

La hernie inguinale interne ou directe n'est pas contenue dans la gaine propre du cordon spermatique. Elle ne se met en rapport avec ce dernier qu'à partir de l'anneau du grand oblique. D'après A. Cooper, la tumeur, une fois descendue dans les bourses, n'est pas recouverte par le crémaster, mais par la gaine que fournit au cordon le pourtour de l'anneau externe.

Rapports de la hernie avec le cordon spermatique. Ces rapports varient d'après l'espèce de hernie. Dans la hernie inguinale externe, le cordon est placé ordinairement au-dessous des viscères, tant que ceux-ci sont encore dans le canal inguinal. Ces mêmes organes sont-ils descendus dans les bourses, le cordon est placé à leur partie interne et postérieure. Il y a des exceptions à cette règle : ainsi il arrive parfois que le sac herniaire dissocie les éléments du cordon spermatique, et que le canal déférent se trouve refoulé au côté interne, pendant que les vaisseaux se portent au côté externe du sac; plus bas, les divers éléments du cordon se réunissent au-devant de la partie inférieure du sac. Dans quelques cas, on a trouvé les vaisseaux au côté interne du sac et le canal déférent en avant. A. Cooper dit avoir vu les vaisseaux en avant et le canal déférent en arrière; Ledran rapporte avoir trouvé le cordon tout entier au-devant du sac.

Dans la hernie inguinale interne ou directe, le cordon est refoulé en dehors et en arrière. Lorsque les viscères sont descendus dans le scrotum, le sac croise le devant du cordon, de façon que le testicule et le canal déférent sont situés en arrière et en dedans. Mais dans quelques cas, le cordon est placé au-devant du sac.

Changements ultérieurs des tuniques de la hernie. Dans les hernies anciennes, les diverses couches ou tuniques qui entourent le sac herniaire ne sont pas toujours faciles à séparer les unes des autres; elles sont épaissies et confondues les unes avec les autres. Le crémaster s'hypertrophie parfois au point de se transformer en un sac charnu; ou bien il se convertit en un tissu fibro-celluleux. Le sac herniaire lui-même ne participe que peu à cet épaississement. On rencontre des dépôts de tissu graisseux entre les diverses enveloppes de la hernie, soit dans la couche sous-cutanée, soit entre le sac et le crémaster. Il arrive parfois que la graisse forme des masses globuleuses ou cylindroïdes à la surface externe du sac.

Causes. Les hernies inguinales sont les plus communes de toutes les hernies; d'après Malgaigne elles sont aux autres hernies, chez l'homme, dans la proportion de 16 : 1. Assez souvent unilatérales, il n'est pas rare d'en observer une de chaque côté : sur 319 hernies inguinales examinées par Malgaigne, 133 existaient d'un seul côté, 186 des deux côtés à la fois. Exceptionnellement, on en a rencontré 2 d'un seul côté, l'une étant inguinale externe, l'autre inguinale interne.

1° Chez l'homme, les hernies inguinales sont bien plus communes que les hernies crurales. Toutefois il faut reconnaître que Morgagni, Camper, Hévin, Sandifort et Walter, Arnaud, Scarpa, ont exagéré la rareté de ces dernières. J. Cloquet est tombé dans une exagération opposée, en évaluant le rapport des hernies inguinales aux crurales, chez l'homme, au chiffre de 4 : 1. Il résulte des recherches de Roustan, à l'hospice de Bicêtre, que

pour 1335 hernies inguinales, chez des vieillards, on trouve 65 hernies crurales; ce qui donne la proportion de 20 : 1. On pourrait donc considérer les hernies inguinales comme vingt fois plus fréquentes chez l'homme que les hernies crurales, à une certaine période de la vie; mais non en inférer, d'une manière absolue, que cette proportion existe pour l'ensemble des hommes de tout âge.

2° Chez la femme, d'après quelques chirurgiens, les hernies inguinales seraient aussi plus communes que les hernies crurales. Cette proposition, en désaccord avec les idées généralement reçues (voy. p. 702), s'appuie sur les recherches de Nivet et de Malgaigne sur les vieilles femmes de la Salpêtrière. Il résulterait même de quelques observations faites par Vidal (de Cassis), que les hernies inguinales sont proportionnellement plus communes chez les vieilles femmes que chez les vieillards hommes, ce qui ne prouve nullement que la hernie inguinale n'est pas plus commune pour l'ensemble des hommes de tout âge, que pour l'ensemble des femmes de tout âge.

La hernie inguinale se produit d'une manière lente ou brusque. Ce dernier mode est assez commun dans les hernies vaginales.

Symptômes. Diagnostic. Les symptômes des hernies inguinales sont les mêmes que les symptômes des autres hernies, et nous n'avons pas à revenir sur ce qui a été dit à la page 632. Mais il faut distinguer entre elles les diverses espèces et variétés de hernies inguinales; ensuite différencier les hernies inguinales d'autres tumeurs soit du cordon, soit des bourses, qui ont de la ressemblance avec elles. Le diagnostic des hernies commençantes, des pointes de hernies offre des difficultés; pour éviter toute erreur, il faut examiner le sujet de profil et le faire tousser; si l'on reconnaît alors à 2 centimètres et demi au-dessus de l'anneau inguinal externe l'existence d'une saillie anormale; si, introduisant l'indicateur dans le canal inguinal, on perçoit au-dessous de ce doigt quelque chose qui glisse sous la pulpe du doigt, on peut être assuré de l'existence de la hernie.

1° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES DIVERSES ESPÈCES DE HERNIES INGUINALES. La hernie inguinale externe complète, ou scrotale, est caractérisée par une tumeur qui s'arrête au niveau de l'entrée du cordon dans le testicule, et est souvent séparée de la glande par une sorte de collet. La tumeur se prolonge dans l'intérieur du canal inguinal jusque vers la fosse iliaque. Dans la hernie inguinale congénitale, il n'existe pas de rainure appréciable entre la hernie et le testicule; la tumeur dépasse même le testicule par en bas; elle survient généralement tout à coup et non en plusieurs temps.

La hernie inguinale interne forme une tumeur globuleuse soulevant plus ou moins le pilier interne de l'anneau inguinal externe; on ne la sent pas dans le reste du canal inguinal. Elle ne descend presque jamais dans les bourses aussi bas que la hernie inguinale externe. Lorsque la hernie se fait à travers quelque éraillure aponévrotique de l'aponévrose du grand oblique, on constate que l'anneau inguinal externe reste libre ou n'est rempli que par le cordon spermatique. Les organes qui forment la hernie sont situés en dedans de cet anneau, du côté du pubis, ou en dehors, du

côté de l'épine *iliaque antéro-supérieure*. L'ouverture donnant passage aux viscères ne représente qu'un cercle plus ou moins régulier, sans apparence de canal. Cette espèce de hernie dépasse rarement le volume d'une noix.

Les signes précédents ont une valeur incontestable, lorsque la hernie est récente et que l'état d'embonpoint du sujet ne met pas obstacle à l'examen des parties profondes de la région inguinale. Dans les circonstances opposées, le diagnostic différentiel est difficile. Les hernies inguinales de vieille date descendent dans le scrotum au-dessous de l'extrémité inférieure du testicule, de façon qu'il est impossible de les distinguer des hernies *congénitales vaginales*. Les vieilles hernies inguinales *externes* effacent plus ou moins complètement le canal inguinal, de façon à perdre leur obliquité dans la portion intra-inguinale; alors elles ne diffèrent plus en apparence des hernies inguinales *directes*.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES HERNIES INGUINALES ET CRURALES. Ce sujet sera exposé plus loin à l'article *Hernies crurales*, p. 703.

3° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES HERNIES INGUINALES ET DES TUMEURS DE L'AINE ET DES BOURSES. Parmi les tumeurs des bourses, il en est qui s'arrêtent à la racine du scrotum, c'est-à-dire qui ne se prolongent pas dans le canal inguinal: l'hydrocèle vaginale, les tumeurs du testicule. Ici le diagnostic différentiel ne saurait offrir de difficultés, puisque toute hernie descendue dans les bourses occupe en même temps le canal inguinal. Il n'en est plus de même des tumeurs du scrotum qui se continuent dans l'intérieur du canal inguinal. Ces tumeurs exigent un examen spécial.

(a) *Varicocèle*. Les caractères communs au varicocèle et à la hernie inguinale sont, que les deux espèces de tumeurs augmentent de volume dans la station debout et diminuent de volume dans la situation horizontale. Mais il y a cette différence que, dans le varicocèle, la tumeur présente une masse inégale, tortueuse, molasse, fuyant sous la pression du doigt, tandis que dans l'épiplocèle inguinale, seule variété de hernie qui peut en imposer, la tumeur est d'une consistance plus forte et ne s'affaisse pas sous la pression des doigts. En cas d'épiplocèle, une fois la tumeur réduite et le doigt appliqué sur l'anneau, si on fait marcher le malade, si on lui commande d'exécuter des efforts, la tumeur ne reparait pas. Dans le varicocèle, la tumeur reparait pendant l'épreuve précédente, surtout lorsque le sujet est debout. Le varicocèle augmente de volume lorsqu'on applique sur les bourses des linges imbibés d'eau chaude, il diminue au contraire par l'application du froid; l'épiplocèle ne subit pas la même influence.

(b) *Hydrocèle vaginale*. Tant que la tumeur ne dépasse pas la racine du scrotum, la confusion est impossible. Parfois l'hydrocèle se prolonge dans le canal inguinal; même dans ce cas, on évite toute méprise, en ayant égard aux antécédents, l'hydrocèle se développant de bas en haut, les hernies de haut en bas; l'hydrocèle étant une tumeur résistante, transparente, non réductible par la pression, la hernie étant une tumeur molasse, plus ou moins inégale, sans transparence, en général réductible par la pression. L'*hydrocèle vaginale congénitale* offre, comme caractère commun avec la hernie inguinale, la réductibilité de la tumeur; elle diffère de la hernie

par la transparence d'autant plus facile à percevoir que l'hydrocèle congénitale s'observe sur de nouveau-nés dont la peau des bourses est très-mince.

(c) *Hydrocèle enkystée du cordon*. Elle diffère de la hernie inguinale encore contenue dans le canal inguinal ou déjà parvenue à la racine du scrotum, en ce que dans l'hydrocèle enkystée du cordon la tumeur ne se prolonge pas dans toute l'étendue du canal inguinal, qu'elle n'est pas réductible, qu'elle n'est pas accompagnée de troubles de la digestion.

(d) *Abcès par congestion*. Ils offrent de commun avec les hernies, d'être plus saillants dans la position verticale que dans la position horizontale, de diminuer sous la pression des doigts auxquels ils communiquent une impulsion pendant les efforts qu'exécute le malade. Mais les abcès par congestion qui descendent dans le canal inguinal se forment d'une manière lente, sont généralement précédés de douleurs fixes sur un point de la colonne vertébrale, ne sont pas accompagnés de troubles digestifs comme dans les hernies, et offrent d'ailleurs une fluctuation qu'on ne rencontre pas dans ces dernières tumeurs.

(e) *Les hypertrophies, les dégénérescences de tous genres du cordon spermatique* diffèrent des hernies, par leur développement lent, la situation toujours la même de la tumeur, quelle que soit l'attitude du sujet, l'impossibilité de ramener la tumeur dans l'abdomen.

(f) *Le testicule arrêté au niveau de l'anneau inguinal externe ou dans l'intérieur du canal inguinal* ne sera pas pris pour une hernie, si on a égard à ce fait que, dans ce cas, l'organe prolifique manque dans la bourse correspondante, et que la tumeur de la région inguinale offre à la pression une douleur *énervante* caractéristique.

(g) *Tumeurs graisseuses*. Si elles occupent le tissu cellulaire sous-cutané de la région inguinale, le diagnostic n'offre pas de difficultés, parce qu'en explorant la région, on trouve le canal et l'anneau inguinal libres de toute tumeur. Il n'en est plus de même des tumeurs graisseuses *sous-péritonéales* dont il a déjà été question à la page 603. Toutefois, ces tumeurs ne sont pas accompagnées dans leur développement de douleurs et de troubles des fonctions digestives; lorsqu'on parvient à les *refouler* dans le canal inguinal, elles s'échappent sans effort de la part du malade dès qu'on cesse de les comprimer. La réduction en est d'ailleurs toujours incomplète. Le cordon spermatique et le testicule sont en général entraînés vers l'anneau avec la tumeur, lorsqu'on repousse celle-ci dans l'abdomen. On ne sent pas non plus, comme dans les épiplocèles inguinales, à travers la paroi abdominale, une sorte de corde qui s'étend du canal inguinal vers les intestins.

Marche. Les hernies inguinales, abandonnées à elles-mêmes, tendent sans cesse à augmenter de volume. Elles acquièrent rarement un grand volume chez la femme; tandis que chez l'homme, on a observé un grand nombre de ces hernies qui descendaient jusqu'au milieu de la cuisse et même jusqu'au genou. Les hernies obliques sont bien plus volumineuses que les directes. Parvenues à un certain degré d'accroissement, elles exercent sur les éléments du cordon et même sur le testicule une compression qui a