

les caractères. Cependant la réduction de ces parties est en général moins aisée et moins franche que celle de l'épiploon. Du reste, le doute en pareille circonstance n'a pas grand inconvénient. Le traitement de toutes les tumeurs herniaires ou de toutes celles qui accompagnent, précèdent ou suivent la protrusion du péritoine au travers de la paroi abdominale, est en effet toujours le même; il faut recommander au malade de réduire exactement la tumeur et de la contenir par l'application constante d'un bandage approprié au siège de la maladie.

2° Hernies épiploïques irréductibles sans inflammation récente (épilocèles adhérentes).

L'irréductibilité de l'épiploon est produite, dans ce cas, par des adhérences qui résultent soit d'inflammations anciennes du sac herniaire et de son contenu, soit d'un processus inflammatoire chronique qui ne s'est jamais révélé par des symptômes fonctionnels locaux ou généraux.

Ces adhérences elles-mêmes présentent des caractères différents, suivant qu'elles sont définitives et anciennes, ou suivant qu'elles sont récentes, molles, et susceptibles de se résorber.

Dans le premier cas (adhérences organisées), la hernie est définitivement irréductible; le sac souvent semble se rétracter autour de l'épiploon adhérent, la tumeur devient marronnée, arrondie, dure, et comme elle ne présente pas d'impulsion à la toux, qu'elle est absolument mate et qu'on n'y perçoit pas de gargouillement, il est facile de méconnaître sa nature et de la confondre avec différentes espèces de produits pathologiques, le plus souvent avec des engorgements ganglionnaires.

Indépendamment des commémoratifs qui permettront parfois d'apprendre que la tumeur était autrefois réductible, mais que bien des malades sont incapables de fournir, on aura pour se guider dans ce diagnostic deux signes : l'existence constante d'un *pédicule* s'engageant dans la paroi abdominale, en un point où se trouve un orifice qui donne fréquemment passage aux hernies, et la présence de cette *corde épiploïque* tendue derrière la paroi abdominale, sur laquelle avait tant insisté Velpeau. Toutefois, outre la difficulté qu'on éprouve à la sentir chez les sujets doués d'embonpoint, cette sensation de corde fait le plus souvent défaut dans les hernies crurales; elle ne peut être jamais constatée dans les hernies ombilicales : c'est donc un caractère assez infidèle.

A part les renseignements obtenus du malade et qui peuvent faire savoir à quelle date remonte l'irréductibilité, on ne peut guère décider si une hernie épiploïque irréductible et non douloureuse présente des adhérences organisées ou simplement des adhérences glutineuses, susceptibles encore d'être résorbées. Plus l'irréductibilité est ancienne et plus la tumeur est en général dure et de consistance égale. Une grosse épilocèle pâteuse, lobulée, sera rarement irréductible dans sa totalité d'une manière définitive.

Malgré les obscurités du diagnostic, le traitement à suivre est facile à

instituer. Tant que l'on peut conserver l'espoir de voir les adhérences se résorber et la hernie se réduire, on doit favoriser cette terminaison par le repos et la compression. En effet, les adhérences définitives, en amenant l'oblitération du sac herniaire, produisent une guérison temporaire de la hernie; mais il est fréquent de voir le sac adhérent à l'épiploon refoulé en bas par une nouvelle hernie que détermine la propulsion dans le trajet herniaire de nouvelles portions du péritoine. Les malades qui ont une épilocèle irréductible par adhérences anciennes ne peuvent donc se dispenser de porter un bandage, et l'existence même de la tumeur, qui ne s'accommode que d'un bandage à pelote concave, est la cause de difficultés très-grandes dans l'application et dans le port de l'appareil mécanique.

3° Épilocèles irréductibles avec inflammation récente.

Tantôt il s'agit d'épilocèles d'abord réductibles, qui tout à coup deviennent irréductibles et présentent les caractères d'une inflammation aiguë ou même d'un étranglement; tantôt on a affaire à une inflammation subaiguë, ne présentant pas de retentissement sur les fonctions abdominales, caractérisée par des troubles purement locaux. Cette dernière variété d'accidents paraît être plus rare que la précédente.

A. *Inflammation aiguë*. — Les faits de cet ordre étaient autrefois classés parmi les étranglements véritables. Malgaigne eut le mérite de montrer que la constriction de l'épiploon ne jouait dans ces cas qu'un rôle tout à fait secondaire, et que les phénomènes pathologiques devaient être mis sur le compte d'une inflammation aiguë, d'une péritonite herniaire ou, si on le préfère, d'une *épiploïte*. Depuis lors quelques auteurs, et particulièrement Gosselin, sont revenus à la notion d'un étranglement possible de l'épiploon, tout en insistant sur la différence qui sépare l'étranglement de ce viscère de la constriction d'une anse intestinale.

SYMPTOMATOLOGIE. — La hernie, si elle était jusqu'alors réductible, devient irréductible; elle est le siège de douleurs spontanées qui s'exagèrent par les attouchements et dans les mouvements; la tumeur est chaude, et au bout de quelque temps on peut voir la peau rougir et le tissu cellulaire sous-cutané devenir le siège d'une infiltration inflammatoire qui en modifie la consistance.

Cependant l'état du ventre n'est pas en rapport avec l'intensité de la douleur et des autres phénomènes locaux. Les désordres que présentent les fonctions abdominales sont le plus souvent de la constipation, du ballonnement, des nausées et même des vomissements. Mais ces différents troubles peuvent manquer, et, lors même qu'ils existent, ils ne présentent guère de caractère alarmant.

La constipation fait rarement défaut, mais elle ne s'accompagne pas de l'impossibilité des évacuations gazeuses par l'anus. Le ballonnement

se montre de bonne heure, mais il atteint rarement des proportions considérables; il manque même dans un grand nombre de cas. Les nausées s'accompagnent de vomissements constitués par des matières alimentaires, muqueuses, ou de la bile; ils ne revêtent jamais le caractère des vomissements fécaloïdes.

L'état général, enfin, à moins de complication, n'est point grave. Non-seulement on n'observe ni cyanose, ni algidité, ni l'état grippé et les troubles circulatoires divers qui sont l'apanage de l'étranglement herniaire, mais, s'il présente quelque atteinte, ce sont plutôt des phénomènes inflammatoires qui se présentent.

Cet ensemble clinique, si différent de celui qui accompagne l'étranglement des hernies intestinales, s'écarte encore davantage de ce dernier par la marche qu'il affecte. Les accidents, dont le début a souvent été moins brusque que celui de l'étranglement herniaire, augmentent d'intensité pendant deux ou trois jours; au bout de ce temps, les vomissements, s'ils existaient, s'arrêtent; les coliques, puis les douleurs locales diminuent, et fréquemment il survient une ou plusieurs garde-robes. Bientôt la sensibilité de la tumeur à la pression, son volume même, diminuent, et, au bout de dix ou douze jours, la hernie rentre spontanément.

La terminaison des épiploïtes aiguës est différente, d'ailleurs, suivant les cas. Si la résolution suivie de réduction de la hernie est celle que l'on observe le plus souvent, on peut voir l'épiploon rester irréductible, et demeurer fixé à la face interne du sac par des adhérences inflammatoires qui se sont organisées.

Quelquefois la peau rougit, le tissu cellulaire s'empâte; au bout de quatre ou cinq jours, on remarque une fluctuation manifeste due à un épanchement liquide dans le sac herniaire. Ce dernier suppure et s'ouvre spontanément au dehors, ou bien il est ouvert par le chirurgien au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui n'est pas moindre d'une dizaine de jours. Cette terminaison est très-rare, mais il en existe des exemples manifestes, et il nous a été donné d'en observer un fait indiscutable cette année même.

On n'a jamais observé la gangrène de l'épiploon à la suite de l'inflammation d'une épiplocèle, si intense qu'elle ait été.

Comme complication, nous noterons seulement la possibilité de l'invasion d'une péritonite généralisée. Mais nous ne connaissons pas de faits où elle se soit produite. Dans l'épiploïte, les accidents restent limités à la cavité herniaire, et ils ne s'étendraient à la séreuse péritonéale que si, par des manœuvres intempestives, on venait à réduire une portion d'épiploon atteinte d'une inflammation trop intense.

B. *Inflammation chronique.* — Gosselin (1) n'en cite qu'un exemple, remarquable par la forme douloureuse de la maladie et les difficultés

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. CRURALES.

du diagnostic. La tumeur, dans le cas observé par ce chirurgien, était située en dedans des vaisseaux cruraux, arrondie, grossie comme une noisette, sans changements de coloration à la peau. Elle n'offrait pas d'impulsion dans la toux; on ne pouvait, à cause de son faible volume, lui constater de pédicule; les symptômes abdominaux étaient nuls. La sensibilité extrême de la petite tumeur aux pressions, la marche extrêmement lente de la maladie, faisaient pencher vers l'hypothèse d'une adénite; mais le repos, la compression, en amenant une diminution de volume, puis la réduction de la tumeur, qui s'opéra le dix-huitième jour, montrèrent quelle était sa véritable nature.

DIAGNOSTIC. — Lorsque l'inflammation d'une épiplocèle s'accompagne de symptômes du côté du ventre, ce n'est guère qu'avec un étranglement intestinal qu'on peut la confondre.

Nous avons vu que, dans le plus grand nombre des cas, les phénomènes abdominaux et l'état général sont moins pressants que dans l'étranglement proprement dit. Souvent, depuis le début des accidents, il s'est produit des garde-robes, presque toujours des évacuations gazeuses; les vomissements sont plus rares et ne présentent jamais l'aspect caractéristique des matières intestinales. C'est surtout sur l'évacuation de gaz par l'anus que l'on doit se renseigner avec soin. Quand celle-ci n'est pas douteuse, on peut exclure l'idée d'un étranglement herniaire et confirmer par l'administration d'un purgatif le diagnostic d'épiplocèle enflammée.

S'il existait, au contraire, de la constipation, si le malade ne pouvait affirmer avoir rendu des gaz par l'anus, l'expectation simple pourrait faire reconnaître la nature des accidents par la marche qu'ils suivent. Mais l'expectation doit être absolument rejetée toutes les fois que l'hypothèse d'un étranglement herniaire se présente. C'est alors aux signes locaux qu'il faut avoir égard.

Les hernies épiploïques enflammées présentent une douleur locale plus accusée et plus vive souvent que les hernies intestinales étranglées; mais cette douleur, au lieu d'être surtout manifeste au niveau du pédicule, s'étend sur toute la tumeur.

Celle-ci est plus chaude et paraît plus enflammée; mais surtout elle ne présente d'ordinaire ni la tension, ni la rénitence qu'on observe dans l'étranglement herniaire. On peut souvent reconnaître la consistance de l'épiploon; la hernie n'est nullement sonore à la percussion, on n'y trouve jamais de gargouillement.

Ces caractères, qui suffisent à établir le diagnostic quand la tumeur est petite, laissent subsister quelque obscurité lorsqu'elle est volumineuse. On peut alors se demander si, derrière une masse épiploïque considérable, il n'existerait pas une petite anse intestinale pincée dans le trajet herniaire. Comme la hernie est volumineuse et que les accidents du côté du ventre sont plus accentués, on doit alors, avant de se prononcer en faveur de l'existence d'une épiploïte, donner au malade

un purgatif d'exploration. Si c'est une épiplocèle pure, le malade va à la selle et la question est jugée.

S'il n'y a pas de phénomènes abdominaux, on peut croire à l'existence d'une inflammation développée dans la région, d'une adénite par exemple. Les commémoratifs qui indiquent l'existence antérieure d'une tumeur réductible, l'existence d'un pédicule, d'une impulsion légère dans la toux, font le plus souvent défaut. Il faut alors se tenir dans une extrême réserve, adopter la conduite tenue par Gosselin dans le cas dont nous avons donné un résumé succinct, et ne se résoudre à l'incision que lorsque l'abcès présumé ganglionnaire serait sur le point de s'ouvrir spontanément.

TRAITEMENT. — L'épiploïte, abandonnée à elle-même, présente si peu de dangers, que nous n'hésitons pas à recommander l'expectation et l'abstention comme la seule conduite applicable à tous les cas. On aura soin d'entretenir la liberté du ventre; on recouvrira la tumeur de cataplasmes émollients; on se trouvera bien de joindre à ces moyens l'usage de bains prolongés.

Si l'inflammation dépassait les limites ordinaires, on pratiquerait sur la hernie des onctions avec l'onguent mercuriel et la belladone; on pourrait même avoir recours à une application de sangsues. Enfin, si la suppuration devenait manifeste, on tenterait d'abord d'évacuer la collection par la ponction suivie d'aspiration pneumatique, et si le pus se reproduisait, on ouvrirait le sac et l'on y ferait passer un tube à drainage qu'on laisserait à demeure pendant toute la durée de la suppuration.

Dès que l'inflammation commence à entrer en résolution, il convient de substituer une compression très-douce à l'usage des applications émollientes, afin de favoriser la réduction de l'épiploon. Si néanmoins ce dernier restait en dehors, il faudrait conseiller au malade de porter désormais un bandage à pelote concave.

II. — DES HERNIES EN PARTICULIER

§ I. — Hernies inguinales.

On donne le nom de hernies inguinales à celles qui se font à travers le trajet creusé dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, au-dessus du pli de l'aîne, et qui donne passage au cordon spermatique chez l'homme, et au ligament rond chez la femme. On sait que ce trajet, au moment de la descente du testicule de l'abdomen dans le scrotum, constitue un véritable canal, par lequel le péritoine se continue avec la séreuse testiculaire (*canal péritonéo-vaginal*), qui ne tarde pas à s'oblitérer complètement dans toute l'étendue du trajet inguinal, lorsque la migration du testicule est achevée.

Les hernies inguinales peuvent donc se produire dans deux circonstances différentes: 1° lorsque le conduit péritonéo-vaginal est totalement oblitéré et qu'il n'existe plus aucune communication entre le péritoine et la séreuse vaginale; 2° lorsque le conduit péritonéo-vaginal persiste encore par suite d'un arrêt de développement ou d'un défaut de migration du testicule. Dans le premier cas, les viscères refoulent le péritoine, s'engagent dans le trajet inguinal, en suivant le cordon spermatique ou le ligament rond; dans le second, ils trouvent un conduit préformé et tout disposé à les recevoir. Il importe de distinguer entre elles ces deux variétés de hernies inguinales, dont la première peut être désignée sous le nom de *hernie ordinaire*, et la seconde sous celui de *hernie congénitale*. Il importe également, surtout au point de vue de leurs caractères anatomiques, de séparer l'étude des hernies inguinales chez l'homme et chez la femme. Dans la description qui va suivre nous envisagerons d'abord les hernies *réductibles* ou exemptes d'accidents, puis les hernies *irréductibles*.

VARIÉTÉS ANATOMIQUES DE LA HERNIE INGUINALE. — Avant de décrire les variétés anatomiques que peut offrir la hernie inguinale, il est indispensable de rappeler brièvement le mode de constitution et les rapports du canal inguinal.

Le trajet inguinal est situé immédiatement en arrière de l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique, au-dessus de l'arcade crurale, qui lui forment ainsi une paroi antérieure et inférieure. Les muscles petit oblique et transverse, dont les fibres sont pour ainsi dire écartées pour donner passage au cordon, constituent le bord supérieur. En arrière le trajet inguinal se trouve fermé par une lame fibreuse, le *fascia transversalis*, qu'il ne faut pas confondre avec l'aponévrose du muscle transverse. Cette lame, signalée d'abord par A. Cooper et par Hesselbach, paraît se détacher de l'aponévrose du muscle iliaque; elle se porte en dedans et en haut et vient se jeter sur la face postérieure du muscle droit de l'abdomen, dont elle complète la gaine. Dans ce trajet elle recouvre la partie inférieure de la face profonde de la paroi de l'abdomen.

Ainsi limité, le trajet inguinal présente deux orifices, l'un profond et l'autre superficiel.

L'orifice profond ou supérieur, improprement appelé *anneau inguinal interne*, car il est situé plus en dehors que l'orifice superficiel, correspond à peu près au milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque à l'épine du pubis, à deux travers de doigt environ de l'arcade de Fallope. Il est creusé dans l'intervalle que laissent entre eux le bord supérieur du *fascia transversalis* et la partie inférieure de l'aponévrose du muscle transverse. Des fibres arciformes l'entourent et transforment cet espace triangulaire en un anneau de forme elliptique ou mieux ogivale. Il résulte de ce que nous venons de dire, que la demi-circonférence interne de l'anneau inguinal profond, plus marquée, plus tran-