus dans le kyste principal ou dans le sac*.

§ 4. *Hernies inguino-interstitielles; hernies propéritonéales.* — Voici maintenant des variétés exceptionnelles qui coïncident généralement, mais non d'une façon constante, avec l'ectopie inguinale du testicule où l'organe se trouve retenu dans le trajet inguinal. — D'abord, la *hernie inguinale interstitielle*, étudiée

par DANCE et GOYRAND. C'est une hernie dont le sac est formé par la dilatation de l'ampoule intra-inguinale du canal péritonéo-vaginal.

La cause de cette dilatation est ordinairement la position ectopique du testicule retenu dans le trajet, ou, quand

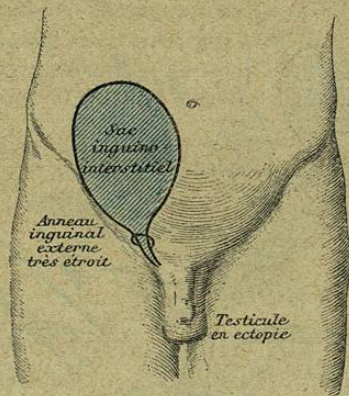


Fig. 133.

Schéma montrant une hernie inguinale interstitielle, par dilatation de l'ampoule intra-inguinale, due à l'ectopie testiculaire.

cette ectopie est absente et que le testicule est descendu dans les bourses, l'imperméabilité du conduit au niveau de l'anneau du grand oblique. Il arrive alors que l'intestin, ayant franchi l'orifice abdominal, distend l'ampoule séreuse intra-pariétale, qui se développe vers le côté de moindre résistance, c'est-à-dire vers la partie supérieure, où elle refoule les muscles petit oblique et transverse, s'étalant ainsi dans le dédoublement des plans fibreux de la paroi, entre l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis (fig. 133).

La *hernie inguino-propéritonéale* (KRÖNLEIN) offre un sac bilobé, composé de deux poches : l'une superficielle occupant le trajet inguinal ; l'autre profonde pro ou sous-péritonéale, interposée entre la paroi et le péritoine décollé (fig. 134). Ces deux poches communiquent entre elles par un orifice intermédiaire



et s'ouvrent dans la cavité péritonéale par un orifice unique.

Quel est le mode de production de ce sac sous-péritonéal, qui le plus souvent s'étend vers la fosse iliaque, quelquefois du côté de la vessie, rarement vers le trou sous-pubien. — Il est possible que, dans quelques hernies étranglées, il soit le

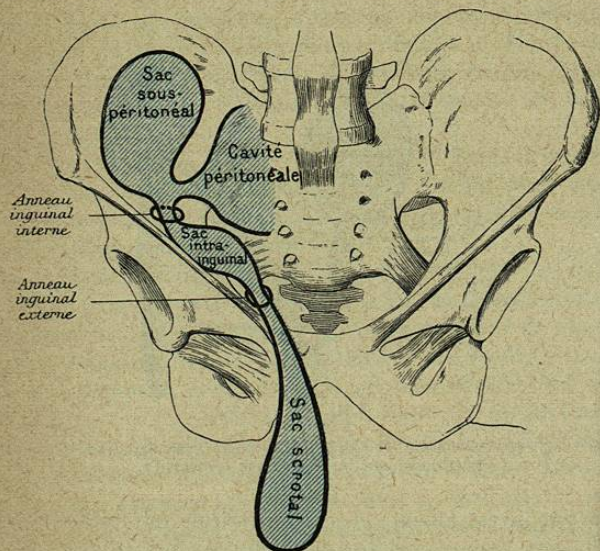


Fig. 134.

Schéma montrant la formation d'une hernie inguino-péritonéale.

résultat de tentatives forcées de taxis et du refoulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la partie supérieure d'un sac herniaire occupant primitivement le trajet intra-inguinal. Mais, en règle presque constante, il s'agit là d'une disposition congénitale et l'explication de RAMONÈDE est très vraisemblable, du moins pour la variété iliaque : la poche propéritonéale résulte de la distension du vestibule du canal péritonéo-vaginal, première portion de ce canal séreux affectant la forme d'un pli conique en capuchon qui, sous l'impulsion de l'anse enga-

gée, se développe à la longue en soulevant la séreuse, en une loge ampullaire, séparée de la cavité abdominale par un collet plus ou moins serré, séparée ainsi de la portion du sac situé en avant d'elle, dans le trajet inguinal, par un nouveau collet. La variété pelvienne est plus difficile à expliquer : elle se forme probablement par la dilatation d'un de ces diverticules de la séreuse péritonéale que ROKITANSKI a décrit au voisinage des orifices inguinal et crural.

2° HERNIE DIRECTE. — Son trajet. — Entre le contour in-

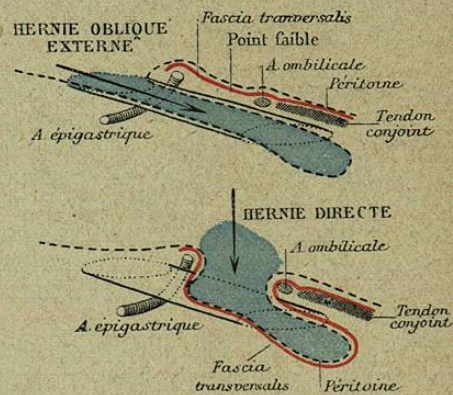


Fig. 135.

Schéma montrant : 1° la différence des rapports du collet du sac avec l'épigastrique dans la hernie inguinale oblique externe et dans la hernie directe ; 2° la différence de la constitution de leurs enveloppes.

terne de l'orifice profond du canal inguinal, *ostium abdominale*, et le bord externe du tendon conjoint. la paroi postérieure du canal est réduite au fascia transversalis. C'est un point de moindre résistance. Il répond, d'autre part, à la dépression séreuse de la fossette péritonéale moyenne, où peut s'amorcer l'engagement d'une anse. Double raison pour la production d'une hernie dite directe, car elle traverse perpendiculairement la paroi, puisque la fossette moyenne et l'anneau du grand oblique sont à peu près en regard.



Done, *sac séreux* formé par le péritoine pariétal refoulé ; *sac du fascia transversalis* : telles sont les deux enveloppes immédiates et constantes de la hernie directe. Caractère anatomique essentiel : *l'artère épigastrique répond au côté externe du collet*. Le sac est *extrafuniculaire* : il est épais, consistant, à double enveloppe, situé entre le crémaster et la gaine fibreuse du cordon. Ce sac est séparé du fascia transversalis par une couche conjonctive *lamelleuse* : si l'on est dans ce plan de clivage, l'isolement de la séreuse se fait aisément ; si l'on n'opère pas ce dédoublement, si l'on se tient sur le sac du fascia transversalis, adhérent à l'arcade, on se heurte à de grosses difficultés.

**Symptômes et diagnostic.** — Tumeur plus ou moins volumineuse, ovoïde, ou piriforme, ou cylindrique, siégeant à l'aîne ou descendant dans le scrotum, élastique, indolente à la pression, augmentant sous l'influence de la toux ou des efforts, rentrant pendant le décubitus dorsal ou par l'appui de la main, en un temps et en produisant un gargouillement (entéro-cèle) ou en deux temps et en donnant à la main une sensation de résistance pâteuse (entéro-épilocèle) : tels sont les signes communs d'une hernie inguinale réductible.

Chez l'enfant, il faut, avant tout, éliminer les affections qui intéressent le testicule, et le premier point est de vérifier que ces organes sont descendus en place normale. Il faut tenir compte, chez eux, de la vigueur du réflexe crémasterin, qui remonte les testicules vers l'anneau à l'occasion d'une simple palpation ; mais il est facile alors de ramener l'organe dans le scrotum.

Il y a des kystes péritonéo-vaginaux qui prêtent à de fréquentes confusions avec une hernie. Leur irréductibilité fixe le diagnostic. Mais quand ils sont réductibles, quand ce sont des hydrocèles communicantes, l'incertitude est parfois grande ; cette hydrocèle congénitale se distingue par sa transparence, par sa réduction sans gargouillement, par sa reproduction facile, même sous le doigt ou sous le bandage placé à l'orifice herniaire, le liquide s'insinuant plus aisément que l'intestin. La combinaison fréquente, chez l'enfant, de forma-

tions kystiques funiculaires, d'anomalies dans la migration du testicule et de hernies occupant par rapport à ces kystes une position variable, font qu'en pratique le diagnostic exact des lésions est sujet à erreur, ainsi qu'on le voit depuis qu'on fait la cure radicale.

Chez l'adulte, ce n'est guère qu'à l'occasion des hernies irréductibles, sans étranglement, que les difficultés de diagnostic se présentent. On peut alors être induit en erreur par une tumeur des bourses, surtout une hémato-cèle, opaque comme la hernie, irréductible, régulière de forme, indolente ; le diagnostic se fait en portant la main à la racine des bourses : si l'on y trouve un pédicule intra-abdominal épais, la hernie s'affirme ; les deux affections peuvent toutefois coïncider.

Quelle est la variété de hernie ? — La *hernie directe* est en général peu développée, présentant une rondeur particulière signalée par SCARPA, n'ayant point de tendance à descendre vers les bourses, ayant l'épigastrique au côté externe de son collet, ce qui est malaisé à vérifier avant l'opération. — Pour le diagnostic des hernies *inguino-interstitielles* et *inguino-propéritonéale*, il faut tenir grand compte de la situation ectopique du testicule à l'anneau ou dans le trajet, et de la présence au-dessus de l'arcade de Fallope d'une tuméfaction étalée plus ou moins haut, gargouillante et réductible sous pression.

**Traitement.** — 1° **BANDAGES.** — Chez l'enfant, le bandage de caoutchouc à pelote à air est le mieux toléré. — Chez l'adulte, le choix de la pelote doit se subordonner à la variété : pour l'inguino-pubienne, il faut choisir un appareil léger, à pelote appuyant sur toute l'étendue du trajet inguinal ; pour la hernie scrotale, il faut une large pelote à bec de corbin avec sous-cuisse adhérent, fixé au côté opposé à la hernie.

2° **CURE OPÉRATOIRE.** — **Indications.** — Chez les enfants, LEFORT avait émis cette formule : « Un chirurgien peut et doit guérir par un bandage toutes les hernies inguinales chez les sujets âgés de moins de quinze ans. » Il est incontestable que, par le port constant d'un bon bandage, on obtient souvent la guérison, au-dessous de cet âge. Mais, les difficultés et même les échecs sont moins rares qu'on ne le dit. Dans la classe pauvre, il



4<sup>o</sup> *Reconstitution de la paroi.* — Par des sutures en U, CHAMPIONNIÈRE applique l'une sur l'autre les deux lèvres du canal inguinal fendu dans sa longueur. Dans les cas de hernie ancienne volumineuse où il faut reconstituer un trajet herniaire oblique (ce qui favorise sa fermeture au moment de la pression abdominale) le procédé de BASSINI est le procédé de choix :

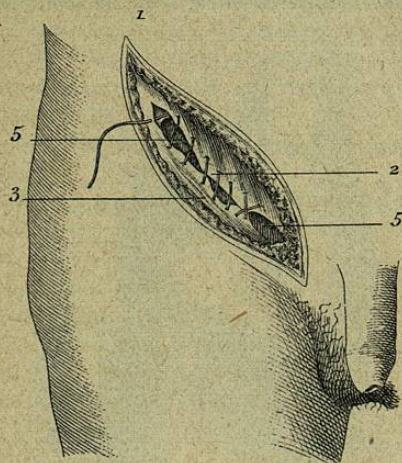


Fig. 138.

Procédé de BASSINI : 3<sup>e</sup> temps ; surjet de la paroi antérieure.

il consiste après incision large de l'aponévrose du grand oblique et soulèvement du cordon, à unir par un surjet le tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope, depuis l'anneau profond jusqu'au pubis (ce qui reconstitue l'arrière-paroi du canal) ; puis, le cordon étant remis en place, on suture en avant de lui, par un surjet, les deux bords de l'incision du grand oblique. — Dans la majorité des cas, pour éviter les inconvénients liés à la mobilisation du cordon, nous conseillons un *procédé antéfuniculaire*, dont SCHWARTZ et ROCHARD ont aussi eu l'idée qui consiste à joindre au bord postérieur de l'arcade crurale, en avant du cordon laissé en place, le plan du transverse

et du petit oblique, et même, dans certains cas, le bord externe du grand droit.

Quelques particularités de la cure opératoire de la hernie inguinale sont à signaler : 1<sup>o</sup> le traitement du testicule quand il est en ectopie, la conservation de l'organe, par sa dissection et son abaissement, devant être le but général ; 2<sup>o</sup> la lésion possible de la vessie au cours de l'opération ; 3<sup>o</sup> la lésion, rare, du canal déférent.

## ARTICLE II

## HERNIE CRURALE

**Définition et caractères généraux.** — La hernie crurale est celle qui sort au-dessous de l'arcade fémorale et qui vient proéminer à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

Elle a pour caractères généraux, comme le résume GOSSELIN, de se rencontrer plus souvent chez la femme que chez l'homme, de devenir habituellement moins volumineuse, de s'étrangler plus facilement et de donner lieu à des étranglements plus serrés, plus réfractaires au taxis, et plus promptement graves si on les abandonne à eux-mêmes.

**Anatomie pathologique.** — 1<sup>o</sup> SON TRAJET. — La hernie crurale commune, celle que l'on rencontre dans l'immense majorité des cas (car la hernie externe qui se fait, en dehors des vaisseaux, celle à travers le ligament de Gimbernat — hernie de Laugier, — et celle qui se fait sous l'aponévrose pectinéale — hernie de Cloquet — sont trois exceptions) se fait par l'anneau crural : c'est-à-dire qu'elle sort de l'abdomen au niveau de cette dépression que le péritoine présente à l'état normal vers la partie interne de l'arcade crurale, entre le bord tranchant du ligament de Gimbernat qui se trouve en dedans et la gaine des vaisseaux fémoraux ou, plus exactement la veine fémorale située en dehors, rapport anatomique de grande importance pratique.

Cet anneau crural n'est pas une ouverture réelle, puisqu'il est rempli et obstrué par le *septum crurale* de Cloquet, cloison cellulaire qui double en ce point le péritoine, par un ganglion