

pourvu que la partie terminale du gros intestin soit libre et aussi à ceux où la libération de l'anse malade est empêchée par l'abondance et la densité des adhérences. Peut être même l'entéro-anastomose représente-t-elle le procédé de choix, car elle compte à son actif les plus brillantes statistiques.

---

## HERNIES EN PARTICULIER

---

### CHAPITRE PREMIER

#### HERNIES INGUINALES

On appelle *hernies inguinales* les hernies abdominales qui se font à travers le *trajet inguinal*, qu'elles empruntent la totalité ou seulement une partie de ce trajet. La dénomination d'*inguinale* ne s'applique donc pas uniquement au siège de la hernie; elle implique un *trajet constant*.

La paroi abdominale antérieure, formée d'une série de couches aponévrotiques et musculaires, est traversée à sa partie inférieure et interne, au-dessus de l'arcade crurale ou de Fallope, par un *trajet celluleux* qui donne passage normalement, chez l'homme, au cordon spermatique, chez la femme, au ligament rond.

Chez le fœtus, au moment de la descente du testicule, au milieu de ce trajet fistuleux on rencontre un véritable canal qui fait communiquer la séreuse péritonéale avec la séreuse vaginale; c'est le canal *vagino-péritonéal*; il disparaît à l'état normal dès que le testicule est descendu. Il y a donc une disposition anatomique ordinaire et définitive, et une disposition anatomique congénitale et transitoire. Cette double disposition est l'origine d'une division des plus importantes dans l'histoire des hernies inguinales qui, de la même façon, se distinguent en *hernies ordinaires* et *hernies congénitales*. Nous y reviendrons plus loin.

1° *Trajet ou canal inguinal*. — Sur l'adulte, lorsque la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ont été disséqués, le trajet inguinal, vu par sa face antérieure, est dérobé aux regards par les fibres aponévrotiques nacrées d'insertion du grand oblique. On aperçoit par contre l'*orifice extérieur ou cutané du trajet*, situé au-dessus de la symphyse pubienne. Cet orifice, dû à l'écartement des fibres aponévrotiques, est limité en dedans par un *pilier interne*, en dehors par un *pilier externe* attaché à l'épine du pubis. Les *fibres arciformes* constituent son demi-cintre supérieur, et enfin les fibres venues du grand oblique du côté opposé limitent et renforcent son côté postérieur et interne : elles constituent le *ligament de Colles*.

Lorsqu'on examine par la cavité péritonéale la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, on voit, assez facilement si la paroi est tendue, que le péritoine est soulevé par cinq cordons qui déterminent six fossettes des plus importantes. Le cordon du milieu est l'*ouraque*; plus en dehors, les *cordons fibreux des artères ombilicales oblitérées*; tout à fait en dehors enfin, les *artères épigastriques* qui répondent à peu près, comme on le sait, à la partie moyenne de l'arcade crurale.

Avec Tillaux, nous appellerons *fossette inguinale interne* ou sus-pubienne la dépression péritonéale située entre l'ouraque et le cordon de l'artère ombilicale, *fossette inguinale moyenne* celle qui est placée entre l'artère ombilicale et l'artère épigastrique, enfin *fossette inguinale externe*, la plus importante, celle qui est située en dehors de l'artère épigastrique.

Cette fossette inguinale externe est d'autant plus marquée qu'une arête aponévrotique saillante, constituée par le bord concave du *fascia transversalis* fibreux, vient doubler l'artère épigastrique. — C'est par là que le cordon spermatique s'engage chez l'homme pour traverser le trajet inguinal; il est placé ainsi à cheval sur la concavité en sens inverse que lui offre l'artère épigastrique. — C'est là l'*orifice abdominal intérieur du trajet inguinal*.

Les deux orifices d'entrée et de sortie du trajet étant connus, voici comment est constitué le trajet lui-même : c'est une gouttière à concavité supérieure, qui semble formée en avant par les fibres d'insertion du grand oblique, en arrière par le *fascia transversalis* fibreux. Dans la concavité de cette gouttière, qui mesure environ



6 centimètres de long, repose chez l'homme le cordon spermatique, dont les éléments sont normalement réunis dans une même enveloppe celluleuse. A la partie externe de la gouttière, en dehors du cordon, dans une étendue variable, s'attachent les portions inférieures des deux muscles petit oblique et transverse, assez confondus d'ailleurs; de là leurs fibres remontent un peu en constituant une sorte

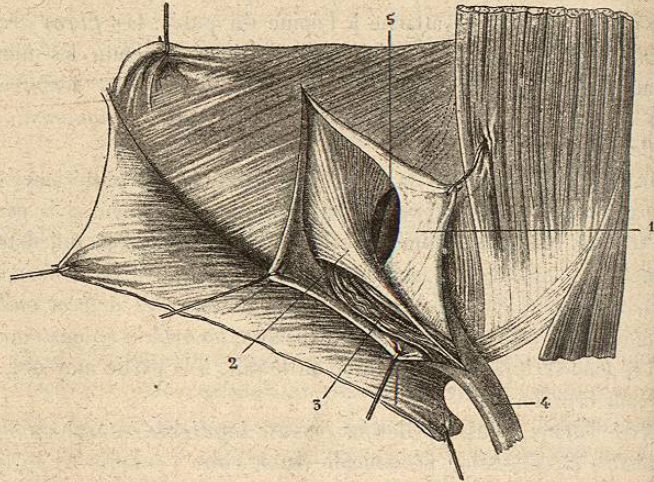


Fig. 65. — Mode de production de la hernie inguinale oblique externe aux dépens de l'infundibulum du péritoine. — Le fascia transversalis (1) a été incisé au niveau du trajet inguinal, et on voit le péritoine (2) formant une dépression infundibuliforme qui pénètre dans le trajet et se continue avec un cordon fibreux, reste du conduit péritonéo-vaginal oblitéré. Ce cordon fibreux pénètre avec les vaisseaux spermatiques (3) et le canal déférent dans la gaine du cordon spermatique (4); — 5, artère épigastrique (Cloquet).

d'arcade à concavité inférieure sous laquelle passe le cordon, pour venir se terminer vers l'épine pubienne en se rapprochant du pilier interne de l'anneau abdominal extérieur ou cutané.

Nous devons de plus rappeler qu'une partie des enveloppes du testicule (tunique musculaire ou crémaster, tunique cellulaire) semble fixée à l'orifice extérieur du canal inguinal, pour recevoir immédiatement à sa sortie le cordon spermatique et le testicule qui y est appendu.

2° *Canal vagino-péritonéal.* — Chez le fœtus, la disposition est un peu différente; on trouve dans le trajet inguinal un véritable

canal vagino-péritonéal, qui fait communiquer la cavité du péritoine avec celle de la tunique vaginale. — Ce conduit s'oblère graduellement chez la plupart des sujets après la descente du testicule, mais chez un certain nombre d'entre eux (15 pour 100), il persiste plus ou moins complet, et présente alors quelques caractères très bien résumés par Ramonède dans sa thèse inaugurale sur la hernie péritonéo-vaginale étranglée : — tantôt,

et c'est le cas le plus fréquent (12 fois sur 100); on observe un petit *infundibulum* ne dépassant guère l'anneau abdominal; tantôt il y a dans le canal inguinal un cul-de-sac sans communication avec la vaginale; tantôt enfin la communication est complète; le trajet séreux commence alors à l'anneau abdominal par un *infundibulum* caché sous un pli péritonéal, puis il se *coude* en se rétrécissant, se *renfle* à nouveau dans le canal inguinal, se rétrécit à sa sortie, se renfle encore et se rétrécit enfin de nouveau à son union avec la tunique vaginale qui représente sa dernière dilatation. Les rétrécissements sont souvent le siège de *valvules en forme de diaphragme*. — Ces quelques particularités font bien comprendre l'étroitesse et la multiplicité des points rétrécis que doit franchir la

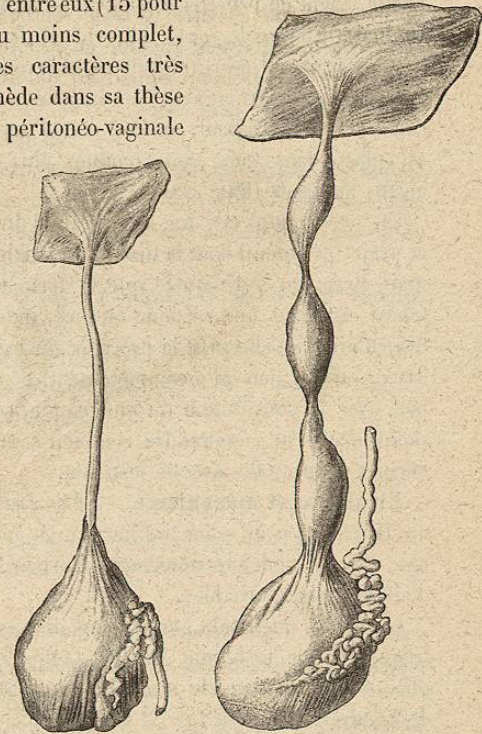


Fig. 66. — Cordon fibreux rattachant la tunique vaginale (à laquelle adhère le canal déférent) à l'infundibulum du péritoine et résultant de l'oblitération du canal péritonéo-vaginal (Cloquet).

Fig. 67. — L'oblitération du conduit péritonéo-vaginal est incomplète sur plusieurs points, et a donné lieu à la production de kystes du cordon superposés et s'étendant en chapelet de l'infundibulum péritonéal à la tunique vaginale (Cloquet).

dernière dilatation. Les rétrécissements sont souvent le siège de *valvules en forme de diaphragme*. — Ces quelques particularités font bien comprendre l'étroitesse et la multiplicité des points rétrécis que doit franchir la



*hernie péritonéo-vaginale*, encore appelée *hernie congénitale*.

Les rapports du conduit péritonéo-vaginal avec les éléments du cordon doivent encore nous arrêter un instant : dans sa première partie, avant de pénétrer dans le trajet inguinal, le conduit péritonéo-vaginal recouvre le canal déférent et les vaisseaux spermatiques ; dans le trajet, il est au-dessus et en avant des éléments du cordon ; au scrotum, il est en avant et un peu en dehors. — En résumé, le canal péritonéo-vaginal, contenu dans l'enveloppe fibreuse du cordon, est placé dans toute son étendue, plus superficiellement que les autres éléments (Ramonède).

On a longtemps cru que la migration du testicule était la cause de ce trajet péritonéal dont la tunique vaginale n'est que la terminaison ; mais Bramann a démontré que la formation du canal vagino-péritonéal est, dans une certaine mesure, indépendante de la migration testiculaire, qu'elle peut la précéder ou exister alors que celle-ci fait défaut ou n'a lieu qu'incomplètement, et qu'elle est surtout en rapport avec la constitution du *gubernaculum testis*. Mais il est néanmoins facile de comprendre combien sont intimes les relations des hernies congénitales avec le testicule.

**Étiologie et mécanisme.** — Les causes des hernies inguinales ne diffèrent pas de celles des hernies en général ; leur fréquence relative mérite seule de nous arrêter. Les résultats statistiques sont d'ailleurs assez variables.

La hernie inguinale serait dans le sexe masculin 52 fois plus fréquente que la hernie crurale. Cette dernière est plutôt un peu plus commune dans le sexe féminin. (Statistique des bandagistes de Londres.)

On trouve 10 hernies inguinales chez l'homme pour 1 chez la femme ; la proportion est de 8 pour 1, d'après Malgaigne. Vidal de Cassis fait remarquer, d'après de nombreux examens à la Salpêtrière, que les hernies inguinales sont beaucoup plus fréquentes chez les vieilles femmes qu'on ne le prétend en général.

Quoi qu'en aient dit certains auteurs, la hernie *accidentelle* est bien plus fréquente que la *congénitale* ; elle se produit tantôt par le mécanisme de la *force*, tantôt et plus souvent peut-être par celui de la *faiblesse*.

Dans la hernie accidentelle, le viscère pousse devant lui le péritoine dans le canal inguinal ; il se crée lui-même son trajet et son sac,

c'est le cas le plus fréquent. Cette impulsion se fait suivant telle ou telle fossette péritonéale, et il en résulte diverses variétés anatomiques sur lesquelles nous allons revenir.

Lorsqu'au contraire la hernie s'insinue dans un sac *préformé* et que ce sac n'est autre qu'un *vestige* plus ou moins parfait du *canal vagino-péritonéal*, la hernie est dite *vagino-péritonéale* ou *congénitale*. — C'est la forme la moins commune, mais non pas la moins importante des hernies inguinales.

**Division.** — Ce que nous venons de dire des rapports anatomiques et de la fréquence relative des hernies inguinales dans les deux sexes montre suffisamment que le type d'une description d'ensemble doit être pris chez l'homme.

Nous reprendrons pour la hernie inguinale la division adoptée pour les hernies en général, en :

- 1° *Hernies inguinales réductibles* ;
- 2° *Hernies inguinales irréductibles* ;
- 3° *Hernies inguinales étranglées*.

## I

## HERNIES INGUINALES RÉDUCTIBLES

**Anatomie pathologique.** — Anatomiquement, il faut distinguer les hernies inguinales en deux classes : les hernies *accidentelles* ou *acquises* et les hernies *congénitales*.

A. *Hernies inguinales accidentelles.* — Les hernies *accidentelles* ou *acquises*, *hernies à canal fermé* (Malgaigne), offrent trois variétés anatomiques principales :

a. La première des variétés par ordre de fréquence est sans contredit la *hernie oblique externe*, dans laquelle les viscères s'engagent par l'*orifice abdominal* pour suivre dans une étendue plus ou moins considérable le *trajet inguinal*. C'est aussi la variété la plus importante ; elle présente plusieurs degrés :

1° La hernie peut rester à l'*orifice abdominal* du trajet sans pénétrer davantage : c'est la *pointe de hernie de Malgaigne*, 160 sur 755 hernies (Malgaigne).

2° Elle peut s'avancer un peu plus dans le trajet sans dépasser