

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-

chante que la demi-circonférence externe, est constituée par le bord supérieur du *fascia transversalis*, et, par conséquent, qu'elle est côtoyée de près par l'artère épigastrique. C'est par cet orifice que s'introduisent dans l'épaisseur de la paroi abdominale, pour former le trajet inguinal, le cordon spermatique ou du moins ses éléments jusqu'alors dissociés chez l'homme, le ligament rond chez la femme. Le canal déférent chez le premier, le ligament rond chez celle-ci, embrassent par une courbure à concavité dirigée en bas et en dedans la courbure à concavité supérieure et externe que présente l'artère épigastrique.

L'orifice superficiel (*anneau inférieur* ou *externe*) du trajet inguinal est constitué par l'écartement que laissent entre eux les tendons aplatis qui font partie de l'aponévrose d'insertion du grand oblique. L'un d'eux, *pilier inférieur* ou *externe de l'anneau*, passe en dehors, puis se contourne en arrière du cordon, pour venir au-dessous de lui s'insérer à l'épine du pubis. L'autre, qu'on nomme *pilier interne* ou *supérieur*, vient au niveau de la symphyse du pubis s'entre-croiser avec celui du côté opposé. L'espace que laissent entre eux ces deux piliers est triangulaire, à base tournée en bas vers le pubis, à sommet aigu dirigé en haut et très-obliquement en dehors. Cet angle est comme émoussé, et les connexions qui unissent les deux piliers sont rendues plus intimes par l'existence de fibres intercolumnaires qui semblent venir du grand oblique du côté opposé. Enfin, en arrière des deux piliers, formant en quelque sorte le plancher de l'anneau inguinal superficiel, on peut voir des faisceaux fibreux, obliquement dirigés de bas en haut et de dehors en dedans. Cette bandelette, à laquelle on a donné le nom de *pilier postérieur* ou de *ligament de Colles*, est simplement constituée par un faisceau tendineux venant du grand oblique du côté opposé, faisceau qui s'est entre-croisé avec son congénère au niveau de la ligne blanche, qui a passé en arrière du pilier interne, et qui, venant en dernière analyse se fixer à l'épine du pubis, du côté opposé à celui où il a pris naissance, est laissé à découvert par l'écartement que présentent les piliers interne et externe de l'anneau inguinal.

Le cordon spermatique chez l'homme, le ligament rond chez la femme, sortent du trajet inguinal par cet orifice. Tout autour d'eux s'insère un tissu élastique, lamelleux et dense, qui fait partie, chez l'homme; de l'appareil de suspension et de cloisonnement des bourses, et qui accompagne le cordon jusqu'au scrotum; qui, chez la femme, enveloppe le ligament rond jusqu'à la grande lèvre.

Le trajet inguinal mesure environ 3 centimètres de longueur chez l'homme : il est un peu plus long et beaucoup plus étroit chez la femme, suivant Malgaigne. Il est facile, même sur le vivant, de constater sa direction et son étendue, par la sensation que fait éprouver la palpation sur le trajet du cordon spermatique.

Pour en finir avec ces détails anatomiques, il ne nous reste plus qu'à

mentionner les rapports que le péritoine affecte avec la partie profonde du trajet inguinal. Lâchement uni à la face postérieure de la paroi abdominale, dont il est séparé en dehors par un *fascia propria* lamelleux, il adhère d'une façon plus intime au *fascia transversalis*. Quand on a rabattu de haut en bas la paroi abdominale, de façon à pouvoir l'étudier par sa face profonde, on découvre aussitôt trois replis qui soulèvent le péritoine et semblent converger vers la région ombilicale. L'un, situé sur la ligne médiane, n'est autre que l'ouraque. Plus en dehors, partant des parties latérales de la vessie pour se réunir bientôt au précédent, est le repli que détermine l'artère ombilicale oblitérée. Enfin, un troisième repli, beaucoup plus externe et moins marqué, est constitué par l'artère épigastrique : il présente en haut et en dehors sa concavité que vient embrasser, par une courbure dirigée en sens inverse, la saillie que détermine à la surface péritonéale le canal déférent ou le ligament rond. Les auteurs ont décrit, à la surface péritonéale, trois dépressions logées dans l'intervalle de ces trois replis. La première et la plus importante, très-facilement visible, correspond au point où le canal déférent contourne l'artère épigastrique. Située en dehors du relief que constitue cette dernière, cette fossette répond à l'orifice profond du trajet inguinal : c'est la *fossette inguinale externe* (fig. 26, 1).

De l'autre côté de l'artère épigastrique, on a décrit une dépression, beaucoup moins constante et beaucoup moins facile à voir : c'est la *fossette inguinale interne* (fig. 26, 2), qui correspond à la partie postérieure du trajet inguinal, dont la sépare le *fascia transversalis*.

Enfin, entre l'ouraque et l'artère ombilicale, tout en bas, près du corps même du pubis, est une dépression assez profonde : c'est la *fossette vésico-pubienne* (fig. 26, 3) qui correspond à peu près à l'orifice superficiel du trajet inguinal. Ces diverses saillies et dépressions présentent, ainsi que l'a fait observer J. Cloquet, de nombreuses variations, suivant les sujets et surtout suivant l'état pathologique.

Nous examinerons successivement les variétés anatomiques des *hernies non congénitales* ou *ordinaires* et des *hernies congénitales*.

a. *Hernies ordinaires non congénitales*. — Dans la variété la plus commune de hernie inguinale, les viscères déprimant la fossette péritonéale située en dehors de l'artère épigastrique s'engagent dans le trajet inguinal, par son orifice profond, et peuvent en parcourir toute la longueur

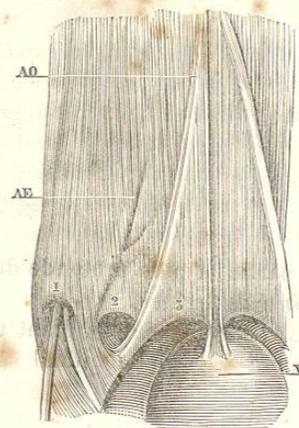


FIG. 26. — Fossettes inguinales. — A, vessie et ouraque; AO, artère ombilicale; AE, artère épigastrique.

pour sortir par son orifice inférieur et descendre jusque dans le scrotum. Cette hernie, que l'on désigne sous le nom de *hernie oblique externe*, pourra donc se présenter à des périodes successives de son évolution. On lui distingue quatre degrés :

1° L'intestin, déprimant le péritoine au niveau de la fossette inguinale externe, s'introduit à travers l'orifice supérieur et proémine dans

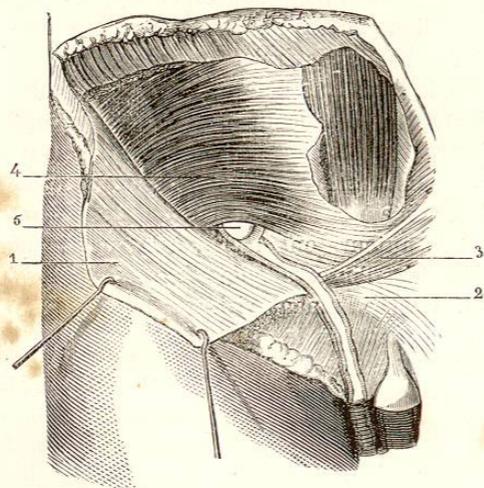


FIG. 27. — Pointe de hernie inguinale.

la partie la plus profonde du trajet inguinal : c'est ce que l'on appelle *pointe de hernie*.

2° Le déplacement étant plus prononcé, la hernie occupe toute l'étendue du trajet inguinal sans sortir par l'orifice externe de ce trajet : c'est la *hernie intra-inguinale, intra-pariétale, interstitielle*.

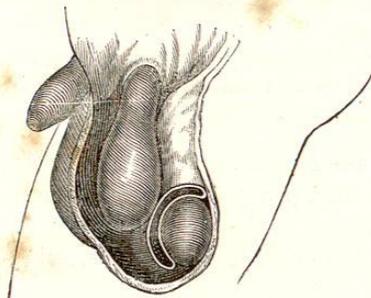


FIG. 28. — Hernie inguino-scrotale.

3° Après avoir rempli le trajet inguinal, les viscères, refoulant le péritoine, se présentent à l'orifice externe du canal inguinal et font une saillie plus ou moins accusée entre ses piliers : la hernie prend alors le nom de *bubonocèle* ou de *hernie inguino-pubienne*.

4° Enfin, on a appelé *hernie inguino-scrotale* celle dans laquelle la tumeur occupe les bourses, de même que le trajet inguinal ; on lui donne également le nom d'*oschéocèle*, et, suivant que les viscères herniés n'ont encore atteint que la partie supérieure de la région scrotale, ou qu'ils descendent jusqu'au

niveau du testicule, on distingue les hernies inguino-scrotales en *funiculaires* et *testiculaires*.

Mais toutes ces hernies inguinales communes ne présentent pas nécessairement ces quatre temps successifs dans leur développement. Certaines hernies paraissent rester indéfiniment à l'état de pointe de hernie ou de hernies interstitielles ; d'autres parcourent si rapidement les phases de leur évolution, que, dès leur apparition ou fort peu de temps après, elles ont franchi toute l'étendue du trajet inguinal et viennent s'étaler au fond du scrotum. Ces derniers faits sont rares, et, comme on le verra dans la suite, on doit toujours soupçonner, lorsqu'on les observe, que le déplacement intestinal s'est fait dans un sac préformé aux dépens du conduit vagino-péritonéal resté perméable.

Le trajet des hernies obliques externes présente deux points rétrécis, dont l'un est constitué par l'orifice profond, l'autre par l'orifice superficiel du trajet inguinal. Mais, lorsque la hernie est ancienne, ces deux orifices subissent des modifications qui déterminent un changement important dans la direction et dans les dimensions du trajet herniaire.

Les deux orifices du trajet inguinal s'élargissent, mais l'externe, se laissant dilater plus que l'interne, cesse de constituer un resserrement du calibre du trajet herniaire. De plus, ces deux orifices s'élargissant, l'orifice profond vers la ligne médiane surtout, l'orifice superficiel en dehors, ils finissent par se correspondre au moins par une partie de leur circonférence qui représente alors l'intersection de deux cercles ; de sorte que le trajet de la hernie, qui d'abord était fortement oblique de dehors en dedans, finit par être presque direct d'arrière en avant : ce qui peut donner lieu à certaines confusions dans le diagnostic. Enfin, la hernie traversant la paroi abdominale presque directement, d'arrière en avant, et non plus obliquement comme lorsqu'elle était récente, il en résulte encore que son trajet intra-pariétal devient d'autant plus court qu'elle est plus ancienne.

Parmi les rapports qu'affectent les hernies inguinales ordinaires dans leur trajet, il importe de signaler avec soin ceux de l'artère épigastrique et du cordon spermatique. L'artère épigastrique côtoyant le bord supérieur du *fascia transversalis*, est toujours située en dedans du pédicule de la hernie dont elle contourne la demi-circonférence inférieure et interne.

Quant au cordon spermatique, il se trouve au-dessous et en arrière de la tumeur ; cette position, qui est constante, dépend de ce que la hernie a pénétré dans l'orifice inguinal profond, au-dessus du point où s'y engage le canal déférent. Quand le cordon est situé au-dessus ou en avant de la tumeur, cela tient probablement à quelque anomalie dans le trajet de la hernie qui appartient alors aux variétés rares ou exceptionnelles. Cependant, d'après Richter, même alors que l'on a affaire à une hernie oblique externe véritable, le cordon pourrait se porter un

peu en avant et se trouver au côté externe ou interne du sac herniaire.

Lorsque la hernie est fort ancienne, il peut survenir quelque modification dans les rapports de la tumeur et du cordon, dont les éléments sont alors dissociés et éparpillés autour de la hernie d'une façon irrégulière. L'origine de cette disposition, admise par presque tous les auteurs et notamment par Gosselin, a été révoquée en doute par Sarrasin (1). Suivant cet auteur, l'ancienneté de la hernie serait absolument étrangère à cette position anormale des éléments du cordon. Elle résulterait de ce que l'organe hernié a pénétré d'emblée et dès le début dans la gaine du cordon, à côté du canal déférent qui forme le sommet d'un petit cône creux dont on détermine la formation au niveau de la fossette péritonéale externe en tirant sur le cordon.

Quelquefois la hernie, au lieu de pénétrer dans le trajet inguinal par son orifice profond, en refoulant la fossette péritonéale située en dehors de l'artère épigastrique, déprime la fossette que l'on trouve en dedans de ce vaisseau, entre lui et le cordon de l'artère ombilicale. Elle traverse alors ou refoule le *fascia transversalis*, et, s'introduisant dans le trajet inguinal par sa paroi postérieure, elle en vient sortir par l'anneau inguinal externe, laissant le cordon spermatique en dehors et en arrière d'elle. La direction de cette hernie est donc perpendiculaire au plan de la paroi abdominale : elle est *directe* au lieu d'être oblique ; de plus, on voit qu'elle ne traverse qu'une partie du trajet inguinal, et que son pédicule laisse en dehors de lui l'artère épigastrique. Cette sorte de hernie, de même que les variétés qu'il nous reste à décrire, acquièrent en général un moins gros volume que les hernies obliques externes, et restent le plus souvent à l'état de *bubonocèles* ou de *hernies inguino-pubiennes*.

La hernie directe est le plus souvent une hernie par éraillure ; les viscères, refoulant le péritoine, se sont frayés une voie à travers le *fascia transversalis*, dont les faisceaux fibreux séparés constituent une sorte d'anneau accidentel autour du point où le pédicule de la hernie s'engage dans l'épaisseur des parois de l'abdomen.

Il existe encore d'autres hernies par éraillure qui présentent une disposition absolument inverse. Ces viscères, refoulant le péritoine, s'introduisent dans le trajet inguinal par son orifice profond ; mais, arrivés plus ou moins près de l'anneau inguinal externe, ils s'échappent de la paroi abdominale, à travers l'un de ces interstices que laissent entre eux les tendons aplatis qui constituent l'aponévrose d'insertion du grand oblique. Le plus souvent, ainsi que l'a fait observer Velpeau, cet anneau accidentel est situé presque en face de l'anneau inguinal profond, c'est à-dire vers le milieu de l'arcade de Fallope. La hernie semble alors se porter vers l'épine iliaque antéro-supérieure, et elle fait saillie à un

(1) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. HERNIE.

pouce environ en dehors de l'anneau inguinal externe, qui est parfaitement libre. Elle ne parcourt que la partie la plus supérieure et la plus externe du trajet inguinal. J.-L. Petit et Arnaud ont rapporté des exemples de cette disposition, sur laquelle insiste Richter ; celui-ci a fait remarquer la position occupée dans ce cas par le cordon spermatique, qui se trouve en avant de la tumeur quand l'éraillure est située au-dessous de l'anneau inguinal, et en arrière au contraire quand l'écartement des fibres de l'aponévrose du grand oblique a eu lieu en dehors ou au-dessus de l'anneau.

Il est beaucoup plus rare encore que la hernie, dépassant l'anneau inguinal externe, pénètre dans la gaine du muscle droit de l'abdomen et sorte par une éraillure située en dedans du pilier inguinal interne : la hernie est dite alors *sus-pubienne*.

De même on doit regarder comme exceptionnels les faits analogues à celui que rapporte Blandin, fait dans lequel l'éraillure, qui avait donné accès à la hernie, était creusée dans l'aponévrose du muscle transverse, en dehors de l'anneau inguinal interne, dont elle était séparée par une bride fibreuse large de deux lignes.

Enfin, nous devons encore signaler quelques variétés rares de hernie inguinale. Telle est celle qui a été étudiée par Velpeau surtout (1), et qu'il a décrite sous le nom de *hernie inguinale oblique interne*. Les viscères, refoulant devant eux le péritoine, s'engagent, au niveau de la fossette vésico-pubienne, à travers une éraillure du *fascia transversalis*. Tantôt la hernie reste à l'état de hernie interstitielle, et alors le sac et l'intestin qu'il renferme sont recouverts par l'aponévrose du muscle grand oblique ; tantôt la hernie arrive, en suivant un trajet oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant, jusqu'à l'anneau inguinal externe qu'elle traverse. L'artère épigastrique, dans ce cas, serait située en dehors et au-dessus du pédicule de la tumeur.

Constitution de la hernie. — A. *Sac herniaire.* — Les hernies inguinales sont presque toujours pourvues d'un sac ; lorsque celui-ci fait défaut, cela tient à la nature même des organes déplacés. Dans les cas rares où le cæcum, la vessie avaient franchi le trajet inguinal, on a pu constater tantôt l'existence d'un sac absolument semblable à celui des hernies intestinales ordinaires, tantôt l'existence d'un sac incomplet, tantôt l'absence de sac autour du viscère hernié.

Le sac lui-même est pourvu d'un collet, dont la rigidité varie avec l'ancienneté de la hernie et les diverses conditions de chaque cas particulier. Au lieu d'un seul collet, il est assez commun de trouver deux points rétrécis au pédicule du sac : ils correspondent aux deux anneaux, interne et externe, qui limitent le trajet inguinal. Mais, le plus souvent, quand la hernie est ancienne, on ne trouve plus qu'un seul collet, soit que celui des deux points rétrécis qui correspondait à l'anneau inguinal

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. XVIII, p. 257.

externe se soit, comme ce dernier, laissé peu à peu distendre, soit que les orifices du trajet inguinal s'étant rapprochés graduellement, les deux collets aient fini par se confondre.

C'est surtout dans les hernies inguinales que l'on observe les sacs à collets multiples; ce fait est certainement dû à la laxité des connexions qui l'unissent aux parties environnantes, laxité telle que la réduction du sac est possible et même souvent facile. Ce n'est que dans les hernies anciennes et qui ont été le siège d'accidents que la face externe de l'enveloppe péritonéale de la hernie adhère assez intimement au scrotum ou aux parois du trajet inguinal. Il est plus fréquent d'observer des adhérences entre les éléments du cordon spermatique et la face externe du sac.

B. Contenu de la hernie. — Les hernies inguinales renferment de l'intestin et de l'épiploon, ou seulement de l'épiploon. Nous n'avons rien à noter sur ce point qui n'ait été dit à propos des hernies en général et de leur contenu. Mais, comme les hernies scrotales sont, de toutes les hernies, celles qui atteignent le volume le plus considérable, il faut remarquer qu'elles se transforment quelquefois en un diverticule véritable de la cavité abdominale, et qu'elles peuvent renfermer un quart, un tiers, la moitié, la presque totalité même de l'intestin grêle. Celui-ci, dans ces cas extrêmes, a perdu droit de domicile dans l'abdomen, et la hernie ne peut être ni contenue ni même réduite.

Il n'est pas très-fréquent que le cæcum se laisse entraîner dans une hernie inguinale; mais la manière dont cet intestin se comporte alors avec le péritoine mérite une mention spéciale.

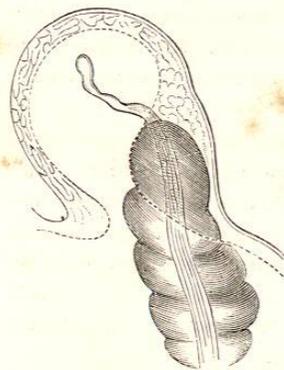


FIG. 29. — Hernie du cæcum dont les parties externes et antérieures ne sont pas revêtues de péritoine.

Tantôt le cæcum repousse devant lui le péritoine, et il le refoule dans le trajet inguinal, de manière à s'entourer d'un sac péritonéal complet; il en est de même lorsque le cæcum vient s'engager dans un sac déjà formé, et qui, jusque-là, n'avait contenu que de l'intestin grêle.

Tantôt, le cæcum semble glisser entre le péritoine et la fosse iliaque, et il s'engage dans le canal inguinal par la portion de sa surface qui est normalement dépourvue de revêtement péritonéal. Il résulte de cette disposition que le cæcum compris dans la hernie n'est pas recouvert ou n'est recouvert

qu'en partie par la séreuse, celle-ci s'introduisant dans le trajet herniaire à la suite de l'intestin, au lieu de l'y précéder. De là de nombreuses variétés anatomiques dans lesquelles il peut exister un sac latéral sur une des faces du cæcum hernié, ou qui résultent de l'existence en arrière et au-dessus de celui-ci d'un sac dans lequel peuvent

s'engager à leur tour l'épiploon ou l'intestin grêle. Mais cette disposition, bien qu'embarrassante pour le chirurgien qui est appelé à pratiquer l'opération dans un cas de ce genre, ne peut être reconnue qu'à l'ouverture de la tumeur.

D'autres organes peuvent se trouver accidentellement compris dans une hernie inguinale. Parmi ces hernies insolites par la nature des viscères déplacés, il faut citer d'abord les hernies de l'ovaire et de la trompe, celles de l'utérus observées par Ruysch, et même de l'utérus gravide, comme Sennert en rapporte un exemple; Ruysch dit également avoir trouvé la rate dans une hernie inguinale; enfin, c'est le plus souvent par le trajet inguinal que vient faire hernie la vessie.

Verdier a réuni dans un excellent travail adressé à l'Académie de chirurgie, en 1753, les faits antérieurement connus de hernies de la vessie; depuis lors, jusqu'à un récent travail de Kronlein (1) sur ce point, beaucoup d'observations nouvelles ont été publiées mais n'ont ajouté que peu de chose à la description exacte et complète qu'a faite de cette affection le premier de ces auteurs.

La hernie inguinale de la vessie peut être simple ou compliquée de hernie de l'intestin et de l'épiploon. La portion du réservoir urinaire qui s'engage dans le trajet inguinal est généralement sa partie antéro-latérale, mais lorsque le prolapsus vésical est ancien, on voit la plus grande partie de la vessie franchir les anneaux et tomber dans le scrotum; le sommet lui-même de la vessie et l'insertion vésicale de l'ouraque peuvent être compris dans le déplacement. La hernie présente alors la forme d'une cavité bilobée dont une des moitiés occupe encore la cavité pelvienne, et dont l'autre, siégeant dans l'une des moitiés des bourses, ne communique plus avec la première que par un pédicule étroit, serré dans le trajet inguinal.

La hernie de la vessie possède-t-elle un sac analogue à celui que l'on trouve dans les hernies intestinales et intestino-épiploïques? Diffenbach et Roser l'ont soutenu; mais la plupart des chirurgiens qui ont étudié la question se rangent à l'avis contraire de Verdier: ainsi Richter, Scarpa, A. et S. Cooper, B. Bell, et plus récemment Balassa, Linhart, Wernher, Bardeleben, décrivent la hernie inguinale de la vessie comme une hernie dépourvue de sac. Si l'on consulte les faits à cet égard, on trouve que dans certains cas, qui ne sont pas les plus fréquents, la portion herniée du réservoir de l'urine ne présente aucune connexion avec le péritoine, et répond directement par sa surface entière au tissu cellulaire du scrotum au sein duquel elle se trouve plongée. Mais le plus souvent, tandis que la hernie vésicale répond directement en arrière au cordon spermatique et au tissu cellulaire des bourses, elle est recouverte en avant et dans une étendue plus ou moins considérable par une cavité séreuse aplatie, communiquant avec la cavité abdominale par un

(1) *Herniologische Beobachtungen (Archiv für Klinische Chirurgie, t. XIX, 1859, p. 408).*

orifice rétréci qui se trouve correspondre au trajet inguinal. Cette cavité est tapissée par le péritoine que la vessie a entraîné dans la hernie et qui forme en avant d'elle un sac herniaire derrière lequel fait saillie la vessie prolabée, mais où cette dernière n'est pas réellement contenue. En effet, la surface antéro-latérale de la vessie, qui pénètre d'abord dans le trajet inguinal, étant dépourvue de péritoine, la hernie qu'elle forme doit être d'abord dépourvue de sac; puis à mesure qu'une plus grande partie du réservoir urinaire prend part au déplacement, le revêtement péritonéal qui tapisse celui-ci se laisse entraîner jusque dans les bourses, et ainsi se forme cette sorte de sac, situé en avant de la hernie vésicale dont il ne recouvre qu'une partie, et qui semble tout prêt à recevoir une ou plusieurs anses intestinales. C'est l'existence de ce sac incomplet qui rend compte de la coexistence d'une entéro-cèle ou d'une entéro-épiplo-cèle inguinale et d'une hernie de la vessie, et qui permet de comprendre la manière dont surviennent les accidents d'étranglement qu'on voit se produire dans ces cas complexes.

On a pourtant admis qu'il existait une variété de hernie de la vessie dans laquelle la formation du sac herniaire précédait le développement de la hernie vésicale au lieu d'en être la conséquence. Ce fait s'observerait, suivant Verdier, chez des individus depuis longtemps atteints d'une hernie scrotale volumineuse. Le sac herniaire en augmentant de capacité entraînerait peu à peu dans le scrotum les parties adjacentes du péritoine, même celles qui recouvrent la vessie, puis la vessie elle-même, pour peu que celle-ci ait été prédisposée par un état pathologique de ses parois à se laisser distendre et à céder à ces tiraillements.

Ceci nous amène à dire quelques mots d'une question qui fut autrefois l'objet de vives controverses et sur laquelle nous ne reviendrons point dans la suite. Mery, dans un mémoire lu à l'Académie royale des sciences, en 1713, soutint que la hernie de la vessie était un *vice de première conformation*, comme il disait alors, c'est-à-dire une variété de hernie congénitale. Il se fondait : 1° sur le peu de rapport qui se trouve entre le volume considérable de la vessie distendue par l'urine et l'étroitesse des anneaux qui lui donnent passage; 2° sur la fixité de la vessie qui ne devrait pas lui permettre de se laisser entraîner dans un déplacement.

Nous ne reproduirons pas les arguments au moyen desquels J.-L. Petit réfuta cette opinion dans un travail lu en 1717 à l'Académie. Qu'il suffise de rappeler que la hernie de la vessie s'observe surtout chez des sujets d'un âge avancé, ou bien encore chez des femmes à la suite de la grossesse, ou enfin chez des individus qui depuis quelque temps étaient atteints d'une affection vésicale, de dysurie ou de rétention d'urine.

Quand la hernie inguinale de la vessie est ancienne, on voit la surface externe de la paroi vésicale contracter des adhérences avec les enveloppes des bourses. La cavité diverticulaire que le réservoir de l'urine envoie dans le scrotum renferme alors fréquemment des calculs dont la

formation paraît due à l'évacuation incomplète de l'urine qu'elle renferme. Ces calculs sont parfois multiples : tantôt ils passent librement de la portion herniée de la vessie dans la cavité même de ce viscère, ainsi que J.-L. Petit en a rapporté un exemple; tantôt ils ne peuvent traverser l'orifice de communication qui réunit ces deux cavités, et ils deviennent le point de départ d'accidents que les anciens auteurs rapportaient à tort à l'étranglement. Jean Dominique Sala, d'après Bartholin, aurait, en 1520, décrit le premier cas actuellement connu de hernies de la vessie à propos d'un fait de cet ordre; des exemples nombreux en ont été rapportés depuis par J.-L. Petit, Beaumont, Verdier. Stalpart van der Wiel dit que l'on a vu des pierres s'ouvrir une issue dans l'aîne et les ulcérations qui leur avaient donné passage rester fistuleuses, et Verdier rapporte même qu'un chirurgien de campagne, croyant inciser un abcès du scrotum, ouvrit la cavité de la vessie qui y faisait hernie et ne fut pas peu surpris d'y trouver un calcul qui fut extrait par cette sorte de taille inguinale pratiquée d'une manière inconsciente.

Pour terminer ce qui a trait aux variétés anatomiques que présentent les hernies inguinales non congénitales, il ne reste plus qu'à mentionner la coexistence possible de plusieurs hernies affectant un trajet différent chez le même sujet. C'est ainsi que l'on a observé, du même côté, l'existence simultanée d'une hernie inguinale oblique externe et d'une hernie directe, ces deux hernies possédant chacune un sac propre, et l'orifice profond de ceux-ci étant séparé l'un de l'autre par une sorte d'éperon où se trouvait l'artère épigastrique.

La production, chez le même sujet, de trois hernies inguinales distinctes, ayant chacune son sac propre et son collet, a été notée dans un certain nombre d'observations en France et à l'étranger.

b. *Hernies congénitales.* — Ces hernies, que l'on désigne aussi sous le nom de *hernies vaginales*, se font dans un sac préexistant qui résulte lui-même d'un arrêt de développement. On sait que le testicule primitivement développé dans l'abdomen ne parvient dans le scrotum qu'après une longue migration effectuée à travers le trajet inguinal. Cette migration paraît résulter de l'action d'un organe spécial, le *gubernaculum testis*, qui aurait pour rôle d'entraîner le testicule vers le trajet inguinal et de le diriger au travers des plans de la paroi abdominale. Or le testicule ainsi que le *gubernaculum testis* est enveloppé par le péritoine qui revêt la plus grande partie de sa surface et qui lui adhère intimement, en sorte que dans sa migration le testicule l'entraîne avec lui. Il en est de même de la portion du péritoine qui tapisse le *gubernaculum testis*.

C'est en général dans le cours du neuvième mois de la vie intra-utérine que le testicule a achevé sa migration, et qu'il est venu définitivement occuper la place qui lui est destinée au fond des bourses. A ce moment la cavité séreuse qui l'environne se continue avec le péritoine au travers