

*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



l'orifice cutané : c'est la *hernie interstitielle* ou *intra-pariétale*, 551 sur 755.

3° Elle peut faire une saillie plus ou moins considérable entre les piliers de l'orifice extérieur : c'est la *hernie inguino-pubienne*, *bubonocèle*, 178 sur 755.

4° Enfin elle peut descendre plus ou moins dans les bourses : *hernie inguino-scrotale*, *oschéocèle*, 86 sur 755 ; on la dit *funiculaire* si elle reste à la partie supérieure, *testiculaire* lorsqu'elle descend jusqu'au niveau du testicule.)

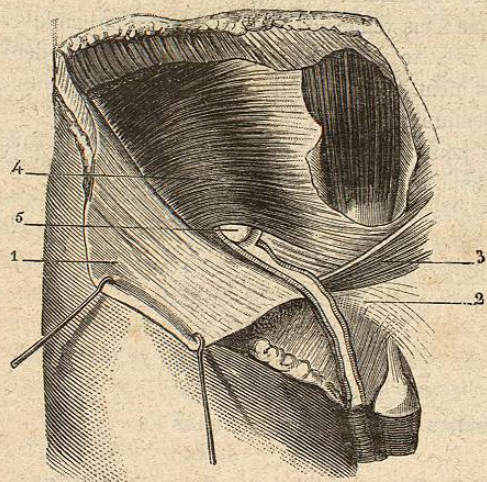


Fig. 68. — Pointe de hernie inguinale. — 1, téguments et muscle grand oblique rejetés en dehors ; — 2, cordon spermatique ; — 3, pilier postérieur ; — 4, muscle transverse ; — 5, dépression infundibuliforme du péritoine pénétrant dans l'anneau inguinal profond et côtoyée en dedans par l'artère épigastrique (Richet).

Comme le fait très justement remarquer Du-Play, ce ne sont pas là quatre temps obligés de toute herne oblique externe : ces degrés peuvent être franchis plus ou moins rapidement ; il y a enfin une multitude d'intermédiaires et de variantes qu'on ne saurait indiquer. De plus, la hernie ne sort pas toujours du canal par son orifice extérieur ; elle peut, par exemple, traverser presque immédiatement l'aponévrose, et l'orifice accidentel est alors très voisin de l'orifice profond. Ces orifices siègent ordinairement sur la paroi antérieure du canal ; Velpeau a rapporté un cas tout à fait exceptionnel où l'issue s'était effectuée à travers une éraillure de la paroi postérieure. On désigne ordinairement sous le nom de *hernies par éraillures* ces hernies obliques externes qui s'échappent du canal inguinal par un orifice anormal. On rencontre encore ces

orifices accidentels dans d'autres points, et on cite même une variété très rare, dans laquelle, après avoir parcouru tout le trajet inguinal, la hernie est venue sortir à travers une éraillure du pilier interne, *hernie sus-pubienne*.

b. — Au lieu de prendre le trajet inguinal à son commencement de façon à le suivre dans toute son étendue, les viscères s'y engagent quelquefois directement par la fossette inguinale moyenne, à travers une éraillure du *fascia transversalis*, *hernie inguinale directe*. Cette variété, très rare, signalée par Hesselbach, surtout étudiée par A. Cooper, est remarquable par sa direction perpendiculaire à la paroi, par sa faible tendance à descendre dans les bourses. La tumeur constituée par cette hernie directe est une tumeur inguino-pubienne qui se dirige plutôt vers la racine de la cuisse.

c. Très rarement enfin, la hernie s'engage par la fossette inguinale interne, ce qui l'oblige à se porter un peu en dehors pour gagner l'orifice externe du trajet inguinal : *hernie inguinale oblique interne*. C'est Velpeau qui a le premier bien décrit et dénommé cette variété également peu fréquente des hernies inguinales accidentelles. A. Cooper et Goyrand (d'Aix) l'avaient observée avant lui. Cette hernie est située à sa sortie au-dessus de l'anneau extérieur au bord externe du muscle droit. Cette disposition était très nette dans le cas de Verneuil, Soc. anat., 1875.

Signalons également l'existence des hernies *para-inguinales* (Tuffier), dans lesquelles le trajet parallèle au trajet inguinal en est complètement distinct : l'orifice profond et l'anneau superficiel y sont également indépendants des anneaux inguinaux interne et externe. Ces grandes divisions anatomiques nettement tracées, il va nous être facile de décrire les enveloppes et le contenu des hernies inguinales accidentelles, en prenant pour type la plus fréquente et la plus parfaite, la *hernie inguinale oblique externe*.

*Enveloppes.* — Lorsqu'on dissèque une hernie inguinale qui n'est ni trop ancienne ni trop volumineuse, on constate assez facilement les principales particularités anatomiques suivantes, fort bien connues depuis les recherches si complètes de Scarpa et les travaux modernes.

Au-dessous de la peau et des couches de tissu cellulaire sous-cutané, plus ou moins amincies et dédoublées suivant l'ancienneté de la hernie, se trouve le *sac herniaire*. En règle générale, il enveloppe



complètement les viscères herniés; exceptionnellement il fait défaut plus ou moins complètement dans quelques hernies du *cæcum*, du commencement du côlon ascendant et de la *vessie*.

Autour du sac, et lui adhérant plus ou moins intimement, se voient les divers *éléments du cordon spermatique*, ordinairement groupés en dedans et en arrière, quelquefois dissociés et épars sur les enveloppes (cette exception s'observe surtout dans les vieilles hernies volumineuses).

Lorsque le sac est ainsi complètement isolé sur ses faces, il est facile de constater qu'il sort par l'orifice inguinal extérieur après avoir traversé le trajet inguinal.

Tantôt il n'y a qu'un seul point rétréci, disons le mot, un seul *collet* au niveau de l'*orifice inguinal intérieur* ou *abdominal*; d'autres fois on en trouve un second à *orifice cutané*; quelquefois aussi le sac lui-même présente un léger rétrécissement à sa partie moyenne, *hernie en bissac*.

Les rapports anatomiques du vrai collet de la hernie inguinale varient suivant la variété à laquelle on a affaire : la hernie est-elle *oblique externe*, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, l'*artère épigastrique* est en *dedans du pédicule* de la hernie dont elle contourne la partie inférieure et interne, le *cordon spermatique* est *au-dessous et en arrière*.

La hernie est-elle *directe* ou *oblique interne*, l'*artère épigastrique* est en *dehors*.

Suivant quelques auteurs, il serait possible, la hernie réduite, de sentir l'artère avec le doigt introduit en refoulant le scrotum dans le canal inguinal. Cette manœuvre n'a d'ailleurs qu'un intérêt purement anatomique, puisqu'on ne peut la pratiquer, alors qu'elle serait utile, dans le cas de hernie étranglée.

Ces dispositions se modifient notablement pour peu que la hernie soit ancienne; la paroi postérieure du trajet inguinal se laisse refouler en dedans; les deux orifices extérieur et intérieur du trajet inguinal tendent énormément à se rapprocher, à être situés l'un derrière l'autre, en même temps qu'ils prennent des dimensions plus considérables.

Incisons maintenant le sac herniaire. Quelle en est la constitution? Quel en est le contenu?

*Constitution du sac.* — Le sac de ces hernies est essentiellement

constitué par deux couches, l'une profonde, séreuse, le péritoine, l'autre externe, fibreuse, qu'un tissu cellulaire lâche sépare nettement de la première, et qui dépend du *fascia propria* : elle est formée par la condensation des plans conjonctifs que la hernie a refoulés devant elle et fusionnés intimement entre eux. A la surface du sac, on peut généralement retrouver des faisceaux musculaires dépendant du crémaster.

*Contenu de la hernie.* — Dans la grande majorité des cas, une anse plus ou moins considérable de l'intestin grêle avec une portion variable de l'épiploon lui constituant parfois un véritable *sac épiploïque* (chez les jeunes sujets, l'épiploon manque le plus souvent), quelquefois une anse intestinale seule (*hernie récente*), plus rarement de l'*épiploon seul*.

On a encore trouvé dans des hernies inguinales le *gros intestin*. Ce sont surtout les deux extrémités de l'arc du côlon qui s'engagent dans le trajet inguinal. Nous relevons, dans la thèse déjà citée de Mérigot de Treigny, les chiffres suivants, qui nous semblent très instructifs : *cæcum* et appendice 8 cas, appendice seul 17 cas, *S iliaque* seul 14 cas. La portion d'intestin contiguë à la portion herniée du gros intestin est souvent entraînée secondairement. Nous trouvons dans la même statistique : 11 fois le *cæcum* et la fin de l'iléon; 8 fois une portion du côlon ascendant venait s'ajouter à ces viscères; 7 fois on a rencontré l'intestin grêle avec l'*S iliaque*. Notons encore 5 cas de hernies inguinales du côlon ascendant ou descendant et 4 cas de hernies du côlon transverse. On voit donc que d'une manière générale le *cæcum* est la portion du gros intestin que l'on rencontre le plus souvent dans les hernies qui nous occupent. Exceptionnellement on a trouvé le *cæcum* dans les hernies inguinales gauches et l'*S iliaque* dans des hernies droites.

Contrairement à ce que pensent les anciens, les hernies du *cæcum* et peut-être même des côlons ascendants ou descendants sont le plus souvent pourvues d'un *sac herniaire complet*. Les *sacs incomplets* s'observent pourtant dans les hernies du *cæcum*, quelquefois sous l'aspect du *sac latéral* (5 observations), plus souvent avec un méso variable de hauteur et d'épaisseur. Scarpa ne croyait pas à l'*absence du sac* dans ces hernies; quelques observations incontestables établissent la possibilité de ce fait. On a encore signalé la présence des *ovaires*, de l'*utérus*, des *trompes*, de la *vessie* avec ou sans anse intestinale.