

Les hernies de la *vessie* manquent aussi parfois de sac péritonéal ou ne possèdent qu'un sac incomplet; toute la portion herniée du viscère peut en revanche être tapissée par la séreuse.

Est-il besoin d'ajouter que la hernie est *unilatérale* ou *bilatérale* et qu'on peut observer (bien que ce soit là d'ailleurs un fait

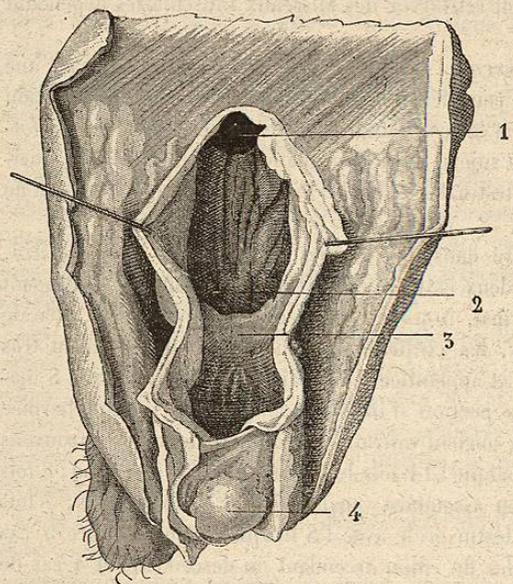


Fig. 69. — Sac d'une hernie inguinale congénitale ouverte pour montrer une bride fibreuse (5) qui divise sa cavité (2) en deux renflements superposés, dont l'inférieur (4) renferme le testicule; — 1, orifice herniaire et collet du sac (Scarpa).

exceptionnel), d'un seul côté, des sacs multiples sortis par des orifices différents?

B. *Hernies inguinales congénitales*. — Sous la dénomination de *hernie inguinale congénitale, hernie à canal ouvert* (Malgaigne), on doit comprendre toute hernie se produisant à la faveur d'une disposition anatomique fœtale, congénitale, du trajet inguinal,

disposition qui n'est autre que la persistance plus ou moins complète du canal vagino-péritonéal.

Sans doute cette hernie se produit habituellement à peu près à l'époque de la naissance; mais ce n'est pas là une condition obligatoire, et il y a, plus rarement à la vérité, des hernies congénitales qui apparaissent chez l'adulte, en vertu de la persistance d'une partie plus ou moins considérable du trajet vagino-péritonéal.

Cette persistance se montre dans deux conditions bien différentes: ou bien le testicule a accompli sa descente ordinaire; la seule ano-

malie consiste dans la persistance du canal vagino-péritonéal, ou bien le testicule est en ectopie.

a. *Hernies congénitales simples, sans ectopie*. — Les caractères anatomiques suivants sont particuliers au sac de la hernie inguinale congénitale:

1° Présence d'un ou de plusieurs diaphragmes en un point quelconque de la longueur du sac, particulièrement au niveau du collet correspondant à l'orifice abdominal du canal inguinal, toujours le plus étroit;

2° Adhérences intimes du sac péritonéo-vaginal avec les parties voisines (Scarpa), notamment avec les éléments du cordon placés en arrière et un peu en dehors du sac, le canal déférent faisant presque saillie à la face interne de l'enveloppe herniaire péritonéale;

3° Existence fréquente d'un sac propéritonéal, c'est-à-dire d'une sorte de diverticulum qui se détache du sac principal au-devant de l'orifice inguinal profond et qui se trouve logé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il faut décrire plusieurs variétés:

La plus commune peut-être des hernies vagino-péritonéales, quoi qu'en ait dit Ramonède, en tout cas la plus nette, la mieux caractérisée, la plus importante, c'est la variété *péritonéo-vaginale testiculaire*. L'oblitération du canal vagino-péritonéal ne s'est pas faite du tout; l'intestin hernié est dans la tunique vaginale; il est là au contact du testicule, lequel est le plus souvent situé en bas et en arrière, et plus ou moins recouvert par les viscères herniés. Il y a des hernies vagino-péritonéales testiculaires dans lesquelles le testicule est en inversion. — L'hydrocèle concomitante n'est pas rare dans la hernie congénitale.

Dans une seconde variété, l'oblitération du canal n'est qu'incom-

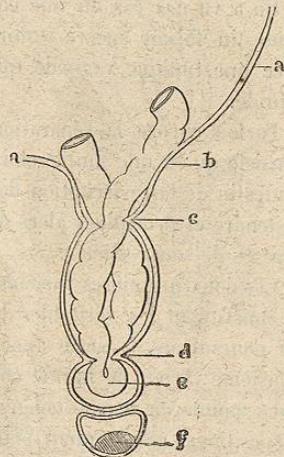


Fig. 70. — Etranglement produit par un rétrécissement annulaire du sac. a, b, péritoine et infundibulum herniaire; — c, collet supérieur n'étranglant pas l'intestin; d, rétrécissement annulaire, agent de l'étranglement dans le sac herniaire; — e, anse intestinale étranglée; — f, testicule et tunique vaginale indépendants de la hernie.

plète; en bas la tunique vaginale est bien distincte; en haut le trajet péritonéo-vaginal persiste dans une certaine étendue, et forme, notamment en dehors de l'anneau extérieur du canal inguinal, un sac herniaire qui reste souvent rattaché à la vaginale par une bride fibreuse vestige de la portion intermédiaire du trajet péritonéal: c'est la *variété péritonéo-vaginale funiculaire*.

On a vu des cas où une communication étroite infranchissable à l'intestin faisait encore communiquer un sac péritonéo-funiculaire avec une tunique vaginale qui contenait une certaine quantité de liquide.

Parfois encore la séparation du canal et de la cavité vaginale ne consiste qu'en une simple cloison qui peut se rompre et permettre à l'intestin de faire irruption dans la cavité vaginale ou bien se laisser distendre et proéminer alors dans cette cavité (Berger). Ce sont là des espèces de sous-variétés.

Ces deux premières variétés sont de beaucoup les plus fréquentes et constituent les véritables hernies congénitales. Théoriquement et en poursuivant la série anatomique, nous pourrions imaginer une troisième variété de hernie congénitale, incluse dans le trajet inguinal: pointe de hernie congénitale et hernie interstitielle; mais ces dispositions, relativement peu intéressantes dans la hernie acquise, très importantes, au contraire, dans la hernie congénitale, sont liées étroitement à des ectopies testiculaires.

b. *Hernies congénitales compliquées d'ectopie*. — Il n'est pas impossible d'observer, en même temps que l'ectopie testiculaire, un prolongement du canal péritonéo-vaginal, qui descend plus ou moins loin dans les bourses. A la rigueur, on peut donc trouver une hernie congénitale scrotale, en même temps qu'un testicule non descendu; mais ces faits sont très rares et, d'une façon générale, les monorchides ne sont pas des hernieux au sens ordinaire du mot.

Quand le testicule est en ectopie cruro-scrotale ou en ectopie périnéale, il peut se trouver accompagné d'un conduit vagino-péritonéal et partant de là d'une hernie.

Quand le testicule est dévié en dehors dans le pli de l'aîne, il est situé sous les téguments, plus ou moins en dehors de l'anneau inguinal, en avant de l'arcade de Fallope. S'il est accompagné d'une hernie qui, sortant par l'anneau externe, vient s'étaler sous la peau de l'aîne,

en dehors de celui-ci, c'est la variété *pré-inguinale* de Le Fort, *inguino-superficielle* de Küster.

Dans la migration incomplète du testicule, si cet organe s'arrête à la racine des bourses, la hernie descend en général en avant et plus bas que lui; si, au contraire, il est retenu immédiatement au-

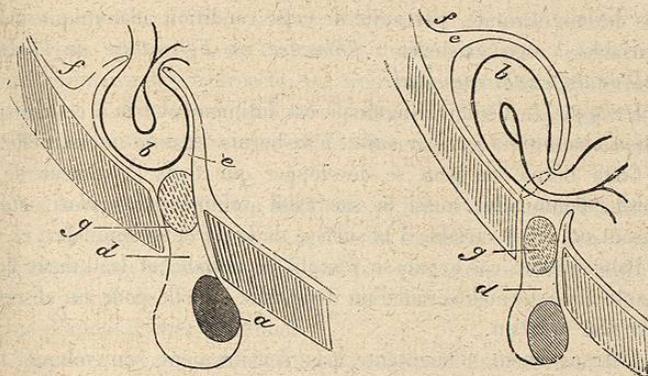


Fig. 71. — Hernie propéritonéale à sac propéritonéal superposé au sac scrotal. — *a*, testicule contenu dans le diverticule scrotal (*d*) du sac, et se réduisant en *g* quand la hernie est contenue par un bandage. — *b*, intestin étranglé dans le diverticule propéritonéal (*e*) du sac; — *j*, péritoine pariétal. (Krönlein).

Fig. 72. — Hernie propéritonéale dans laquelle le diverticule propéritonéal du sac est situé latéralement par rapport au sac scrotal et à l'orifice herniaire commun. — Mêmes notations que pour la précédente figure (Krönlein).

dessous de l'anneau externe, la hernie reste souvent intra-inguinale. Dans ces conditions la réduction de la hernie est fréquemment compliquée d'une grande difficulté à maintenir au dehors la glande testiculaire. Enfin, lorsque le testicule est retenu dans l'aîne, le cordon ou l'épididyme peuvent descendre avec la hernie jusqu'au fond des bourses.

L'ectopie inguinale s'accompagne souvent d'une variété spéciale de hernie, parfois très volumineuse et qui reste incluse dans l'épaisseur de la paroi abdominale, c'est la *hernie inguino-interstitielle* de Goyrand.

Dans la hernie inguino-interstitielle vraie, l'intestin s'est engagé dans un sac préformé constitué par la persistance de la portion intra-inguinale du canal péritonéo-vaginal, lequel semble oblitéré ou du moins rétréci au niveau de l'orifice cutané du trajet inguinal. Grâce

aux travaux de Goyrand (d'Aix) (1854), de Dance, de Velpeau et plus récemment de Tillaux (1871), cette variété est aujourd'hui bien connue.

Tillaux surtout en a bien démontré la nature *congénitale*.

La *hernie inguino-interstitielle* est donc une hernie qui a élu son domicile fixe dans le trajet inguinal; c'est une hernie qui ne peut pas devenir scrotale, par suite de cette condition anatomique indispensable à son existence : *l'absence ou l'étroitesse de l'orifice cutané du canal inguinal*.

L'ectopie testiculaire inguinale est intimement liée à cette disposition anatomique et, par suite, à la hernie inguino-interstitielle.

Cette hernie ne peut se développer que dans l'épaisseur de la paroi abdominale, aussi le sac est-il volumineux, *aplati, étalé*, faisant un relief variable à la surface de la paroi abdominale.

Dans certains cas le sac se remplit de liquide, et la tumeur fluctuante ainsi formée serait d'un diagnostic difficile pour un observateur non prévenu.

L'étranglement n'augmente pas sensiblement son volume; les agents habituels en sont le testicule et la pression des lames musculéo-aponévrotiques des parois abdominales, aussi conçoit-on facilement que le taxis ne réussisse pas dans une hernie de ce genre.

*Hernies propéritonéales.* — Ces hernies, encore plus profondément placées que les précédentes, se font dans un *sac propéritonéal*, c'est-à-dire dans un infundibulum du péritoine qui dès son origine se coude à angle aigu et brusquement pour se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On a souvent attribué ces sacs propéritonéaux à des réductions en masse qui auraient chassé une hernie revêtue de son enveloppe péritonéale hors du trajet inguinal et l'auraient forcée à se loger sous le péritoine. Que cet accident se produise quelquefois, c'est un fait hors de contestation, mais il semble aussi que le plus souvent, comme Krönlein (de Berlin) l'a démontré, les sacs propéritonéaux soient congénitaux. Ces hernies appartiennent presque exclusivement à la région inguinale, mais pas tout à fait, car on connaît jusqu'ici sept faits de hernie crurale propéritonéale (Berger) et un fait unique encore de sac propéritonéal ombilical (Terrier, Soc. de chir., 1881). Dans 15 cas qui, pour Krönlein, étaient sûrement congénitaux, le testicule était incomplètement descendu 9 fois. On conçoit facilement les difficultés que l'on ren-

contre pour établir anatomiquement ce diagnostic, et par suite l'extrême rareté d'observations précises de ce genre; nous nous sommes d'ailleurs déjà expliqué sur ce point en parlant du sac herniaire des hernies en général, nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

Reste une variété rare et fort curieuse, la *hernie enkystée de la tunique vaginale*, d'Astley Cooper : on n'arrive sur cette hernie, par la dissection, qu'après avoir traversé la tunique vaginale, pleine du liquide ordinaire de l'hydrocèle. On trouve du reste les organes herniés enfermés dans le sac péritonéal ordinaire; Trélat considère cette variété comme forcément congénitale; Berger a cité un cas où elle ne l'était pas.

*Chez la femme*, la hernie inguinale se fait comme chez l'homme par le trajet inguinal le long et à côté du ligament rond. Une forme congénitale, niée probablement à tort par quelques auteurs, emprunterait le canal de Nüek persistant par anomalie comme le canal vagino-péritonéal chez l'homme.

L'abouchement du canal de Nüek dans le péritoine est masqué par un repli valvulaire. Il existe, entre cet abouchement et le point où ce canal pénètre dans le trajet inguinal, un trajet oblique sous-péritonéal. Il s'y formerait de véritables hydrocèles, et ces hydrocèles créeraient chez les petites filles, une prédisposition aux hernies inguinales (Wechselmann, Berger, Richelot).

La hernie inguinale de la femme offre plusieurs degrés. A son point de développement extrême elle est logée dans l'épaisseur de la grande lèvre qui représente, comme on sait, le scrotum dans le sexe féminin.

*Symptômes et diagnostic.* — La hernie inguinale réductible ne se présente pas toujours au chirurgien sous le même aspect.

Quelquefois ce sont des *enfants* encore à la *mamelle*, amenés par la mère ou la nourrice pour un gonflement dans l'aîne. Ce gonflement est situé à l'orifice externe du trajet inguinal; il se produit et augmente de volume au moindre effort de l'enfant, notamment lorsque celui-ci crie. Ce gonflement est mou, facilement dépressible, aisément réductible; il descend plus ou moins dans les bourses; en règle générale il est peu volumineux. Lorsque la tumeur est réduite, tantôt elle se reproduit très vive, tantôt elle reste un certain temps avant de se montrer de nouveau.