

contre 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 Nüek persistant par anomalie comme le canal vaginopéritonéal chez l'homme.

L'abouchement du canal de Nüek dans le péritoine est masqué par un repli valvulaire. Il existe, entre cet abouchement et le point où ce canal pénètre dans le trajet inguinal, un trajet oblique sous-péritonéal. Il s'y formerait de véritables hydrocèles, et ces hydrocèles créeraient chez les petites filles, une prédisposition aux hernies inguinales (Wechselmann, Berger, Richelot).

La hernie inguinale de la femme 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 : celle 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 : hernie 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 hernie inguinale directe ou de la hernie 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 que l'on puisse affirmer qu'une *hernie inguinale est 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 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. — Ajoutons qu'à cet âge on se préoccupe moins des hernies, qu'on songe moins à les soigner, surtout dans la classe pauvre, et enfin qu'il est bien rare d'observer une hernie inguinale un peu volumineuse d'un côté, sans trouver au moins une pointe de hernie, un premier degré, du côté opposé.

Tels sont les principaux caractères cliniques des hernies inguinales réductibles; nous nous résumerons ainsi relativement aux principales variétés reconnaissables : il est en général très facile de reconnaître une hernie *inguino-pubienne* ou *inguino-scrotale*; le diagnostic de la *pointe de hernie*, de la hernie *inguino-interstitielle* est au contraire beaucoup plus délicat; — dans quelques circonstances, par la direction du pédicule il est possible de préciser si la hernie est *oblique externe, directe* ou *oblique interne*; — quelquefois encore telle hernie pourra être qualifiée de *congénitale*.

Les rapports de la hernie avec le cordon, avec le testicule, sont loin d'être toujours faciles à établir.

La percussion et la palpation révèlent en général assez facilement si le contenu de la hernie est intestinal pur, épiploïque pur, ou plus souvent intestino-épiploïque.

Les caractères de la hernie inguinale étant ainsi posés, il n'y a guère que trois affections qui puissent être confondues avec elle : les abcès par congestion, le varicocèle et l'hydrocèle congénitale.

En cas d'*abcès par congestion*, l'examen de l'état général, l'exploration attentive du bassin osseux ou de la colonne vertébrale, la fluctuation et la matité qui sont ici parfaites, ne laissent guère de doutes.

L'*hydrocèle congénitale* se reconnaît à sa fluctuation, à sa transparence; si l'hydrocèle se réduit dans l'abdomen, elle le fait graduellement, sans à-coup, sans gargouillement; les commémoratifs apprendront que la tumeur est apparue lentement sans causer la moindre gêne; on n'oubliera pas pourtant qu'un épanchement peut exister dans un sac herniaire et notamment dans un sac congénital à côté d'une anse intestinale.

Quant au *varicocèle*, il doit être surtout distingué de l'épiplocèle; le diagnostic est principalement une question de palpation. Les veines dans le varicocèle se vident sous la pression des doigts et reprennent ensuite leur volume d'une façon caractéristique. L'épiplocèle peut être molle, elle n'est jamais réductible de la même manière que le varicocèle.

**Pronostic.** — La hernie inguinale réductible est une *infirmité*, surtout pour les gens des classes laborieuses, chez lesquels d'ailleurs on l'observe le plus fréquemment; de plus c'est un *danger*, car la hernie peut s'étrangler, s'enflammer et par conséquent faire mourir le malade, si l'on n'intervient pas à temps.

Cependant il y a des hernies inguinales réductibles qui guérissent complètement par le port d'un bon bandage; telles sont les hernies peu volumineuses, récentes, les hernies des jeunes enfants, quelques hernies congénitales. Relativement à ces dernières, nous ne saurions cependant trop rappeler que certaines d'entre elles, et notamment celles qui s'accompagnent d'ectopie testiculaire, n'ont guère été observées qu'à l'état d'étranglement; elles s'étranglent au moment même de leur production.

Où l'infirmité est incurable, c'est lorsque la hernie est ancienne et qu'elle atteint un certain volume; le chirurgien et le malade ont

alors bien du mal à contenir la hernie et à l'empêcher de grossir constamment.

**Traitement.** — Chez les jeunes enfants, alors que le testicule est descendu, le véritable traitement, c'est le port du bandage qui amène bien souvent la guérison radicale. Il faut un bandage à ressort métallique, doux, avec une petite pelote mollette et un sous-cuisse. — Le bandage doit être porté nuit et jour pendant un an environ, quelquefois moins, quelquefois plus; il ne faut l'ôter tout à fait que progressivement et par tâtonnements surveillés. — Le bandage sera enlevé deux fois par jour pour les soins de propreté et remis en place avec soin après réduction de la hernie, si elle s'était reproduite.

Chez l'adulte et le vieillard, la hernie inguinale réductible ne doit guère être traitée autrement que par un bon bandage. Si la hernie n'est pas trop volumineuse, le bandage français avec sous-cuisse la maintient en général facilement. Si la hernie est assez difficile à contenir, on emploiera de préférence le bandage anglais, dont la pression est plus forte.

La hernie est-elle un peu volumineuse, il sera nécessaire d'employer la pelote triangulaire; en cas de nécessité on y ajoutera un ressort dont la puissance pourra être graduée à l'aide d'une clef : certaines grosses hernies ne peuvent être maintenues qu'au moyen du bandage de Dupré, à tige rigide, supportant une double pelote, et maintenu par une ceinture serrée sur la région lombaire; lorsqu'il est impossible de réduire tous les viscères et que, par exemple, une portion d'épiploon reste à l'extérieur, une pelote concave est indiquée. Enfin la hernie compliquée d'ectopie testiculaire commande l'emploi de pelotes en fourche disposées de façon à maintenir la hernie sans presser sur le testicule qui se trouve logé dans la fourche même.

L'application du bandage doit toujours être faite avec soin, surveillée avec attention au point de vue de la pression : continu, si la hernie est difficile à maintenir et si l'on peut espérer la guérison, le port du bandage pourra n'être que diurne, si la hernie rentre facilement et reste bien maintenue.

Dans certains cas enfin, on est amené à pratiquer la cure radicale de la hernie inguinale. Nous avons exposé plus haut les indications générales de cette opération. Une sensibilité extrême rendant impos-

sible le port d'un bandage, la menace incessante d'accidents d'étranglement, constituent encore les meilleures. Lorsqu'il s'agira d'une hernie congénitale compliquée d'ectopie testiculaire, l'ablation du testicule ectopique s'imposera presque toujours à l'opérateur.

## II

## HERNIÉS INGUINALES IRRÉDUCTIBLES

Nous avons déjà énuméré les conditions qui rendent d'une façon générale les hernies irréductibles. Nous avons peu de chose à ajouter à cette description en ce qui touche spécialement les hernies inguinales.

1° *Hernies inguinales irréductibles à cause de leur volume.* — Il n'est pas rare de rencontrer, chez les sujets âgés principalement, des hernies inguinales énormes, sorties de l'abdomen par des orifices extrêmement dilatés, renfermant une grande longueur d'intestin et distendant la peau du scrotum au point de faire presque disparaître la verge.

Ces hernies ont perdu droit de domicile dans le ventre; ce sont plutôt des hernies *incoercibles* que des hernies *irréductibles*; si vous réduisez une anse, il en ressort une autre; la hernie ne peut être contenue. Un suspensoir est le seul appareil capable d'empêcher la tumeur de s'accroître trop rapidement et de déterminer les tiraillements douloureux, les coliques, qu'elle produit en général.

2° Les *hernies irréductibles par suite d'une disposition anatomique spéciale du péritoine* sont exclusivement des hernies inguinales. C'est ici que se rencontrent ces adhérences charnues du gros intestin, qui ne sont autre chose que la descente dans le sac non seulement de l'intestin, mais encore de ses attaches, si bien que par rapport à l'intestin hernié, la paroi postérieure du sac représente, pour ainsi dire, la paroi postérieure de l'abdomen. Ces hernies sont difficiles à reconnaître autrement qu'au cours d'une opération, et elles sont pour le chirurgien, à ce moment-là, une source de sérieux embarras.

3° *Hernies inguinales irréductibles par adhérences anciennes*

*avec le sac.* — Dans des hernies un peu volumineuses et anciennes on observe des entéro-épiplocèles ou des épiplocèles adhérent plus ou moins intimement au sac péritonéal; ces adhérences s'établissent petit à petit par poussées, et ces poussées se caractérisent cliniquement par des phénomènes douloureux et une tension plus marquée du côté de la hernie; elles se calment rapidement par le repos, mais ces hernies sont souvent sensibles, douloureuses, elles supportent mal le bandage; lorsqu'elles ne sont pas trop volumineuses, c'est la pelote concave qu'il convient de leur appliquer. La cure radicale, toute difficile qu'elle paraisse dans ces conditions, pourra souvent trouver ici son indication.

4° Nous nous bornons à rappeler que l'irréductibilité par accroissement exagéré, extra-abdominal des franges épiploïques, ou de l'épiploon lui-même, a été observée plusieurs fois dans les hernies ombilicales. Le traitement ne comporte qu'une indication: la cure radicale.

## III

## HERNIÉS INGUINALES ÉTRANGLÉES

Dans les *hernies ordinaires*, de beaucoup les plus fréquentes, l'*agent de l'étranglement* est le plus souvent le *collet du sac*; quelquefois pourtant l'obstacle réside dans les anneaux fibreux, et surtout dans l'*interne*; pour les *hernies congénitales* interviennent les *rétrécissements*, en forme de valvules ou de diaphragmes, que peut présenter le canal péritonéo-vaginal, et surtout le premier et le plus important d'entre eux, qui correspond à l'orifice abdominal du canal. — Il n'est pas rare non plus de voir le *testicule en ectopie* jouer un rôle très important dans l'étranglement; la plupart du temps le testicule n'agit cependant que comme complément d'une des dispositions précédentes, en empêchant la réduction de l'anse intestinale.

D'une manière générale, qu'il s'agisse de hernie inguinale commune ou congénitale, nous voyons donc que l'*agent de l'étranglement est presque toujours dans le sac*, ce qui implique la nécessité thérapeutique de l'ouverture du sac dans la kélotomie.

Relativement au siège de cet étranglement, on doit admettre

comme seconde règle, non moins importante que la précédente, que *l'étranglement siège habituellement à l'orifice interne*; c'est là qu'est ordinairement le collet du sac; c'est là que se trouve le bord tranchant du *fascia transversalis*, qui n'est peut-être pas sans jouer un rôle important dans les accidents, bien qu'il ne soit pas toujours facile de le reconnaître dans les tissus épaissis, indurés, que l'on sent étroitement appliqués autour de l'intestin. — Sans doute l'étranglement peut siéger à l'orifice externe, il peut occuper encore d'autres points du sac, mais ce n'est pas l'ordinaire. Dans le cas même d'étranglement à l'orifice extérieur, il peut fort bien exister un second étranglement à l'orifice interne, ce qui conduira le chirurgien à s'assurer dans tous les cas que ce dernier est bien libre. Il évitera de la sorte des accidents ultérieurs dus à la persistance de l'étranglement après une réduction incomplète.

Ces deux règles anatomiques posées, l'étude symptomatique de l'étranglement des hernies inguinales n'offre rien qui leur soit particulier; le chirurgien doit seulement être sûr qu'il existe une hernie, et que cette hernie est bien étranglée; il ne la confondra pas avec un abcès, une adénite, avec une inflammation du cordon, des veines du plexus pampiniforme, du testicule en ectopie. Quelquefois ces diverses affections s'accompagnent de symptômes semblables à ceux de l'étranglement : vomissements, coliques, constipation, abattement. Il est rare que les commémoratifs et l'étude attentive de la partie malade ne permettent pas de faire le diagnostic. Dans le cas de doute persistant, il ne faut pas s'abstenir. Il sera toujours moins grave d'avoir cru à une hernie qui n'existait pas, que d'avoir méconnu la hernie qui existait réellement.

En présence d'une hernie inguinale étranglée, quelle doit donc être la conduite du chirurgien? — Si la hernie est peu volumineuse, si elle s'est étranglée au moment de sa production, si le sujet est jeune, la hernie presque entièrement formée d'intestin, à plus forte raison si l'on a des motifs de croire à une hernie congénitale, à une hernie rare compliquée d'ectopie testiculaire, dans tous ces cas, dis-je, la rapidité des lésions engendrées par l'étranglement doit faire rejeter le taxis, à moins qu'il ne soit fait immédiatement, et l'on doit procéder à l'opération avec ouverture du sac. On ne peut faire d'exception que pour les tout jeunes enfants et particulièrement pour ceux qui sont encore à la mamelle.

Au contraire, s'agit-il d'un homme déjà âgé, la hernie inguinale est-elle ancienne, les accidents remontent-ils seulement à vingt-quatre, quarante-huit heures, quelquefois même un peu plus, dans ces cas on doit tenter le taxis, qui donne vraiment d'excellents résultats dans la hernie inguinale. — La durée du taxis, l'intensité des efforts seront en raison inverse de la durée des accidents; suivant que la hernie paraîtra, à cause de son volume, de son ancienneté, de sa composition, plus ou moins bien disposée pour supporter les pressions du taxis, on aura recours au taxis simple, au taxis forcé, à la compression par la bande de caoutchouc; en général, il sera prudent de s'en tenir au taxis simple pratiqué sous le chloroforme. On favorisera quelquefois la réduction en exerçant des pressions sur l'abdomen au niveau de la corde épiploïque, en plaçant le malade la tête en bas, les jambes supportées par les épaules d'un assistant. Le taxis offrira plus de chances de succès s'il est tenté après un grand bain d'une heure. — Dans les conditions indiquées plus haut, le taxis donne de très beaux résultats. Nous empruntons au tome III des Cliniques de Gosselin la statistique suivante :

Sur 115 hernies inguinales étranglées, le taxis a été pratiqué 67 fois; il y a eu 64 guérisons, soit 95 fois pour 100, et 5 morts.

La même statistique nous indique dans quelle proportion l'opération sanglante a été jugée nécessaire : 41 fois sur 115.

Cette opération de la kélotomie inguinale doit être faite, comme nous l'avons dit, toujours avec ouverture du sac. — Nous avons montré que l'étranglement pouvait siéger loin, qu'il était en général en rapport avec l'orifice interne, que par conséquent sa demi-circonférence interne était fort voisine de l'artère épigastrique; ce voisinage dangereux doit être présent à la mémoire du chirurgien; il guidera donc le bistouri d'A. Cooper, s'il se sert de cet instrument, de manière à opérer le débridement du collet à la partie supérieure, pour être plus sûr de ne pas rencontrer d'anomalies artérielles; les débridements seront de peu d'étendue, mais multipliés suffisamment pour permettre la réduction facile de la hernie. Il vaut certainement mieux ouvrir le trajet inguinal sur toute sa longueur à découvert, avec le bistouri ordinaire ou les ciseaux, que de se servir un peu à l'aveugle du bistouri de Cooper.