

névrose du grand oblique *c*, qui forme en *d* l'arcade crurale, qu'on a relevée pour montrer l'origine des vaisseaux épigastriques. Cette aponévrose a été en partie enlevée pour mettre à découvert le muscle petit oblique (*p*). La ligne ponctuée répondant aux chiffres 10 et 13 indique la direction que les viscères ont suivie pour sortir de l'abdomen en parcourant tout le canal inguinal. On voit que l'artère épigastrique (4), née de l'artère iliaque externe (1), contourne avec la veine épigastrique (9), née de la veine iliaque externe (2), la partie interne du collet du sac herniaire. On retrouve les vaisseaux épigastriques en 5, 6, 7, 8, accolés à la face postérieure du muscle grand droit antérieur de l'abdomen (*o*), dont la gaine aponévrotique (*l*) a été ouverte pour laisser voir la paroi postérieure (*m, n*) de cette gaine. L'épiploon (*k*), qui constitue la hernie, est renfermé dans le sac herniaire *i*. Ce dernier est enveloppé d'une couche de tissu cellulaire (*h*), puis de la gaine aponévrotique et membraneuse (*g, e*) du crémaster, dont on aperçoit les fibres en *g, g*. Vient ensuite le scrotum *r*. La veine saphène interne est représentée en 13, le nerf crural en 14.

2° HERNIE INGUINALE INTERNE (fig. 241). Les viscères, au lieu de s'engager dans le canal inguinal par l'orifice postérieur de ce canal, y arrivent en poussant devant eux le *fascia transversalis*, qu'ils éraillent parfois. On l'appelle encore *hernie inguinale directe*, parce que les viscères arrivent *directement* d'arrière en avant jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, par opposition à la hernie inguinale externe dite *indirecte*, dans laquelle les viscères n'arrivent à l'orifice externe qu'après avoir parcouru toute l'étendue du canal inguinal. Dans cette espèce, l'artère épigastrique (fig. 241, 5) est située *en dehors* du collet du sac herniaire; les débris des vaisseaux ombilicaux sont situés *en dedans* de ce collet; le cordon testiculaire côtoie d'abord la partie externe, puis la face postérieure de la hernie. La hernie inguinale interne est moins fréquente que la hernie inguinale externe; suivant J. Cloquet, la première est à la seconde comme 2 est à 5, rapport qui serait trop élevé d'après A. Key.

Pour bien se rendre compte de la hernie inguinale interne, il faut étudier la figure 241, qui représente une hernie intestinale, dont le sac est ouvert du côté droit, pendant que du côté gauche il est resté intact. On voit en *a, a* l'anneau inguinal externe et en *c, c* l'arcade crurale du côté gauche; *f* indique une hernie inguinale gauche dont le sac n'est pas ouvert et est recouvert par les fibres du crémaster (*f*). Le sac *l, n, l* de la hernie inguinale droite est ouvert pour laisser voir l'intestin (*o*) qui y est contenu. Ce sac est doublé en dehors par du tissu cellulaire graisseux (*m*), recouvert lui-même de la gaine (*i, i*) formée par le crémaster. L'artère épigastrique née de l'artère iliaque externe au-dessus de l'arcade crurale (*r*) se porte, suivant la direction de la ligne ponctuée (5), vers le muscle grand droit antérieur de l'abdomen (*U*), refoulé vers le côté gauche, pour se continuer suivant la direction marquée en 6, accompagnée par les deux veines épigastriques. On voit donc que les vaisseaux épigastriques contournent le côté externe du collet du sac herniaire. La gaine aponévrotique *P, P* du muscle droit antérieur de l'abdomen a été ouverte et attirée de côté et d'autre pour laisser voir le pé-

ritoine *s, s*. On a représenté en *y* la paroi antérieure de cette gaine; en *v* les restes du muscle grand oblique, dont l'aponévrose est rabattue. 1 représente l'artère crurale, 2 la veine crurale du côté droit, 3, 4 l'artère circonflexe iliaque, 7 les artères honteuses externes, 8 le nerf crural, 9 la veine saphène interne.

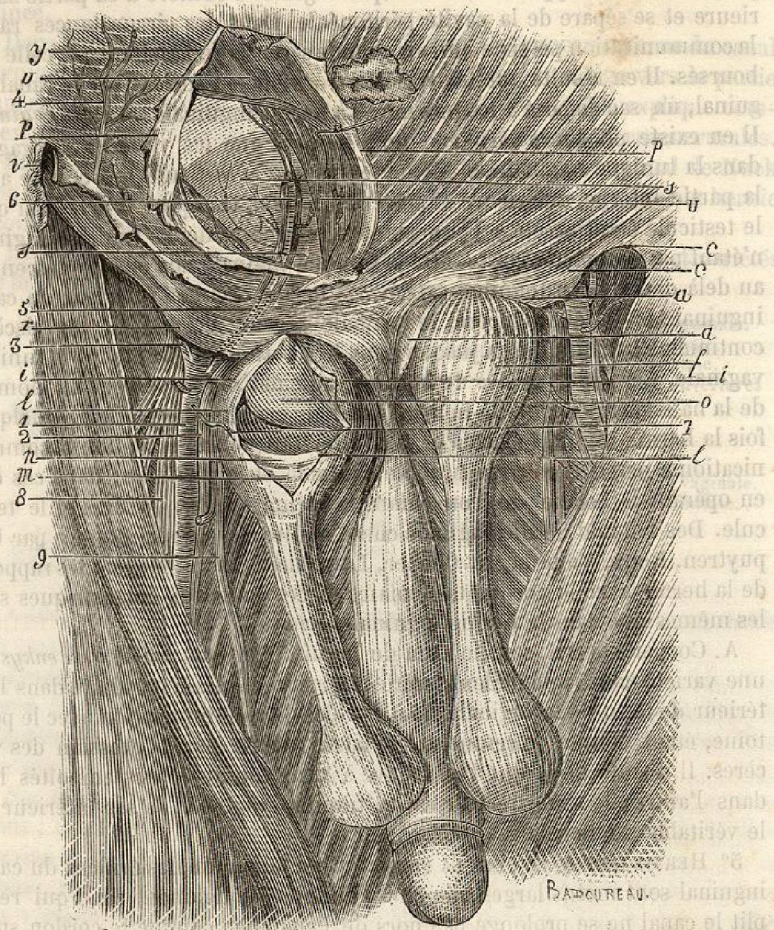


Fig. 241.

3° HERNIE INGUINALE SUSPUBIENNE. Les viscères s'engagent par la fossette inguinale interne, située entre les débris de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit, en éraillant le *fascia transversalis*, ou en le poussant devant lui. Ils arrivent à l'anneau externe, en suivant une ligne oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant. Les rapports de la hernie inguinale *suspubienn*e avec les vaisseaux épigastriques sont les mêmes que pour la hernie inguinale *interne*. L'artère épigastrique est située *en dehors*

de la hernie, à une distance plus grande pour la hernie inguinale *suspensionnaire* que pour la hernie inguinale *interne*.

4° **HERNIE INGUINALE DANS LA TUNIQUE VAGINALE.** La tunique vaginale n'est qu'un prolongement du péritoine, que le testicule entraîne dans le scrotum, en descendant de l'abdomen dans les bourses. Par le fait seul des progrès du développement, la tunique vaginale s'oblitére à sa partie supérieure et se sépare de la cavité péritonéale. Dans des circonstances rares, la communication persiste entre la grande séreuse de l'abdomen et celle des bourses. Il en résulte que les viscères trouvent, en sortant par le canal inguinal, un sac disposé à les recevoir. La hernie inguinale est alors *vaginale*. Il en existe plusieurs variétés : (a) il se peut que les viscères s'engagent dans la tunique vaginale en même temps que le testicule qui occupe alors la partie interne, inférieure et postérieure de la tunique ; (b) ou bien que, le testicule étant arrêté à l'anneau et la migration de la tunique vaginale n'étant pas complète, c'est-à-dire la tunique vaginale non encore descendue au delà de l'anneau inguinal externe, la hernie occupe l'intérieur du canal inguinal ; (c) ou bien encore, le testicule restant à l'anneau, les viscères continuent leur migration jusque dans le scrotum en entraînant la tunique vaginale. Ces trois variétés de hernies vaginales se rencontrent au moment de la naissance, et alors la hernie inguinale est bien *congénitale*. Quelquefois la hernie vaginale existe chez l'adulte, lorsque par exception la communication a persisté entre la tunique vaginale et le péritoine ; dans ces cas, en opérant la hernie, on trouve dans le même sac les viscères et le testicule. Des faits de hernie vaginale chez l'adulte ont été mentionnés par Dupuytren, Roux, Velpeau, A. Cooper, Lawrence, Lafont, Mayor ; les rapports de la hernie avec le cordon testiculaire et les vaisseaux épigastriques sont les mêmes que dans la hernie inguinale *externe*.

A. Cooper a décrit, sous le nom de hernie inguinale *congénitale enkystée*, une variété dans laquelle les viscères repoussent un sac herniaire dans l'intérieur de la tunique vaginale dont l'orifice de communication avec le péritoine, étant oblitéré récemment, se laisse rouvrir par la pression des viscères. Il résulte de là que l'on trouve à la hernie deux sacs emboîtés l'un dans l'autre ; le sac extérieur est la tunique vaginale, le sac intérieur est le véritable sac herniaire.

5° **HERNIE INGUINALE CHEZ LA FEMME.** Chez la femme, les orifices du canal inguinal sont moins larges que chez l'homme ; le ligament rond qui remplit le canal ne se prolonge pas hors de l'abdomen comme le cordon spermatique ; ces dispositions anatomiques rendent la hernie inguinale moins facile. On conçoit néanmoins que, chez la femme comme chez l'homme, les viscères puissent s'engager par l'une des trois fossettes inguinales, et qu'on retrouve les trois espèces de hernies inguinales, *externe, moyenne, vésico-pubienne*, signalées précédemment. Les rapports du collet du sac herniaire avec les vaisseaux épigastriques sont les mêmes que chez l'homme. Le ligament rond n'étant pas accompagné de vaisseaux d'un certain calibre, il y a peu à se préoccuper des rapports de la hernie avec ce cordon fibreux, au point de vue de l'opération de la hernie étranglée.

Lorsque la hernie a franchi l'anneau inguinal externe, elle arrive dans la grande lèvres ; le sac a une forme bilobée, l'un des lobes étant dans le canal inguinal, l'autre dans l'épaisseur de la grande lèvres. Cette dernière portion est recouverte seulement par la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée. L'enveloppe fibreuse provenant du pourtour de l'anneau est très-mince.

Dans quelques cas, la hernie après avoir franchi l'anneau externe du canal inguinal, au lieu de se porter dans la grande lèvres, se dirige vers la partie supérieure de la cuisse, au-devant de l'anneau crural. Cela explique comment on a quelquefois pris des hernies inguinales pour des hernies crurales.

Lorsque la hernie inguinale de la femme s'engage dans le canal de Nuck non oblitéré, la hernie est dite *congénitale*, et est l'analogue de la hernie *vaginale de l'homme*.

Le tableau suivant présente l'ensemble des diverses espèces et variétés de la hernie inguinale :

Hernies inguinales chez l'homme..	} Hernies incomplètes.	} Hernie inguinale externe	} Eventration sus-inguinale. Hernie intra-inguinale. Hernie intra-pariétale. Hernie par des ouvertures anormales.
Hernies inguinales chez la femme..	} Hernies incomplètes.		
		} Hernies complètes.	

Anatomie pathologique. Il faut considérer dans toute hernie inguinale les parties contenues et le contenant.

Parties contenues. On rencontre communément dans ces hernies l'intestin grêle, l'épiploon, quelquefois le côlon transverse, le cœcum, le côlon descendant, l'S iliaque du côlon ; plus rarement la vessie, l'ovaire, une portion de l'utérus ; plus rarement encore la rate, l'estomac, le rein, le foie.

Sac herniaire. En général, il est formé par un prolongement du péritoine ; le sac est parfois incomplet, c'est-à-dire qu'il n'enveloppe qu'une portion des viscères déplacés ; c'est ce qui arrive dans les hernies de la vessie (voy. *Maladies de la vessie*), du cœcum, de l'S iliaque ; parfois même ces viscères sont dépourvus de sac. Rappelons que dans la hernie dite *congénitale*, et qu'il est préférable d'appeler *vaginale*, les viscères sont contenus dans la tunique vaginale, en même temps que le testicule.

Enveloppes de la hernie. Dans la hernie inguinale externe qui est encore renfermée dans le canal inguinal, les viscères sont entourés par toutes les couches de la paroi abdominale. Lorsque la hernie est descendue dans les bourses, on trouve, en procédant des parties superficielles vers les parties profondes, la peau, le fascia sous-cutané superficiel, le dartos, le fascia sous-cutané profond, l'expansion de quelques fibres du grand oblique, le crémaster, un prolongement du *fascia transversalis*, le *fascia propria* qui double la face externe du sac herniaire.