

du trajet inguinal, transformé en un véritable canal. Mais bientôt cette communication disparaît par l'oblitération de la portion du conduit péritonéo-vaginal qui est située dans le trajet inguinal et à la partie supérieure des bourses. La cavité vaginale forme dès lors une sorte de sac fermé de toutes parts, une séreuse indépendante de celle de l'abdomen. L'époque à laquelle cette séparation est complète varie suivant les sujets : elle s'effectue le plus souvent pendant la première année de la vie, à un moment plus ou moins rapproché de la naissance ; il y aurait même, d'après Camper, des nouveau-nés chez lesquels elle serait produite pendant la vie fœtale, et cela dans la proportion de 13 sur 53.

On conçoit que cette évolution, qui donne lieu à l'existence d'une cavité séreuse propre au testicule, puisse être incomplète, et que la présence du conduit péritonéo-vaginal transitoire chez l'homme puisse persister en vertu d'une anomalie qui constitue alors un véritable arrêt de développement.

Tantôt, en effet, la communication entre la cavité péritonéale et celle de la tunique vaginale persiste entièrement, et les viscères abdominaux trouvent un sac préformé, constitué par le conduit péritonéo-vaginal ; tantôt l'oblitération s'est produite, mais seulement en un point du canal péritonéo-vaginal. Si l'adhésion entre ses parois s'est faite seulement au-dessus du testicule, vers la racine des bourses, le trajet inguinal est encore traversé par un cul-de-sac dépendant de la séreuse péritonéale, qui vient se terminer par une extrémité fermée, soit dans le trajet inguinal lui-même, soit à l'anneau inguinal externe, soit au delà de ce dernier dans la moitié supérieure du scrotum. Dans ce cas encore, les organes contenus dans l'abdomen peuvent s'engager dans ce sac préformé et constituer une variété de hernie congénitale.

Enfin, si l'oblitération s'est effectuée au niveau de l'orifice inguinal interne, et a déterminé l'adhésion des parois du conduit vagino-péritonéal dans une certaine étendue du trajet inguinal, la cavité de la tunique vaginale se continue supérieurement avec un prolongement canaliculé qui monte en avant du cordon pour s'engager parfois dans l'anneau inguinal externe et se terminer plus ou moins haut par une extrémité fermée. Dans ce dernier cas l'orifice inguinal profond se présente avec des caractères normaux, et si les viscères s'y engagent, ce ne peut être qu'en refoulant à ce niveau le péritoine dans le trajet inguinal à la façon des hernies ordinaires.

Le vice d'évolution qui fait persister le conduit péritonéo-vaginal peut aussi atteindre le testicule : sa migration peut rester incomplète, et l'ectopie testiculaire coïncidant avec une oblitération imparfaite du conduit vagino-péritonéal, on conçoit qu'il puisse se présenter des hernies congénitales compliquées d'anomalies du testicule. De là une distinction entre les hernies congénitales simples, sans ectopie testiculaire, et les hernies congénitales compliquées d'ectopie du testicule. Cette distinction, que Malgaigne avait le premier clairement accentuée,

a perdu néanmoins de sa netteté dans certaines descriptions où l'on a multiplié outre mesure les variétés anatomiques qui en dépendent : c'est ainsi que Rizzoli ne compte pas moins de dix-huit sortes de hernies congénitales, reproduites par Le Dentu dans sa thèse *Sur les anomalies du testicule*.

1. *Hernies congénitales simples*. — Ces hernies diffèrent suivant que l'oblitération du conduit vagino-péritonéal ayant complètement fait défaut, l'intestin arrive dans la cavité de la tunique vaginale jusqu'au-dessous du testicule : c'est la *hernie vaginale testiculaire* ; ou que ce conduit s'étant oblitéré seulement en un point plus ou moins rapproché de l'anneau inguinal externe ou de l'extrémité supérieure du testicule, la partie supérieure du canal vagino-péritonéal est restée en communication avec le péritoine : dans ce cas, la hernie est *vaginale funiculaire*.

Il est inutile d'insister sur le trajet suivi par la hernie ; le mode de production du déplacement viscéral indique suffisamment qu'il ne peut se faire que par le trajet inguinal, et que ces hernies congénitales appartiendront toujours à la variété *oblique externe*.

Le sac herniaire est constitué par la séreuse péritonéo-vaginale. Celle-ci est souvent très-mince ; dans d'autres cas elle présente une épaisseur notable, due probablement à une inflammation chronique ; Lobstein rapporte un cas où le sac avait un aspect tendineux.

La cavité du sac est le plus souvent lisse et régulière ; elle affecte assez souvent une forme de sablier offrant son point le plus rétréci vers le milieu du trajet inguinal. Dans des cas plus rares on voit des brides prendre naissance sur les parois du sac et faire saillie dans sa cavité. Le rétrécissement qui en résulte peut être unique ou multiple : tantôt il se présente comme un diaphragme valvulaire, tantôt sous forme de valvules. Ces brides saillantes, ces resserrements annulaires ou en diaphragme, qui constituent à la hernie des collets accidentels et multiples, et qui peuvent se transformer en agents d'étranglement, sont le plus souvent le vestige du travail d'oblitération du conduit péritonéo-vaginal, travail qui est resté insuffisant et qui a même fait défaut sur le plus grand nombre des points.

Généralement une certaine quantité de liquide s'accumule dans la

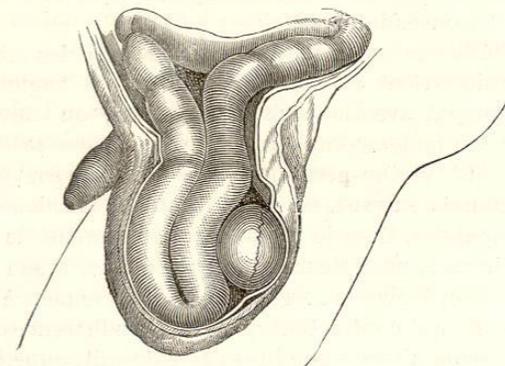


FIG. 30. — Hernie vaginale testiculaire.

cavité du sac. Huguier a pu s'assurer par transparence de sa limpidité, comme on le fait dans les cas d'hydrocèle.

Le contenu de la hernie est, comme dans les hernies ordinaires, l'intestin seul ou accompagné de l'épiploon. La longueur d'intestin comprise dans le sac est souvent considérable : Tillaux l'a vu atteindre 38 centimètres, on cite le cas d'une hernie congénitale qui renfermait presque tout l'intestin grêle. Le côlon transverse, l'iliaque même, enfin le cæcum peuvent prendre part au déplacement. L'appendice vermiciforme est parfois adhérent à la tunique vaginale ou au testicule.

Le *cordon spermatique* se trouve en arrière des viscères herniés ; assez souvent ses éléments sont comme dissociés et épars autour du conduit vagino-péritonéal qui donne passage à l'intestin. Fréquemment même on voit le cordon s'étaler à la partie antérieure de la hernie. Mais il est probable que, dans ce cas, il existe en même temps une inversion testiculaire plus ou moins complète, et que c'est par le fait de cette anomalie que les rapports du cordon spermatique et de son enveloppe séreuse se sont trouvés intervertis.

Enfin les rapports du *testicule* avec les organes contenus dans la hernie varient suivant que la tunique vaginale communique encore librement avec la cavité péritonéale, ou suivant qu'une oblitération plus ou moins complète sépare la séreuse testiculaire de la portion du conduit vagino-péritonéal qui accompagne le cordon dans le trajet inguinal, suivant, en un mot, que la hernie est *vaginale testiculaire* ou *funiculaire*. Dans le premier cas seulement le testicule est à la partie inférieure, postérieure et interne du sac, et son bord antérieur ainsi que ses faces latérales correspondent directement à l'intestin et à l'épiploon herniés qui contractent parfois des adhérences avec lui. Dans le second la hernie n'arrive que jusqu'à l'extrémité supérieure du testicule qu'elle coiffe en quelque sorte, ou même elle ne l'atteint pas, et elle s'arrête soit dans le trajet inguinal, soit à l'anneau inguinal externe, soit un peu au-dessous de ce dernier. Le testicule enveloppé par la hernie et quelquefois même la moitié correspondante du scrotum (Malgaigne) peuvent être atteints d'une atrophie quelquefois très-prononcée. La plupart des auteurs rapportent cet état pathologique à la pression que les viscères exercent sur l'organe mâle, mais il semble plus conforme aux données de la physiologie de ne voir dans ce fait que le résultat d'un arrêt de développement, analogue à celui dont la persistance du conduit péritonéo-vaginal est un indice certain.

2. *Hernies congénitales compliquées d'une ectopie testiculaire.* — On a vu que certaines hernies congénitales pouvaient coïncider avec une inversion du testicule, et que, dans ce cas, les rapports de cet organe ou tout au moins ceux du cordon avec la hernie se trouvaient modifiés. D'autres anomalies du testicule, et principalement les ectopies, le défaut ou l'imperfection de la migration de cet organe, modifient d'une manière encore plus marquée les conditions anatomiques de la hernie.

Le péritoine s'enfonçant dans le trajet inguinal avant que le testicule ait franchi l'anneau inguinal interne, on pourrait à la rigueur concevoir l'existence d'une hernie inguinale congénitale compliquée de monorchidie, le testicule du côté correspondant à la hernie restant inclus dans la cavité abdominale. Cette variété, admise par Malgaigne, n'aurait jamais été observée.

Le plus souvent l'ectopie testiculaire est peu prononcée. Le testicule est situé immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal externe, ou il en est distant de quelques millimètres à peine ; au lieu d'atteindre le fond du scrotum, il reste comme suspendu à la partie supérieure des bourses. La hernie remplit le trajet inguinal, se présente à l'orifice inguinal externe, atteint l'extrémité supérieure de l'organe mâle, et quelquefois dépasse ce dernier. Cette variété de hernie congénitale est assez fréquente chez les enfants. Dans un certain nombre de cas analogues, le testicule jouit d'une certaine mobilité. Caché dans le trajet inguinal, lorsque la hernie est contenue dans le ventre, il franchit l'anneau inguinal externe lorsque la hernie sort, et l'on ne peut réduire celle-ci sans refouler en même temps le testicule dans l'épaisseur des parois de l'abdomen. Assez fréquemment, ainsi qu'on le verra dans la suite, le testicule sort de l'anneau inguinal externe, ferme en quelque sorte le chemin de la hernie qui l'accompagne, et devient une cause d'étranglement qui résiste à tous les efforts du taxis.

Le testicule peut être inclus dans le trajet inguinal, et la hernie qui s'est produite, à la faveur du prolongement péritonéal qui l'environne, peut remplir tout ce trajet et même, dépassant le testicule, franchir l'anneau inguinal externe et se présenter sous la forme d'un bubonocèle ou d'une hernie funiculaire. Parfois même le testicule étant demeuré en ectopie dans le trajet ou même dans la cavité de l'abdomen, plus ou moins près de l'anneau inguinal interne, l'épididyme, indépendant de l'organe mâle, a seul franchi la totalité ou une partie du canal inguinal, entraînant avec lui le péritoine et déterminant ainsi la formation d'un sac où pénètrent les viscères et qui peut se prolonger jusque dans le scrotum.

Lorsque le testicule en ectopie inguinale est entouré d'une hernie congénitale, celle-ci, au lieu de se borner à distendre le trajet inguinal, peut offrir une disposition qui avait été d'abord entrevue par J.-L. Petit (1), puis oubliée pendant de longues années pour être retrouvée par Velpeau et par Dance qui en fit le sujet de sa dissertation inaugurale, en 1835. Cette variété de hernie, qui a reçu les noms de *hernie intra-pariétale* (Dance), *inguino-interstitielle* (Goyrand d'Aix), a été de la part de Tillaux (2) et d'un de ses élèves, Dreyfus (3), l'objet d'une étude complète.

(1) *Maladies chirurgicales*, t. II, p. 247.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1871.

(3) *De la hernie inguino-interstitielle dans ses rapports avec l'ectopie du testicule*. Thèse de Paris, 1877.

Cette hernie n'a jamais été observée à l'état de simplicité. Son existence a toujours été révélée par des accidents d'étranglement, et, dans presque tous les cas, l'opération seule a permis de constater les conditions anatomiques qui la caractérisent. Ce qui la distingue en effet de toutes les autres hernies inguinales, c'est que la hernie paraît s'être faite dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen dont elle a dissocié les plans musculaires et fibreux au-dessus de l'arcade de Fallope. Il existe en ce point une tumeur aplatie, remontant plus ou moins haut, limitée par l'aponévrose d'insertion du grand oblique en avant, par les plans fibreux profonds de la paroi abdominale en arrière. La hernie, qui a dissocié et refoulé les fibres des muscles petit oblique et transverse, est pourvue d'un sac communiquant avec le péritoine par l'anneau inguinal interne; ce sac n'est autre que le prolongement vaginal du péritoine qui renferme encore le testicule: celui-ci se trouve donc en état d'ectopie inguinale. Enfin, l'anneau inguinal externe présente une ouverture qui n'est pas suffisante pour laisser passer le testicule, à plus forte raison la hernie. Cette dernière circonstance semble révéler le mode de production de cette variété de hernie inguinale. L'étroitesse de l'anneau du grand oblique ne permet pas à l'ampliation de la tumeur de suivre sa marche habituelle; retenus dans l'intérieur du trajet inguinal, les viscères le distendent, et font céder la paroi supérieure de celui-ci en triomphant de l'adhérence assez faible des muscles petit oblique et transverse. Cette étroitesse de l'anneau inguinal externe est-elle la conséquence ou la cause de la migration imparfaite du testicule? C'est ce que l'on ne saurait affirmer.

Toutes les hernies intra-pariétales, toutes celles dans lesquelles le sac est situé dans l'interstice des muscles larges de l'abdomen, sont-elles des hernies congénitales? Se font-elles toujours par la fossette péritonéale externe? Lawrence et plus tard Goyrand ont cité des cas de hernies inguino-interstitielles qui s'étaient produites par la fossette moyenne ou interne; mais il faut remarquer qu'il s'agissait de très-petites hernies, découvertes à l'amphithéâtre, n'ayant jamais donné lieu à aucun symptôme, et que rien ne prouve que plus tard elles ne fussent sorties par l'anneau inguinal externe. D'autre part, l'ectopie inguinale du testicule ayant été notée dans tous les cas actuellement bien constatés de hernie inguino-interstitielle, on doit, jusqu'à preuve du contraire, admettre que cette hernie se fait toujours par l'anneau inguinal externe et qu'elle se complique de l'inclusion inguinale de l'organe mâle.

Il faut ici rappeler ce qui a été dit plus haut des hernies pro-péritonéales; bien qu'on puisse les rencontrer à l'anneau crural et même en quelques autres points de l'abdomen, c'est surtout à la région inguinale qu'elles ont été observées et décrites. Nous rappellerons seulement qu'elles se composent le plus souvent d'un sac profond, situé entre la paroi de l'abdomen et le péritoine qui la recouvre, communiquant avec la cavité abdominale elle-même par un orifice étroit; et d'un sac plus

superficiel, s'abouchant dans le premier au niveau de l'anneau inguinal interne, remplissant le trajet inguinal, descendant parfois jusqu'au scrotum et renfermant le testicule, qui est situé soit dans le trajet inguinal, soit immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal externe. Nous avons montré que cette disposition, que l'on attribuait autrefois à tort au refoulement en masse d'une hernie inguinale étranglée et de l'agent de l'étranglement, était due à la persistance d'une disposition congénitale dont l'existence est d'ailleurs prouvée par l'ectopie testiculaire qui presque toujours la complique.

Nous devons en dernier lieu mentionner quelques faits exceptionnels de hernies dont l'origine congénitale n'est pas confirmée, mais qui, présentant avec les hernies vaginales de nombreux points de ressemblance, ne peuvent être étudiées qu'à leur suite.

De ces hernies exceptionnelles, celle qui a le plus exercé la sagacité des auteurs

est la hernie décrite par Astley Cooper le premier, sous le nom de *hernie enkystée de la tunique vaginale*. « Dans les cas de ce genre, dit le célèbre chirurgien, 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... » Aucune meilleure définition ne peut être donnée de la hernie enkystée; nous nous bornerons à ajouter que la dissection de la tumeur donne accès dans un sac clos de toutes parts, où se trouve renfermé le testicule, et où l'on observe le plus souvent une accumulation plus ou moins notable d'un liquide analogue au liquide de l'hydrocèle, c'est-à-dire, clair et limpide. Dans l'intérieur de cette cavité fait saillie un sac dont la surface externe est lisse, analogue à une séreuse, qui lui-même est plus ou moins épais, et dont la cavité, en communication directe avec le péritoine, renferme les viscères herniés. Quelques adhérences existent fréquemment entre ce sac intérieur et la face interne de la tunique vaginale. Les divergences existent seulement dans la manière d'interpréter le mode de production de cette variété rare.

Astley Cooper pensait que la tunique vaginale, après la descente du testicule, se fermait au niveau de l'anneau inguinal externe, mais que,

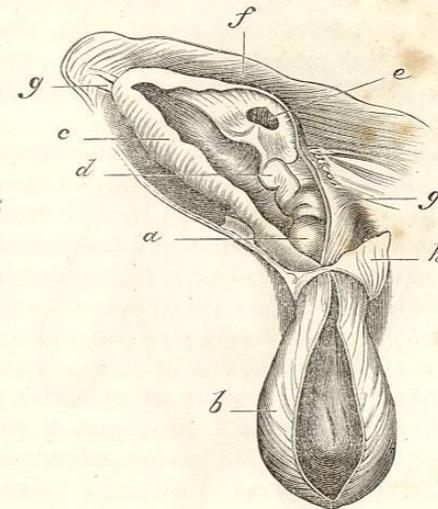


FIG. 31. — Hernie inguino-propéritonéale (Froriep). — a, testicule; b, portion scrotale du sac; c, portion pro-péritonéale; d, cordon; e, collet du sac; f, g, péritoine pariétal; h, anneau inguinal externe.

restant perméable au-dessus et au-dessous de ce point, l'intestin en faisant saillie dans la partie supérieure, non oblitérée, du conduit vagino-péritonéal, la refoulait de haut en bas et l'invaginait en quelque sorte dans la portion testiculaire de la séreuse située au-dessous d'elle.

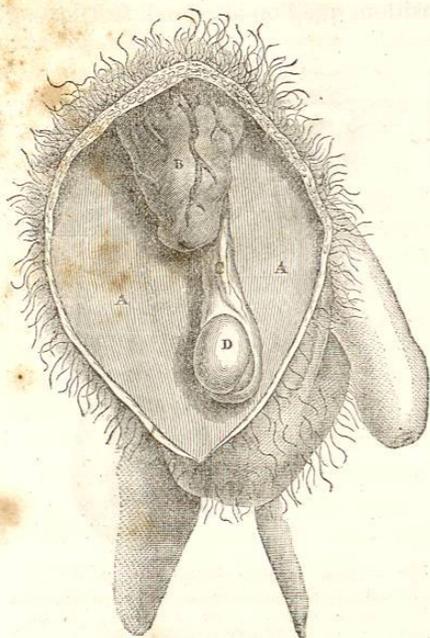


FIG. 32. — Hernie enkystée de la tunique vaginale (Bourguet). — A, tunique vaginale; B, sac herniaire; C, cordon; D, testicule.

peritonéo-vaginal s'est oblitéré près de l'anneau inguinal externe; puis une hernie, munie d'un sac péritonéal ordinaire, s'est fait jour dans le trajet inguinal à côté du testicule en ectopie. Dans d'autres cas, le testicule est fixé à l'anneau inguinal externe, la tunique vaginale s'est oblitérée par adhésion; une hernie qui se produit dans le trajet inguinal, ne pouvant vaincre les adhérences du cordon, continue son chemin derrière le testicule et proémine dans son enveloppe séreuse. On pourrait multiplier l'énumération des faits insolites qui ne sont que de véritables curiosités anatomiques, car les dispositions anormales qui s'y rencontrent ne peuvent être déterminées que par l'autopsie ou par l'opération, et leur diagnostic même ne présenterait aucun intérêt pratique. Nous nous bornerons seulement à mentionner en terminant la complication, que l'on a parfois notée, de kystes congénitaux du cordon coïncidant avec une hernie congénitale et une ectopie testiculaire, comme pouvant donner lieu à d'inévitables méprises.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 722 et suiv.

Enfin, il faut signaler les hernies à doubles sacs superposés, étudiées par Velpeau, d'après des exemples recueillis par Nicault, Lawrence, Key et par lui-même. Cette hernie est ordinairement une hernie intestino-épiploïque dans laquelle, au-dessous d'un sac renfermant l'intestin et l'épiploon, existe un autre petit sac globuleux où pénètre seulement l'épiploon, qui est fortement adhérent à la surface interne. Ici encore l'existence d'une petite tumeur globuleuse et solide au-dessous d'une hernie peut en imposer aisément, surtout si l'on n'a pris soin de préciser d'une façon rigoureuse la situation du testicule avec lequel on peut la confondre.

ÉTIOLOGIE. — Les considérations relatives au développement des hernies en général s'appliquent aux hernies inguinales. Nous n'avons donc pas à revenir sur ce que nous avons dit à ce sujet. Une seule circonstance mérite d'être relevée: c'est la très-grande fréquence de la hernie inguinale chez l'homme; mais cette prédisposition que présente le sexe masculin a été l'objet d'évaluations très-différentes quand il s'est agi de la traduire par des chiffres. Il serait superflu de reproduire ici les différentes statistiques où l'on peut trouver la solution de cette question: la plus récente et la plus complète, celle fournie, en 1863, par la *Société des bandages de Londres*, indique le rapport de 4930 hernies inguinales chez l'homme pour 150 hernies crurales, soit une proportion de 32 pour 1. D'autre part, le nombre de hernies inguinales observées chez la femme, pendant le même exercice, n'ayant été que de 401, il semblerait que la hernie inguinale fût chez l'homme plus de dix fois plus fréquente que chez la femme. Ce rapport est bien plus élevé que celui que donnent les statistiques de Malgaigne (8/1) et de J. Cloquet (4/1).

La hernie inguinale s'observe à tous les âges; mais c'est, de toutes, celle que l'on rencontre le plus souvent dans l'enfance. Suivant Werner, le maximum absolu de fréquence de la hernie inguinale se rencontrerait dans les cinq premières années de la vie: puis le chiffre des hernies inguinales diminuerait rapidement jusque vers l'âge de 15 ans, pour augmenter de nouveau et atteindre entre 25 et 30 ans un second maximum. A partir de ce moment, le chiffre des hernieux diminue, mais moins rapidement que le chiffre de la population mâle, si bien que la relation entre les individus atteints de hernie et ceux qui en sont indemnes va toujours en s'accroissant.

Les auteurs qui soutiennent que le sac herniaire préexiste toujours à la production des hernies, Roser, Linhart, Sherpenhuyzen, invoquent surtout l'exemple des hernies inguinales. La persistance d'une partie du conduit péritonéo-vaginal serait, pour eux, la condition essentielle qui permet l'issue des viscères, et presque toutes les hernies inguinales, sinon toutes, devraient être rangées dans la classe des hernies congénitales. Il est inutile de réfuter une généralisation aussi excessive d'un cas particulier: les hernies inguinales se produisent par le même mécanisme que les hernies des autres régions, et, à côté des hernies congéni-

tales, on doit admettre l'existence des hernies accidentelles, qui peuvent se ranger dans les *hernies de force* ou dans les *hernies de faiblesse*.

SYMPTOMATOLOGIE. — La hernie inguinale est caractérisée par une tumeur molle, habituellement sonore, sans changement de consistance ni de coloration de la peau, située sur le trajet du cordon spermatique. Sa forme, son volume, varient suivant que l'on a affaire à une *pointe de hernie*, à une *hernie interstitielle*, *inguino-pubienne* ou *scrotale*. Dans le premier cas, ce n'est que dans les efforts de toux que l'on voit apparaître, en dehors et au-dessus de l'anneau inguinal externe, une saillie qui disparaît presque aussitôt. Quand la hernie est *interstitielle* ou *inguino-pubienne*, la tumeur est allongée, ovoïde, oblique, son grand axe étant dirigé à peu près parallèlement à l'arcade de Fallope, sa grosse extrémité se tournant en dedans et en bas. Elle disparaît sous la pression en produisant souvent un gargouillement, et le doigt peut, en refoulant la peau, s'introduire dans l'anneau inguinal externe qui est en général dilaté. Si l'on engage le malade à faire quelques efforts, on sent alors l'impulsion de l'intestin qui s'exerce sur l'extrémité du doigt; ce caractère est souvent le seul que l'on puisse constater quand la hernie est encore à l'état de pointe.

Lorsque la hernie est scrotale, la moitié correspondante des bourses est distendue par une tumeur molle et sonore, au-dessous de laquelle on sent le plus souvent le testicule. Cette tumeur, plus large vers la racine des bourses, se continue au-dessus de l'arcade de Fallope, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal interne; au point où la portion inguinale de la hernie se continue avec la portion scrotale, c'est-à-dire au niveau de l'anneau inguinal, existe en général une sorte d'étranglement. L'impulsion produite par la toux et les efforts se communique à toute l'étendue de la tumeur, et est le plus souvent appréciable à la vue. Quand la hernie est très-volumineuse et surtout quand elle est double, elle semble attirer la peau de la verge et même celle de l'abdomen. Comme on l'observe dans toutes les grosses tumeurs des bourses, le pénis a disparu dans la masse de la tumeur, et l'urèthre s'ouvre dans une dépression plus ou moins profonde, qui n'est autre que l'ouverture du prépuce.

Les symptômes fonctionnels que déterminent les hernies inguinales sont souvent nuls ou peu marqués. Ces hernies présentent quelquefois une sensibilité névralgique marquée, augmentant par la pression, au point de rendre difficile et même impossible l'application régulière d'un bandage. Gosselin attribue les douleurs que ressentent les malades à la compression exercée par les moyens contentifs sur les nerfs nombreux de la région.

Quand les hernies inguinales sont très-volumineuses, elles deviennent presque toujours la cause d'une très-grande gêne, tant par les froissements auxquels elles sont exposées dans les mouvements que par les coliques et les troubles des fonctions digestives qu'elles déterminent.

DIAGNOSTIC. — En se fondant sur ces caractères, il sera presque toujours très-facile d'établir le diagnostic d'une hernie inguinale ordinaire. On reconnaîtra sans difficulté non-seulement son existence, mais encore le degré qu'atteint son développement.

Seules, en effet, les tumeurs réductibles du pli de l'aîne et des bourses pourraient en imposer à un observateur inexpérimenté. De celles-ci, le varicocèle, l'hydrocèle congénitale, les abcès par congestion venus du bassin, méritent seules une mention sommaire.

Nous verrons plus tard, à l'occasion du varicocèle et de l'hydrocèle, les caractères qui permettent d'établir leur diagnostic avec la hernie inguinale.

Relativement aux abcès par congestion venant de la cavité de l'abdomen et s'introduisant dans le canal inguinal, on observe une tuméfaction qui augmente dans la toux et les efforts, et qui peut se traduire alors par une impulsion communiquée au doigt introduit dans le trajet inguinal. Il suffit, pour éviter toute confusion, de rechercher les phénomènes inflammatoires qui ont accompagné la production et l'accroissement de la collection purulente, de trouver la cause dont elle dépend, et surtout de reconnaître, dans la fosse iliaque correspondante, la présence d'une tumeur résistante et donnant de la fluctuation.

La hernie étant reconnue, il s'agit d'établir avec certitude que l'on a affaire à une hernie inguinale. Seule, la hernie crurale peut prêter à des confusions. Sans insister ici sur un diagnostic dont nous suivrons plus loin tous les détails, on doit, dès à présent, faire observer que l'exploration soigneuse du trajet inguinal ne laissera subsister aucune hésitation. Si la hernie est une hernie inguinale, l'anneau inguinal sera dilaté, et le doigt, qui ne saurait être introduit dans le trajet inguinal qu'après la réduction de la hernie, sentira dans tous les efforts l'impulsion de l'intestin qui tend à s'engager dans le trajet herniaire.

Reste à déterminer à quelle variété de hernie inguinale on a affaire.

a. La hernie est-elle à l'état de pointe de hernie, de hernie inguino-interstitielle, inguino-pubienne ou inguino-scrotale? L'examen attentif du malade couché, debout, assis, dans le repos ou pendant les efforts, la toux, fournira cette donnée avec certitude.

b. La hernie contient-elle de l'intestin, de l'intestin et de l'épiploon, ou seulement de l'épiploon? Ce point est beaucoup plus obscur. La sonorité, le gargouillement indiqueront la présence de l'intestin; la matité, la sensation d'un corps de consistance pâteuse, inégale, se réduisant avec quelque peine, feront reconnaître l'épiploon: mais il sera toujours bien difficile, sinon d'exclure la présence de l'épiploon dans une entérocèle un peu volumineuse, du moins d'affirmer que jamais une anse intestinale ne s'engage dans les parties profondes d'une hernie que l'on croit constituée uniquement par de l'épiploon.

c. La hernie est-elle congénitale ou acquise? Ce diagnostic se fondera sur l'âge du malade, sur les commémoratifs, sur les caractères phy-

siques de la tumeur. Une hernie qui se produira pendant la première enfance, ou même pendant la seconde, mais surtout très-peu de temps après la naissance, une hernie qui d'emblée atteindra le scrotum, ou qui du moins parcourra en un temps très-court toutes les phases de son évolution, aura bien des chances pour être une hernie congénitale; mais les conditions opposées ne sont pas une preuve certaine du contraire.

Lorsque la hernie descend plus bas que le testicule qui reste situé en arrière d'elle, lorsque cette glande est comme perdue au milieu des viscères qui remplissent le sac, on doit penser à une hernie congénitale testiculaire, mais ces hernies sont rares. Le plus souvent, l'intestin s'arrête au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule, et alors le diagnostic, par les caractères que révèle l'examen physique, est impossible. Une circonstance seulement doit entrer en ligne de compte : c'est l'arrêt possible de la migration testiculaire. La hernie qui complique une anomalie et surtout une ectopie du testicule est en effet presque toujours congénitale.

d. La hernie est-elle inguinale externe, directe ou interne? Cette question présente bien moins d'importance que l'on était disposé à l'admettre autrefois : d'une part, à cause de l'extrême rareté des hernies autres que les hernies obliques externes; d'autre part, parce que l'on a renoncé aux larges débridements qui mettaient en danger les artères voisines des orifices herniaires. On se rappellera surtout les propositions suivantes : Toute hernie congénitale est une hernie oblique externe. Il faut, au contraire, redouter l'existence d'une hernie directe quand la hernie, étant récente, paraît traverser directement d'arrière en avant la paroi de l'abdomen pour sortir par l'anneau inguinal externe, et ne dessine pas au-dessus de l'arcade de Fallope ce bourrelet oblique par lequel se traduit l'existence du trajet inguinal distendu par une hernie. Enfin, quand dans une hernie ancienne les anneaux sont très-élargis et que le trajet semble direct, le doute est permis; mais il est bien plus probable que l'on a affaire à une hernie inguinale externe, dont le trajet se réduit à un simple orifice percé dans la paroi abdominale par le fait d'une évolution, sur laquelle nous avons d'ailleurs suffisamment insisté.

e. Pourra-t-on enfin reconnaître ces hernies exceptionnelles dont la science ne possède que de rares exemples : les *hernies enkystées, inguino-interstitielles, propéritonéales*, les *hernies congénitales compliquées d'ectopies testiculaires* ou d'*anomalies diverses*? Nous pensons qu'un chirurgien, dont l'attention serait éveillée sur l'existence possible de lésions semblables, pourrait en annoncer l'existence dans certains cas, grâce à une analyse méthodique et détaillée des caractères physiques de la tumeur; cependant il faut avouer que, jusqu'à présent, la connaissance de presque tous les faits de ce genre est due soit aux autopsies, soit à l'opération pratiquée pour un étranglement, et que, dans cette dernière circonstance elle-même, on a pu méconnaître la nature

du déplacement et commettre des erreurs que révélait plus tard l'examen nécroscopique.

PRONOSTIC. — Le pronostic des hernies inguinales doit être envisagé tant au point de vue des chances de guérison qu'elles présentent que des dangers que leurs complications font courir au malade qui en est atteint. Suivant que l'on se place à l'un ou à l'autre de ces points de vue, deux conditions, l'âge du sujet et le volume de la hernie, exercent une influence tout opposée sur le jugement que doit porter le chirurgien.

Les petites hernies, les hernies récentes, les hernies congénitales, mais surtout les hernies que l'on observe pendant la première et la seconde enfance (les secondes bien moins que les premières), peuvent guérir spontanément si elles sont contenues d'une manière exacte. A mesure que l'on se rapproche de l'adolescence, la possibilité d'une guérison radicale s'efface : elle disparaît dans l'âge adulte.

Mais les petites hernies, et surtout les hernies congénitales, offrent, au point de vue des complications, une gravité bien autre que les hernies de moyen ou de gros volume. De toutes les hernies, celles dont le pronostic est le plus sérieux à ce point de vue, ce sont les hernies congénitales, compliquées d'une ectopie testiculaire, qui sont habituellement réduites et faciles à contenir. Il en est qui ne sortent jamais sans devenir le siège d'un étranglement, et d'un étranglement serré contre lequel l'opération est la seule ressource.

Le pronostic de la hernie inguinale est d'ailleurs toujours fâcheux, à cause de son accroissement graduel qui finit souvent par acquérir des proportions énormes, de la sensibilité névralgique dont elle est parfois le siège, sensibilité qui s'oppose à une contention exacte par les bandages, et des accidents inflammatoires auxquels l'exposent les froissements continuels lorsqu'elle atteint un volume considérable.

TRAITEMENT. — Le *traitement palliatif* est le seul auquel l'immense majorité des chirurgiens modernes aient recours; mais l'incommodité et le danger qui résultent pour le malade de l'existence même de la hernie ont suggéré à certains opérateurs l'idée, souvent reprise et presque aussitôt abandonnée, de supprimer, par une tentative hardie, l'infirmité elle-même, et d'obtenir, par une opération, la cure radicale de la hernie.

A. *Traitement palliatif*. — Il réside dans le choix, l'application et le port constant d'un bandage bien fait. Nous avons décrit la plupart de ceux que l'industrie met à la disposition des chirurgiens, et nous avons dit quelles précautions on devait mettre en usage dans leur application. Reste à savoir à quelle sorte de bandage l'on doit avoir recours lorsqu'on a affaire à une hernie inguinale réductible.

a. Si la hernie est petite, inguino-pubienne ou interstitielle, tout bandage bien fait remplira l'indication; il faudra donc choisir le plus léger, le moins coûteux, le plus facile à se procurer. Quel que soit le bandage, français ou anglais, auquel on ait recours, il faut se rappeler que pour empêcher l'intestin de pénétrer dans le trajet herniaire, ce

n'est pas sur l'épine du pubis, ni sur le pli de l'aîne que doit porter la compression, mais sur toute l'étendue du trajet inguinal, auquel doit correspondre le grand axe de la pelote, de telle sorte que l'orifice supérieur même de ce trajet soit comprimé.

b. Quand la hernie est volumineuse, que les anneaux se sont élargis, il faut parfois avoir recours aux pelotes triangulaires ou à *bec de corbin*, ou même au bandage à pression rigide de Dupré, mais la pression très-sévère exercée par ces appareils les rend très-difficiles à supporter par les sujets sensibles.

c. Malgaigne a admis que les pelotes dures convenaient mieux pour comprimer le canal dans le cas de hernie oblique externe, tandis que les pelotes molles étaient préférables pour les hernies directes. Cette distinction nous paraît un peu subtile : on devra toujours éviter, quelle que soit la variété de hernie inguinale à laquelle on ait affaire, d'avoir recours

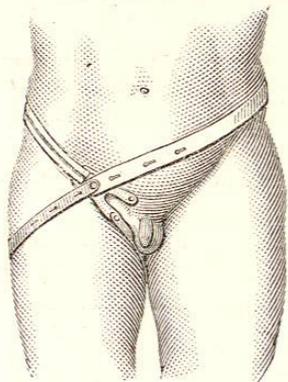


FIG. 33. — Pelote échancrée. — Hernie avec ectopie testiculaire.

à des pelotes trop molles, qui se déformeraient rapidement, ou à des pelotes dures dont la pression pût déterminer des lésions de la peau. C'est bien plus sur l'état et la susceptibilité de cette dernière, et sur la facilité plus ou moins grande qu'on a à contenir la hernie, qu'il faut régler la consistance plus ou moins ferme de la pelote, la pression plus ou moins rigide du bandage.

d. On ne saurait trop surveiller les effets que détermine la pression du bandage, surtout chez les jeunes enfants, dont la peau devient aisément le siège d'érythèmes, d'excoriations et même d'eschares. Il faudra donc retirer le bandage trois fois au moins dans les vingt-quatre heures, en choisissant pour cela, suivant le conseil de Gosselin, les heures où l'enfant est gai et ne crie pas. Une indication particulière peut naître à cet âge de la situation anormale du testicule. Quand celui-ci n'a point encore achevé sa migration, mais qu'il reste arrêté à l'anneau, on peut se servir d'une pelote échancrée (fig. 33) qui maintienne la hernie sans exercer de pression sur l'organe mâle. Mais dans les cas, rares à la vérité, où le testicule est encore renfermé dans le trajet inguinal, comme dans ceux où il ne sort qu'à la suite de la hernie et où il rentre avec elle lorsqu'on la réduit, il vaut mieux encore, au moyen d'un bandage à pression douce, maintenir à la fois la hernie réduite et le testicule dans le trajet, que d'exposer le jeune malade aux chances d'accidents que présentent même à cet âge les hernies non contenues, pour lui assurer le bénéfice incertain d'une évolution testiculaire qui peut rester incomplète, qui, alors même que la migration s'effectuerait tardivement, s'ac-

compagnerait presque toujours d'un état d'atrophie de la glande séminale, et qui entraînerait fatalement la production d'une hernie congénitale volumineuse.

B. Le *traitement curatif* peut être entrepris soit par l'application de bandages, soit à l'aide de diverses opérations.

Nous avons déjà dit plusieurs fois que l'application longtemps prolongée, pendant le jour et la nuit, d'un bandage approprié pouvait conduire à la guérison d'une hernie inguinale. Cette guérison aura d'autant plus de chances d'être obtenue que le sujet sera plus jeune, que la hernie sera petite, congénitale, et que l'application du bandage sera surveillée avec le plus grand soin, afin d'assurer une contention exacte et permanente.

Relativement au traitement opératoire de la hernie inguinale, nous passerons sous silence les nombreux procédés proposés à diverses époques et successivement abandonnés. Le lecteur en trouvera la description dans les traités de médecine opératoire.

Il semblerait que l'on fût largement pourvu de moyens efficaces pour guérir radicalement les hernies inguinales; mais l'expérience chirurgicale apprend que, pour une affection déterminée, les chances de guérison sont presque toujours en proportion inverse du nombre des procédés préconisés pour l'obtenir; il suffit d'ailleurs de recueillir le jugement d'observateurs désintéressés et judicieux pour voir que trop souvent ces succès n'ont été que des succès apparents, que les opérés ont presque toujours été astreints à continuer de se munir d'un bandage, après une opération qui n'avait d'autre but que de les soustraire à cette sujétion. Aussi la plupart des chirurgiens français jugent-ils les risques qu'entraînent ces tentatives en disproportion avec les avantages que l'on en peut retirer, et sont-ils revenus à la sage abstention conseillée par Petit, par Richter et par Sharp qui, dès le siècle dernier, professaient qu'ils ne conseilleraient jamais l'opération à un malade atteint d'une hernie qui se pût réduire, mais qu'ils tâcheraient toujours de lui persuader de se contenter des avantages que le bandage lui offre.

§ II. — Hernies inguinales irréductibles.

1° Hernies inguinales étranglées.

Si, d'une manière générale, la hernie inguinale paraît s'étrangler moins souvent que la hernie crurale, en revanche l'étranglement semble plus fréquent dans certaines variétés de hernies inguinales, dans les hernies inguino-interstitielles par exemple; il en est même qui n'ont jamais été observées qu'entourées des phénomènes de l'étranglement; telles sont les hernies pourvues d'un sac sous-péritonéal (*hernies pro-péritonéales*). Mais cette fréquence apparente des complications qui les atteignent est due surtout à ce que l'étranglement seul a permis le plus