

suivre cet auteur sur un terrain où l'imagination joue souvent le principal rôle.

c. *Hernie enkystée de la vaginale* (A. COOPER), à sac double ou *intra-vaginal* (BOURGUET d'Aix). — Cette variété résulte de la descente d'un sac herniaire dans un scrotum où existait déjà une hydrocèle, en sorte que, dit A. COOPER, « à l'ouverture de la tunique vaginale, au lieu de trouver l'intestin en contact avec le testicule on trouve un second sac renfermé dans la tunique vaginale et enveloppant les intestins » (fig. 33).

Plusieurs théories ont été mises en avant pour expliquer les diverses formes de cette variété.

1° *Invagination de la tunique vaginale*. — A. COOPER pensait que le canal péritonéo-vaginal s'étant oblitéré au-dessous de l'anneau inguinal externe, il se développait plus tard une hernie vaginale funiculaire qui refoulait le conduit de haut en bas dans la portion testiculaire sous-jacente.

2° *Invagination d'un sac péritonéal* (BOURGUET d'Aix). — D'après ce chirurgien, les hernies que nous étudions ne seraient pas congénitales; chez un sujet porteur d'une hydrocèle volumineuse, se formerait une hernie ordinaire, et le cul-de-sac péritonéal pressant sur les parties supérieures de l'hydrocèle les refoulerait, s'en coiffant en quelque sorte. La configuration des parties est plus tard la même que dans le cas précédent, mais le mécanisme de la formation a été différent. Le viscère hernié déchire quelquefois le péritoine et la paroi de l'hydrocèle; on le trouve alors flottant au milieu du liquide.

3° *Adossement d'un sac herniaire et d'une hydrocèle enkystée*. — Supposons un individu porteur d'une hydrocèle enkystée volumineuse, remontant jusque dans le canal; si derrière cette tumeur se développe une hernie, on trouvera à la dissection deux cavités adossées, l'une antérieure renferme du liquide, l'autre postérieure contient l'intestin (fig. 34).

Telles sont les principales variétés de hernies inguinales.

**Étiologie des hernies inguinales.** — Nous avons peu de choses à ajouter à ce que nous avons dit relativement à l'étiologie des hernies en général.

Ces hernies inguinales se rencontrent particulièrement sur les sujets du sexe masculin. La statistique fournie en 1863 par la Société des bandagistes de Londres nous montre qu'il y aurait environ dix hernies inguinales chez l'homme contre une chez la femme (les chiffres sont : 4930 et 401). Comparées aux hernies crurales, les hernies inguinales seraient chez l'homme dans le rapport de 32 : 1 soit quatre mille neuf cent trente (4930) hernies inguinales pour cent cinquante (150) crurales. Chez la femme au contraire nous trouvons quatre cent une (401) hernies inguinales contre quatre cent seize (416) crurales. La valeur de toutes les statistiques de ce genre est malheureusement fort discutable, car, ainsi que le fait remarquer KINGDON, les femmes ont une répugnance très grande à venir réclamer des bandages aux dispensaires.

D'après un travail consciencieux publié par WERNHER, le maximum de fréquence de la hernie inguinale correspondrait aux cinq premières années de la vie (hernie de faiblesse), puis on constaterait une diminution notable de cinq à

dix ans, enfin une nouvelle augmentation de vingt-cinq à trente ans, époque correspondant à la période la plus active de la vie (hernies de force).

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le développement d'une hernie sur un des côtés de l'abdomen ne met pas le patient à l'abri d'un accident semblable du côté opposé. Sur trois cent dix-neuf (319) hernies inguinales observées par MALGAIGNE en 1835 et 1836, nous relevons cent trente-trois (133) hernies simples et cent quatre-vingt-six (186) hernies doubles.

**Symptômes.** — Les hernies inguinales constituent une tumeur dont la forme et les dimensions diffèrent suivant la variété que l'on observe, mais on y trouve toujours les caractères principaux des hernies. Ce sont donc des masses dont le volume augmente sous l'influence de la toux, d'un effort quelconque, tandis qu'il diminue dans le décubitus dorsal et par les manœuvres de réduction. Lorsque la hernie est très développée, que les intestins sont descendus en masse dans les bourses, le scrotum prend un aspect caractéristique, il représente une tumeur arrondie à la partie supérieure de laquelle on découvre une dépression qui n'est autre que l'ouverture du pénis; la peau de cet organe semble avoir été englobée par la hernie.

Chez la femme l'aspect de la hernie inguinale complète est un peu différent, les intestins pénètrent dans l'épaisseur de la grande lèvre où ils forment une masse plus arrondie.

Les symptômes fonctionnels n'offrent rien de particulier; toutefois, comme l'a fait remarquer GOSSELIN, il n'est pas rare, surtout parmi les malades de la classe aisée, de voir quelques hernies occasionner des douleurs névralgiques que la pression exagère encore; cette sensibilité rend impossible le port de tout bandage et force les malades à prendre de grandes précautions.

**Diagnostic.** — Une hernie inguinale qui a dépassé le premier degré (pointe de hernie) est généralement facile à reconnaître; quelques tumeurs de la région inguinale pourraient cependant donner le change. Signalons certaines hydrocèles, sur le diagnostic desquelles nous reviendrons, enfin les abcès par congestion. L'erreur, dans ce dernier cas, nous semble facile à éviter; le malade interrogé donnera des renseignements précieux sur le développement de sa tumeur, sur les phénomènes inflammatoires qui ont précédé ou accompagné son apparition; de plus, par l'examen direct, le chirurgien arrivera à reconnaître la cause première du mal et découvrira dans la fosse iliaque correspondante une tumeur molle et fluctuante. On peut se trouver embarrassé pour différencier l'une de l'autre les hernies inguinale et crurale, toutefois on se rappellera que la hernie crurale se fait au-dessous de l'arcade crurale, la hernie inguinale au-dessus; en outre, il faut essayer d'enfoncer l'indicateur dans l'anneau et le canal inguinal en y refoulant la peau. Si la hernie est inguinale on sentira alors la présence de la tumeur, si elle est crurale on ne sentira rien, même en faisant tousser le malade.

Le chirurgien doit encore établir : a) Si la hernie est à l'état de pointe, de hernie interstitielle ou de hernie complète; b) si elle contient de l'intestin et de l'épiploon ou seulement ce dernier; c) si elle est congénitale ou acquise.

L'examen attentif du sujet debout puis couché, la consistance, la sonorité ou la matité de la tumeur renseigneront rapidement l'observateur sur les deux

premières questions. Pour savoir ensuite si la hernie est congénitale ou acquise, il se basera sur l'âge du malade et surtout sur le laps de temps qu'a mis la masse pour arriver à son développement complet. Si l'on apprend que les viscères sont descendus brusquement d'un seul coup jusqu'au fond du scrotum, il y a de grandes chances pour que la hernie soit congénitale; si, au contraire, la hernie a parcouru lentement, progressivement, les différentes phases de son évolution, elle est presque sûrement accidentelle. Les variétés rares de hernies n'ont la plupart du temps été reconnues qu'à l'autopsie.

Cependant, ainsi que le fait remarquer DUPLAY, l'attention du chirurgien étant attirée sur ce sujet, l'analyse méthodique et détaillée des faits lui permettrait certainement d'arriver au diagnostic.

**Pronostic.** — Le pronostic des hernies inguinales est bien différent suivant le point de vue auquel on se place et la variété à laquelle appartient la tumeur. Relativement à la guérison, les hernies congénitales donnent beaucoup plus de succès que les autres; toutes choses égales d'ailleurs, elles guérissent d'autant plus facilement qu'elles sont plus petites et le sujet moins avancé en âge.

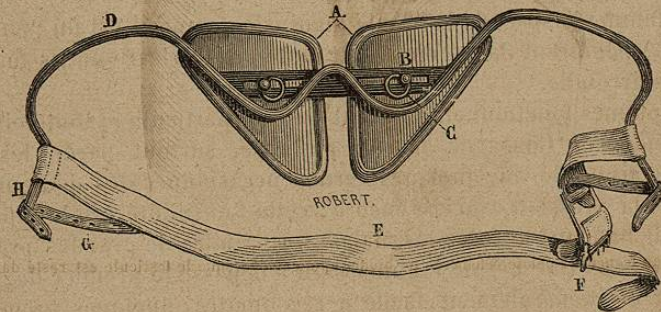


Fig. 35. — Bandage de DUPRÉ pour les hernies inguinales doubles.  
A, pelotes, — D, arc supportant les pelotes, — B, tige dans laquelle glissent les pelotes, — C, vis de pression pour les immobiliser, — EG, courroie pour fixer le bandage.

Si l'on considère les chances d'étranglement, ces hernies sont d'autant moins dangereuses que leur volume est plus considérable; en revanche elles sont d'autant plus difficiles à contenir. Les petites hernies et les hernies congénitales doivent être à cet égard l'objet de précautions minutieuses. L'étranglement est particulièrement à craindre pour les hernies congénitales compliquées d'une ectopie testiculaire.

**Traitement.** — Le traitement des hernies inguinales est palliatif ou curatif.

a. Le traitement palliatif consiste à réduire la hernie, puis à la maintenir réduite à l'aide d'un bandage approprié. Quel que soit le système de bandage adopté, le chirurgien aura soin de se conformer, lors de son application, aux règles que nous avons déjà énoncées. La pelote ne devra pas porter sur le pubis, car elle occasionnerait de la douleur et ne pourrait être tolérée; de plus la compression se répartira sur toute l'étendue du canal, de manière à appliquer exactement la paroi antérieure contre la postérieure. Indépendamment des bandages anglais et français, DUPRÉ a imaginé, pour la contention des hernies

inguinales, un bandage à pelotes rigides, qui rend parfois les plus grands services (fig. 35). Il se compose d'une tige rigide cylindrique ou présentant, dans le cas de hernie inguinale double, trois arcades, absolument comme le bord de la monture d'une paire de lunettes. Deux pelotes sont assujetties à l'aide d'une vis de pression sur les arcades latérales. Le ressort est remplacé par une ceinture que l'on serre en arrière à l'aide d'une boucle. Le contre-



Fig. 36. — Bandage français à pelote échancrée ou bifide, applicable lorsque le testicule est resté dans l'anneau.

appui se prend aux lombes; de cette façon la pression en avant n'a lieu que sur les pelotes, et il n'y a pas de déperdition de force.

On ne peut songer à appliquer une pelote compressive lorsque le testicule est resté engagé dans l'anneau; il existe pour ces cas particuliers des bandages à pelote échancrée, dont la concavité embrasse le testicule (fig. 36).

b. Le traitement curatif comprend l'emploi des bandages et différentes opérations. Les bandages, lorsque le sujet est jeune et la hernie peu développée, donnent des résultats très remarquables; chez les adultes, ils présentent une efficacité telle, qu'une hernie bien contenue peut être considérée comme guérie. Cependant l'amour-propre des chirurgiens n'a pas été satisfait, et depuis CELSE ils se sont ingénies à créer des procédés opératoires pour rendre possible et certaine la cure radicale des hernies. Il ne nous appartient pas de relater les exploits des *hernieux*, *châtreurs*, et autres empiriques du moyen âge. Tous les renseignements sur ce sujet ont été réunis par SECOND dans sa thèse d'agrégation (*Cure radicale des hernies*, Paris, 1883). En France, malgré les efforts de GERDY, la cure radicale des hernies ne comptait naguère encore que de rares partisans; MALGAIGNE et GOSSELIN ont beaucoup contribué par leurs enseignements à faire rejeter ces procédés qui avant la découverte de la méthode antiseptique déterminaient trop souvent des accidents mortels. « Si les

simples bandages suffisent, que dire d'opérations douloureuses laissant après elles des stigmates ineffaçables et qui toutes ont compté des morts? Que les chirurgiens appliquent la grande loi de la morale universelle qui défend de faire à autrui ce que l'on ne voudrait pas souffrir soi-même. En ce qui me concerne, je déclare que je ne me soumettrais jamais à aucun de tous ces procédés » (MALGAIGNE).

A l'étranger, la cure radicale des hernies comptait toujours un certain nombre d'adeptes; WURTZER, SIGMUND, ROTHMUND en Allemagne, WOOD et DOWELL en Amérique proposaient des modifications opératoires diverses et enregistraient des succès.

La méthode antiseptique, autorisant toutes les audaces, devait fatalement ramener sur la scène chirurgicale la cure radicale par le bistouri. Parmi les auteurs qui ont contribué le plus à mettre la méthode en honneur, signalons RIESEL, CZERNY, NUSSBAUM, MAX SCHEDE, SOCIN. En France les méthodes nouvelles n'ont été accueillies qu'avec la plus grande réserve. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE FORT, A. POULET ont fait quelques tentatives de ce genre avec un plein succès. NICAISE opère aussi les grosses hernies qui gênent les ouvriers.

En ajoutant aux faits réunis par LEISRINK dans un mémoire remarquable (1883) quelques observations éparses dans la science, SEGOND a rassemblé cent quatre-vingt-cinq (185) cas d'opérations tentées pour guérir radicalement des hernies inguinales.

Sur ces cent quatre-vingt-cinq (185) opérations, nous relevons onze (11) décès, soit une mortalité de 6 p. 100 environ. Plusieurs des opérés ont eu des récidives ou ont été obligés de continuer à porter un bandage. Ces résultats sont certainement encourageants; toutefois, étant donné que l'opération n'est pas absolument inoffensive et que le succès définitif ne paraît pas assuré, les conclusions générales auxquelles est arrivé SEGOND nous semblent parfaitement acceptables comme règle de conduite. « Dans certaines conditions exceptionnelles, lorsqu'on aura épuisé avec habileté et persévérance toutes les ressources fournies par les bandages, l'incoercibilité complète ou la mauvaise contention avérée d'une hernie pourront autoriser l'intervention chirurgicale. »

Avant de terminer, nous devons signaler une méthode non sanglante proposée et employée pour la première fois en 1875 par LUTON (de Reims) : injections sous-cutanées péri-herniaires. LUTON s'est servi d'eau salée et sur quatre opérations (deux hernies ombilicales et deux inguinales de l'enfance) a obtenu trois succès immédiats et une amélioration. Plusieurs chirurgiens n'ont pas tardé à marcher sur ses traces. RAUKE (de Gröningue) aurait traité plus de cent (100) cas de cette manière avec des résultats très satisfaisants. SCHWALBE présentait au congrès des chirurgiens allemands (1882) trente-quatre (34) observations de hernies ainsi modifiées et parmi lesquelles la guérison s'était maintenue six ou sept ans. Au lieu d'eau salée, nos confrères d'outre-Rhin ont employé des injections d'alcool.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons nous prononcer d'une façon absolue sur la valeur de ce procédé; toutefois il a pour lui d'être parfaitement inoffensif et, à ce point de vue, mérite d'être pris en sérieuse considération.

## 2° HERNIES INGUINALES IRRÉDUCTIBLES

## A. — HERNIES INGUINALES ÉTRANGLÉES

**Siège et nature de l'étranglement dans la hernie inguinale.** — a. *Hernies inguinales communes.* — Dans cette première variété, neuf fois sur dix (DUPUYTREN), plus souvent peut-être d'après MALGAIGNE, l'étranglement serait produit par le collet du sac et siégerait au niveau de l'anneau inguinal interne. VELPEAU a toutefois démontré que l'étranglement pouvait occuper le voisinage de l'anneau inguinal externe, d'où, ainsi que le fait remarquer GOSSELIN, la nécessité pour l'opérateur de rechercher tout d'abord si l'étranglement n'existerait pas à l'orifice externe.

Malgré les assertions précédentes, la constriction par les anneaux ne saurait être niée d'une façon absolue, et l'on est obligé d'admettre l'intervention de ce facteur dans le mécanisme de certains étranglements qui se produisent dès que l'intestin est sorti.

b. *Hernies inguinales congénitales.* — Nous avons décrit la conformation anatomique du canal péritonéo-vaginal, les rétrécissements et les valvules qu'il présente. Chacun de ces rétrécissements est susceptible théoriquement de devenir la cause d'un étranglement; néanmoins, dans la plupart des faits connus, l'agent de la constriction siégeait au niveau de l'orifice profond du canal inguinal. Enfin, comme toutes les autres hernies, celles-ci sont susceptibles d'être étranglées par des brides, par l'épiploon ou le sac perforé. Quelquefois c'est le testicule lui-même qui devient l'agent de l'étranglement. Ces étranglements par le testicule se remarquent surtout lorsqu'il y a ectopie; en effet cet organe peut être resté engagé sous l'orifice herniaire ou bien il s'est arrêté au niveau de l'anneau externe. Dans le premier cas, si son mouvement de descente continue, il arrivera fatalement à comprimer les viscères contre les plans fibreux périphériques; dans le second cas, l'intestin ne parviendra dans le sac qu'en s'insinuant entre la glande séminale et l'anneau; les parties, en revenant sur elles-mêmes, amèneront fatalement des phénomènes d'étranglement.

**Symptômes. Diagnostic.** — Nous retrouvons ici tous les signes ordinaires de l'étranglement : augmentation brusque d'une hernie déjà existante ou apparition subite d'une tumeur qui devient rapidement dure, tendue, douloureuse, irréductible, et détermine du côté de l'abdomen une série de signes caractéristiques : souffrances vives, ballonnement, constipation, vomissements. Généralement ces symptômes bien constatés suffisent pour établir le diagnostic; cependant il ne faut pas trop se hâter de conclure, car les causes d'erreur sont nombreuses. Certaines inflammations limitées à la portion supérieure du cordon (funite, abcès funiculaires), dont le développement s'accompagne de nausées, de vomissements, de douleurs vives et qui constituent une tumeur absolument irréductible, pourraient parfaitement donner le change. Les difficultés seront encore plus grandes lorsque le testicule, arrêté dans

l'anneau, deviendra le siège d'une orchite. Donc toutes les fois que dans une hernie présentant des symptômes d'étranglement, le testicule n'occupera pas sa position normale, il faudra s'assurer qu'il n'existe pas de complications du côté de cet organe. Déterminer la situation précise de l'agent de l'étranglement est souvent presque impossible; l'importance de cette distinction nous semble relative, car on reconnaîtra la chose au cours même de l'opération. Étant donnés les rapports que nous avons rappelés entre le collet du sac et l'artère épigastrique, il serait particulièrement utile au point de vue de la direction à faire suivre à l'incision libératrice d'établir la variété de hernie en présence de laquelle on se trouve. Nous savons d'abord que toutes les hernies congénitales sont obliques externes, le chirurgien commencera donc à rechercher si la hernie qu'il a sous les yeux est congénitale ou acquise. Ce premier point reconnu, la rareté de la hernie oblique interne permet de l'éliminer; mais est-il possible de savoir si une hernie acquise est oblique externe ou directe. Lorsque les symptômes de l'étranglement ont apparu peu après la formation de la tumeur, le trajet suivi par les viscères se dessinant sous la peau, sa direction parallèle ou perpendiculaire par rapport à l'arcade de Fallope, fourniront de fortes présomptions en faveur de la hernie oblique dans un cas, de la hernie directe dans l'autre; malheureusement les hernies qui s'étranglent sont déjà anciennes, pour ce motif le diagnostic nous paraît fréquemment impossible. Afin d'obvier à cet inconvénient et d'éviter la lésion des vaisseaux, nombre d'opérateurs font des débridements multiples et de peu d'étendue, puis achèvent la dilatation avec un instrument mousse ou la pointe du doigt.

**Traitement.** — Il est absolument subordonné aux règles et indications que nous avons établies à propos des hernies en général. On commencera donc par des tentatives modérées de taxis, après lesquelles la kélotomie se présentera comme ressource ultime. L'incision, comme le conseille GOSSELIN, portera moitié sur le scrotum, moitié sur l'abdomen de manière à découvrir l'anneau supérieur, siège ordinaire de l'étranglement; on procédera couche par couche en ayant soin d'isoler et de protéger les éléments du cordon souvent épars autour de la hernie; après l'ouverture du sac, le débridement sera fait de dedans en dehors. MALGAIGNE avait conseillé de débrider de dehors en dedans, en divisant le collet à petits coups, en dédolant. Cette modification qui permettait d'effectuer le débridement sans que l'on fût obligé d'ouvrir le sac, comme dans la méthode ancienne, n'a pas prévalu.

La kélotomie entreprise dans des conditions favorables préserve le malade d'une mort certaine, mais ne le met pas à l'abri des récidives; aussi depuis que FRANCO eut préconisé et pratiqué le débridement dans les hernies étranglées, les chirurgiens avaient-ils songé à profiter de la circonstance pour tenter la cure radicale. A. PARÉ rétrécissait le sac et son collet au moyen de la suture royale. J.-L. PETIT, GARENCEOT le pelotonnaient à l'ouverture du canal inguinal.

La mort ayant été la conséquence fréquente d'une semblable intervention, les tentatives de cure radicale avaient été abandonnées. Dans ces dernières années plusieurs chirurgiens, en particulier BAUM, CZERNY, SOGIN, NUSSBAUM, NICAISE, etc., sont revenus aux anciens procédés, à la faveur des pansements antiseptiques. Le sac se trouvant isolé par la résection, son pédicule est

lié ou suturé, puis suivant les circonstances les uns en pratiquent la section, les autres en adossent les parois par des points de suture. Sur cent dix (110) observations de ce genre réunies par SEGOND, on compte seulement dix-neuf (19) morts, parmi lesquelles quatre décès dus à des affections telles que néphrite interstitielle, hémorragie cérébrale, ne sauraient être imputables à l'opération. Il reste donc quinze terminaisons fâcheuses, soit une léthalité de 14, 3 p. 100.

Ces résultats sont assurément très satisfaisants, surtout si l'on réfléchit à la gravité de cette opération dont la mortalité, avant la méthode antiseptique, était représentée par une moyenne de 50 p. 100.

B. — HERNIES INGUINALES ENFLAMMÉES ET IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES ANCIENNES

La péritonite herniaire est exceptionnelle dans les hernies inguinales; son existence cependant est affirmée par des faits absolument indiscutables. Nous ne reviendrons pas sur les caractères que présente cette complication; qu'il nous suffise de rappeler que l'ensemble des symptômes cliniques est alors beaucoup moins complet et beaucoup moins sérieux que dans les cas d'étranglement.

Rarement la hernie inguinale enflammée se montre totalement irréductible; comme le plus souvent on a sous les yeux une entéro-épiplocèle, l'intestin peut toujours rentrer partiellement.

Lors donc que l'on se trouvera en présence d'une hernie inguinale de volume moyen ou gros, partiellement réductible, douloureuse, et que le malade présentera des signes d'étranglement peu marqués, il faudra songer à des phénomènes d'inflammation. Si le temps écoulé depuis leur apparition est de courte durée, le taxis prolongé au besoin déterminera la réduction complète. Si au contraire les accidents remontent déjà à une certaine époque, on pourrait en faisant rentrer une anse intestinale enflammée voir la lésion se propager au péritoine; aussi vaut-il beaucoup mieux s'abstenir de toute manœuvre et s'efforcer par le repos, la position, les résolutifs, une compression légère, d'obtenir la diminution de l'inflammation. Ces moyens employés avec persévérance ont suffi maintes fois pour amener la diminution, même la réduction totale de hernies volumineuses qui semblaient, de prime abord, irréductibles. Si la réduction ne s'opère pas naturellement, dès que les manifestations inflammatoires se seront amendées, on reviendra aux tentatives de taxis; pour être autorisé à recourir au bistouri, il faut que l'irréductibilité de la hernie soit parfaitement avérée, qu'elle ait résisté aux divers moyens de réduction employés méthodiquement et avec patience.

Les principes précédents sont applicables à ces hernies volumineuses que portent certains sujets insouciantes. Ces tumeurs sont de temps à autre le siège de poussées chroniques qui passent inaperçues mais occasionnent la formation d'adhérences. Les bains, la compression prolongée, les purgatifs joints au repos absolu finissent généralement par amener la résolution. Pour exercer sur ces tumeurs une compression lente et continue, nous ne saurions trop préconiser l'usage du sac en caoutchouc qu'emploie VERNEUIL. Ce sac doit avoir des dimensions un peu moindres que celles de la hernie, de manière qu'il