

pour conséquence de développer un varicocèle, une hydrocèle, ou de produire un engorgement chronique du cordon. Dans les hernies vaginales, la compression exercée par les viscères herniés sur le testicule donne lieu parfois à l'atrophie de cet organe.

Complications. Nous n'avons pas à revenir sur ce qui a été dit précédemment (voy. p. 646), relativement aux adhérences des organes renfermés dans la hernie; ajoutons toutefois que, dans la hernie inguinale *vaginale*, ces adhérences peuvent s'établir entre le testicule d'une part, l'intestin ou l'épiploon de l'autre. Mentionnons aussi les dégénérescences diverses de l'épiploon, la formation de kystes dans l'épaisseur de ce repli. Velpeau a signalé la présence de prolongements graisseux *sous-péritonéaux* flottants dans l'intérieur du sac, à la façon des pelotons graisseux synoviaux articulaires, et simulant une portion d'épiploon après la réduction des viscères contenus réellement dans l'intérieur du sac.

Une complication que l'on rencontre assez fréquemment dans la hernie inguinale est l'*hydrocèle*. Celle-ci se présente sous plusieurs formes: ou bien l'hydrocèle se développe dans la *tunique vaginale*, et alors cette dernière tumeur peut être la cause d'un étranglement de la hernie, celle-ci pénétrant avec son sac à travers une éraillure de la tunique vaginale dans la cavité de l'hydrocèle (voy. p. 652); ou bien l'hydrocèle se forme dans le *sac herniaire*, en même temps que les viscères de la hernie sont refoulés dans le canal inguinal ou près de l'anneau; des exemples de ce genre sont rapportés par Saviard, Méry, Monro, Scarpa, Pott, Lawrence, Roux; la hernie s'étrangle parfois dans ces circonstances; ou bien encore l'hydrocèle se développe dans l'intérieur du sac herniaire, après que les viscères contenus dans la hernie ont été repoussés dans l'abdomen, l'épiploon restant alors communément dans l'intérieur du canal inguinal comme un bouchon.

Etranglement. Il ne siège pas toujours au même niveau: quelquefois il est produit par l'anneau inguinal externe, plus souvent par l'orifice supérieur du canal inguinal ou par le collet du sac herniaire. L'étranglement peut aussi se faire dans le scrotum, et alors il est dû à une déchirure du sac, au passage des viscères à travers une perforation de la poche d'une hydrocèle, d'une lame d'épiploon, etc. Les connexions des deux orifices du canal inguinal avec les fibres des muscles de la paroi abdominale antérieure motiveraient, suivant A. Cooper et Velpeau, l'opinion de Richter sur l'existence d'un étranglement *spasmodique*, en ce sens que les fibres musculaires en se contractant agiraient sur les fibres aponévrotiques qui circonscrivent les anneaux.

Pronostic. Les hernies inguinales guérissent rarement, excepté chez les très-jeunes enfants, alors qu'on prend le soin de contenir exactement la tumeur. On comprend d'après cela qu'il y a peu de chances de guérison, lorsque le testicule étant retenu à l'anneau, il est impossible d'appliquer sur cette région un bandage convenable. Nous avons déjà signalé l'influence qu'exercent les hernies inguinales non contenues sur le développement de l'hydrocèle, du varicocèle, sur la nutrition du testicule.

Traitement. Il est palliatif et curatif. Les détails dans lesquels nous

sommes entrés précédemment (p. 644 et suiv.) nous dispensent de revenir sur la cure radicale.

Réduction. Les manœuvres varient un peu d'après l'espèce de hernie; s'agit-il d'une hernie inguinale externe, on repousse la tumeur de bas en haut pour commencer, dans le sens de l'anneau externe, puis d'avant en arrière et de dedans en dehors, dans la direction de l'anneau inguinal interne. Dans la hernie inguinale directe, dans les hernies qui se font à travers une éraillure de l'aponévrose, et dans les hernies anciennes où les deux anneaux inguinaux se correspondent, c'est-à-dire où le canal inguinal a perdu sa direction oblique, le taxis est fait directement et pendant toute la durée des manœuvres, d'avant en arrière et de bas en haut. Si la hernie était inguinale sus-pubienne, on repousserait les viscères d'avant en arrière et de dehors en dedans.

Bandage herniaire. Il faut que la pelote du bandage exerce une compression non-seulement sur l'anneau inguinal externe, mais sur toute la longueur du canal inguinal, s'il existe une hernie oblique *externe*. La pelote devra être appliquée sur l'espace triangulaire borné en dedans par le bord externe du muscle droit, en bas par le ligament de Fallope, en haut par le bord inférieur du muscle transverse. Dans la hernie inguinale *interne*, la pelote portera directement sur l'ouverture aponévrotique par laquelle passent les viscères.

Dans la hernie *vaginale*, on n'applique une pelote sur l'anneau ou sur le canal inguinal, qu'autant que la pelote ne comprime pas en même temps le testicule. Pour contenir la hernie dans ce dernier cas, on se sert d'une pelote concave. Si au contraire le testicule peut être ramené dans le ventre avec les viscères de la hernie, on applique une pelote convexe sur l'anneau externe. Si on peut fixer la pelote sur l'anneau ou le canal inguinal, entre le testicule resté à la racine des bourses et les viscères de la hernie ramenés dans l'abdomen, on applique le bandage ordinaire.

Il est des hernies inguinales dont la contention présente de sérieuses difficultés; pour les cas de ce genre, Poullien, bandagiste de Paris, a proposé le bandage représenté figure 242, et qui est formé par un ressort ellipsoïde pourvu en avant d'une charnière (c) munie elle-même d'une vis à refoulement, ce qui permet d'augmenter le

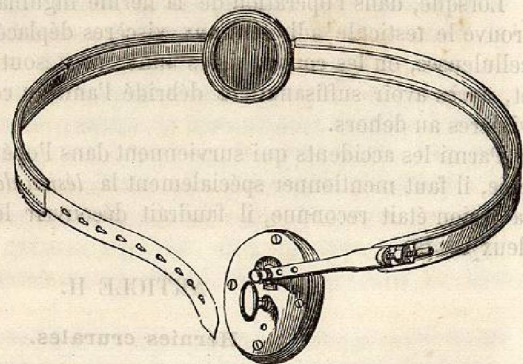


Fig. 242.

degré de pression de la pelote d'avant en arrière. La pelote (p), de grande dimension, est fixée à la partie libre du ressort par une espèce de noix, ce qui permet de la tourner en divers sens et de lui donner tous les degrés

d'inclinaison possible, en la tenant dans une position immuable, au moyen d'une clef qu'on aperçoit sur la figure, à peu près au milieu de la pelote. Ce bandage s'applique du côté opposé à la hernie; la pelote postérieure (a) est destinée à prendre un point d'appui sur la région sacrée. Le sous-cuisse est inutile.

Opération de la hernie inguinale étranglée. Débridement. Lorsqu'on incise les diverses couches organiques qui enveloppent le sac, on aura présentes à l'esprit les anomalies de situation des éléments du cordon spermatique par rapport à la hernie (p. 690), afin de ne pas diviser soit le canal déférent, soit les vaisseaux du cordon. Le sac, une fois ouvert jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe, il faut procéder au *débridement*, dans un sens tel qu'on n'ait pas à craindre la lésion de l'artère épigastrique. En se rappelant les rapports de cette artère avec les diverses espèces de hernies inguinales (p. 686), il est facile de comprendre que si la hernie est inguinale *interne*, l'incision devra porter sur la demi-circonférence *interne* de l'anneau profond; si la hernie est inguinale *externe*, le débridement sera fait en *dehors et en haut*. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer la hernie inguinale externe de l'interne; de là le précepte de débrider toujours directement en *haut* (Scarpa, A. Cooper, Dupuytren), ce qui expose à une lésion de l'artère épigastrique, lorsque, par le fait d'une anomalie, cette artère se contourne au-dessus de la hernie. Il y a aussi, en employant ce procédé, à redouter une hémorragie, lorsque la branche pubienne fournie par l'épigastrique est très-développée. Pour se mettre à l'abri de tout accident, il est donc préférable d'exécuter le débridement *multiple* préconisé avec raison par Vidal (de Cassis). Il est bien entendu que toutes ces craintes disparaissent, quand l'étranglement siège à l'anneau externe, et qu'on débride ce dernier; ou bien encore, quand l'étranglement étant produit par le collet du sac, on peut attirer le sac herniaire au dehors, avant de débrider l'anneau *séreux*.

Lorsque, dans l'opération de la hernie inguinale *vaginale* étranglée, on trouve le testicule adhérent aux viscères déplacés, si les adhérences sont celluleuses, on les coupe; si les adhérences sont fortes, on les respecte; et, après avoir suffisamment débridé l'anneau constricteur, on laisse les viscères au dehors.

Parmi les accidents qui surviennent dans l'opération de la hernie étranglée, il faut mentionner spécialement la *lésion de l'artère épigastrique*. Si la lésion était reconnue, il faudrait découvrir le vaisseau et en lier les deux bouts.

ARTICLE II.

Hernies crurales.

On donne le nom de *hernies crurales* à celles dans lesquelles les viscères sortent de l'abdomen, soit par l'anneau crural, soit par une éraillure du pourtour de cet anneau.

Espèces et variétés. Les viscères s'engagent par l'une des trois fos-

settes inguinales dont il a été question page 683, à savoir la fossette inguinale *externe*, la fossette inguinale *moyenne* et la fossette inguinale *interne*. De là trois espèces de hernies crurales : la hernie crurale *externe*, dans laquelle les viscères sont situés en *dehors* des vaisseaux épigastriques; la hernie crurale *interne*, dans laquelle les viscères sont situés en *dedans* de l'artère ombilicale; la hernie crurale *moyenne*, la plus commune des trois espèces, dans laquelle les viscères s'échappent par la fossette qui est circonscrite en dehors par les vaisseaux épigastriques et en dedans par l'artère ombilicale. L'artère épigastrique étant placée *en haut et en dehors* du sac herniaire.

1° **HERNIE CRURALE MOYENNE.** Les viscères s'engagent par la fossette inguinale moyenne et arrivent au niveau de l'anneau *crural*, en repoussant au devant d'eux le *septum crural* (S, fig. 244, p. 701). Ils descendent dans le canal crural, puis traversent les ouvertures du *fascia cribriformis*. Une fois qu'ils ont franchi l'une des ouvertures de ce fascia, ils remontent vers le pli de l'aîne, jusqu'au niveau et même parfois au-dessus du ligament de Fallope. On admet généralement que le collet du sac répond à la portion de ce dernier qui a traversé l'un des orifices du *fascia cribriformis*. Il est donc possible de reconnaître trois degrés dans l'évolution de cette espèce de hernie : le premier degré, ou *pointe de hernie*, dans lequel les viscères s'engagent dans la fossette inguinale moyenne, en repoussant au-devant d'eux le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal et le *septum crural*; le second degré, ou hernie crurale *interstitielle*, dans lequel la tumeur descend verticalement au-devant du feuillet aponévrotique de la gaine du pectiné, le long du côté interne de la gaine des vaisseaux fémoraux; le troisième degré, ou hernie *complète*, dans lequel les viscères sont sortis par un des orifices du *fascia cribriformis*.

Les enveloppes de la hernie *complète* sont, en procédant des parties superficielles vers les profondes : la peau, la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et le *fascia superficialis*, contenant dans leur épaisseur les artères tégumentaires de l'abdomen et les vaisseaux honteux externes, le *septum crural* qui peut être déchiré ou assez aminci pour ne pas se retrouver sous le scalpel; le tissu cellulaire sous-péritonéal souvent graisseux, chargé d'une assez grande quantité de tissu adipeux dans les hernies anciennes, pour simuler une portion d'épiploon; le sac herniaire. Tant que la hernie est interstitielle, il faut ajouter aux enveloppes précédentes le *fascia cribriformis* situé entre le *fascia superficialis* et le *septum crural*.

VARIÉTÉS DE LA Hernie CRURALE MOYENNE. Ces variétés portent sur l'évolution de la hernie, à partir du moment où cette dernière est devenue interstitielle.

(a) La hernie, au lieu de sortir par la *fosse ovale*, parcourt le canal crural en descendant plus ou moins loin dans la gaine des vaisseaux fémoraux.

(b) En même temps que les viscères descendent dans la gaine des vaisseaux fémoraux, une portion de ces viscères s'engage à travers l'une des ouvertures du *fascia cribriformis*. La hernie est alors à la fois interstitielle et complète. Quelquefois, ainsi que cela a été constaté par Hesselbach,