

serve un petit *infundibulum* ne dépassant guère l'anneau abdominal; tantôt il y a dans le canal inguinal un cul-de-sac sans communication avec la vaginale; tantôt enfin la communication est complète; le trajet séreux commence alors à l'anneau abdominal par un *infundibulum* caché sous un pli péritonéal, *pli rétro-inguinal*, puis il se *coude* en se rétrécissant, se *renfle* à nouveau dans le canal inguinal, se rétrécit à sa sortie, se renfle encore et se rétrécit enfin de nouveau à son union avec la tunique vaginale qui représente sa dernière dilatation. Les rétrécissements sont souvent le siège de *valvules en forme de diaphragme*. — Ces quelques particularités font bien comprendre l'étroitesse et la multiplicité des points rétrécis que doit franchir la *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).

Si l'on veut bien se rappeler que la migration du testicule est la cause de la formation de ce trajet péritonéal dont la tunique vaginale n'est que la terminaison, on comprendra encore 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 trente-deux 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 dix hernies inguinales chez l'homme pour une chez la femme; la proportion est de huit pour une, 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 hernie *congénitale*; elle se produit tantôt par le mécanisme de la *force*, tantôt et plus souvent peut-être par celui de la *faiblesse*.

Dans le premier cas, la hernie pousse devant elle le péritoine dans le canal inguinal; elle se crée elle-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*.

1° *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 péné-

trer davantage; c'est la *pointe de hernie de Malgaigne*, 160 sur 750 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*, 351 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.

Comme le fait très justement remarquer Duplay, ce ne sont pas là quatre temps obligés de toute hernie 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.

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 encore 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 du 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 adhérent 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 l'*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 : quel peut être son *contenu*? — 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 Méricot de Treigny les chiffres suivants qui nous semblent très instructifs : cæcum et appendice 8 cas, appendice seul 17 cas, S iliaque seule 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 des hernies inguinales gauches et l'S iliaque dans des hernies droites.

Contrairement à ce que pensaient 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 de *sac latéral* (6 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.

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

a. *Hernies congénitales simples, sans ectopie*. — Ramonède indique les caractères anatomiques suivants, comme particuliers au sac de la hernie inguinale congénitale :

1° Présence d'un ou de plusieurs diaphragmes en un point quel-

conque 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 d'une bride fibreuse, reliant à la tunique vaginale le sac péritonéo-funiculaire, lorsque la tunique vaginale est séparée du canal vaginal persistant par un espace plus ou moins grand.

A ces caractères principaux, on doit en ajouter d'autres moins communs, mais qu'il ne faut cependant pas oublier : existence 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, et surtout coexistence d'une ectopie testiculaire dont nous avons déjà indiqué l'importance. Il faut décrire plusieurs variétés :

1° 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.

2° Dans la seconde variété, l'oblitération du canal n'est qu'incomplète, la tunique vaginale est bien distincte, mais le trajet péritonéo-vaginal existe dans le reste de son étendue, et forme, notamment en dehors de l'anneau extérieur du canal inguinal, un sac herniaire qui est quelquefois encore rattaché à la vaginale par une bride fibreuse que nous avons mentionnée. 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.

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 les moins intéressantes dans la hernie acquise, prennent ici une grande importance. C'est que d'une part elles sont liées étroitement à des ectopies testiculaires, et qu'elles peuvent, de plus, acquérir un grand développement sans cesser d'être en rapport avec la région inguinale.

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.

En revanche 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 musculo-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 Kronlein 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 deux faits de hernie crurale propéritonéale (Tessier, Andrassy) et un fait unique jusqu'ici de sac propéritonéal ombilical (Terrier; *Soc. de chir.*, 1881). Dans 15 cas qui pour Kronlein étaient certainement congénitaux, le testicule était incomplètement descendu 9 fois. On conçoit facilement les difficultés que l'on rencontre 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 Nück persistant par anomalie comme le canal vagino-péritonéal chez l'homme. La hernie 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 vite, tantôt elle reste un certain temps avant de se montrer de nouveau.

A ces caractères il est facile de reconnaître immédiatement une hernie inguinale réductible; une seule exploration complémentaire doit être faite par le chirurgien. Il faut *s'assurer que le testicule est bien descendu* dans les bourses, et chercher à établir ses connexions avec le sac herniaire; nous y reviendrons à propos du diagnostic.

Chez l'*adulte* et le *vieillard* la hernie inguinale présente des caractères plus complexes, et en raison du volume des parties l'examen de la tumeur permet de trancher un certain nombre des dispositions anatomiques concomitantes sur lesquelles nous avons insisté plus haut.

La hernie chez l'adulte se produit quelquefois tout d'un coup dans un effort; mais le plus souvent elle se développe progressivement; ses débuts sont même marqués la plupart du temps par une certaine sensibilité et des douleurs vagues au niveau du trajet inguinal.

Ce sont même ces phénomènes qui avant l'apparition de toute tumeur appellent souvent l'attention du malade ou du médecin; elle atteint rarement un volume très considérable, car, en raison des travaux exigés à cet âge, le sujet atteint d'une hernie inguinale porte un bandage; il se soigne pour sa hernie. Cependant certains sujets négligents, ou peu tourmentés de leur infirmité, qui s'abstiennent de porter aucun bandage, voient à la longue leur tumeur acquérir des

dimensions considérables : celles d'une tête d'enfant ou même d'adulte.

La hernie inguinale se présente le plus ordinairement à l'état de *bubonocèle*, *hernie inguino-pubienne*, ou d'*oschéocèle*, *hernie inguino-scrotale*. On voit sortir de l'anneau inguinal cutané une tumeur allongée, piriforme, qui élargit la base du scrotum et descend dans le sac dartoïque où son diamètre augmente notablement.

Cette tumeur est réductible, molle, sonore en général à la percussion, à moins qu'elle ne contienne une portion notable d'épiploon. Son volume est très variable : il en est de *petites*, qui ne dépassent guère l'anneau inguino-scrotal ; il en est de *moyennes* ; rarement elles sont *très grosses*.

La tumeur se réduit assez facilement, en ayant la précaution de bien presser le pédicule de la hernie avec le pouce et les doigts d'une main, tandis que de l'autre on cherche à refouler l'extrémité de la tumeur herniaire. Lorsque la hernie est réduite, le bout du doigt indicateur, refoulant la peau du scrotum, peut être introduit dans le trajet inguinal par l'anneau extérieur dont il constatera l'agrandissement plus ou moins considérable. En commandant au malade de tousser le chirurgien percevra à l'extrémité du doigt l'impulsion des viscères, signe des plus importants. L'exploration attentive du sac permettra de reconnaître en arrière et un peu en dedans la présence du cordon spermatique. Dans quelques cas l'exploration est plus précise encore, et à travers un trajet inguinal dilaté on a pu sentir profondément les battements de l'artère épigastrique ; on les trouve en dedans du collet de la tumeur dans le cas le plus ordinaire : h. oblique externe. Cette recherche deviendrait plus facile au cas où les deux orifices seraient plus ou moins rapprochés. — Nous n'avons pas à revenir longuement sur les caractères de la h. inguinale directe, de la h. oblique interne ; ce sont des variétés rares, pas toujours faciles à diagnostiquer et qu'une exploration anatomique parfaite permettra seule de reconnaître dans certains cas particuliers.

Si nous ajoutons à ces signes physiques quelques troubles fonctionnels de peu d'importance, tiraillements douloureux, petites coliques vagues, parfois troubles digestifs légers, enfin et par-dessus tout la gêne de certains grands mouvements et efforts, qui constitue le trait principal de cette infirmité, nous aurons indiqué les principaux

caractères de la hernie inguinale accidentelle réductible chez l'adulte.

Ajoutons encore que certaines hernies sont douées d'une telle sensibilité névralgique qu'elles ne permettent pour ainsi dire pas le port d'un bandage.

Existe-t-il quelques caractères symptomatiques suffisamment précis pour rendre possible le diagnostic de la *hernie inguinale congénitale* ?

Nous nous sommes déjà suffisamment expliqué sur ce mot *congénital* pour comprendre que les hernies péritonéo-vaginales peuvent s'observer, non seulement chez les enfants peu de temps ou tout de suite après la naissance, mais encore apparaître chez les adultes à des époques variables de la vie. — « Une hernie qui atteint d'emblée le scrotum, dit Duplay, ou qui du moins parcourra très rapidement toutes les phases de son évolution, aura bien des chances pour être une hernie congénitale. » Lorsque la hernie appartient à la *variété péritonéo-vaginale testiculaire*, l'englobement du testicule dans les viscères herniés, la situation de cet organe à la partie postérieure de la tumeur plutôt qu'à sa partie inférieure, la difficulté qu'on éprouve à le séparer des viscères, feront en général reconnaître son caractère congénital ; mais les autres variétés seront presque fatalement méconnues.

Chez le *vieillard*, la laxité plus grande des parois abdominales, leur affaiblissement, permettent bien mieux que chez l'adulte de reconnaître les divers degrés de la hernie inguinale. Il n'est pas rare, avant toute hernie véritable, d'observer que la région inguinale cède à la pression des intestins, *ventre à double saillie*, *ventre à triple saillie de Malgaigne*. — Lorsqu'on fait tousser le malade, la main appliquée au niveau de l'anneau abdominal du trajet inguinal reconnaît la pointe de hernie. — La hernie intra-pariétale est également facile à distinguer grâce au soulèvement de la paroi antérieure du trajet ; elle devient plus nette encore, lorsque le doigt est introduit dans le trajet par l'orifice l'extérieur.

C'est chez le *vieillard* porteur d'une hernie ancienne qu'on voit l'orifice extérieur considérablement agrandi, le trajet pour ainsi dire disparu, et les deux orifices suffisamment rapprochés pour n'en plus faire qu'un seul. C'est chez lui encore qu'on trouve ces hernies énormes qui finissent par devenir irréductibles, qui remplissent tout le scrotum, et le distendent d'une façon parfois extraordinaire. —