

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

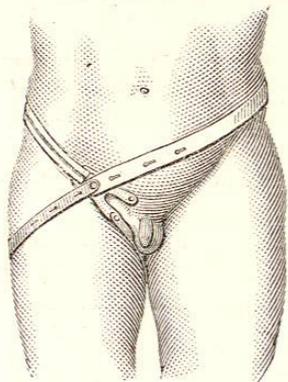


FIG. 33. — Pelote échancrée. — Hernie avec ectopie testiculaire.

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

souvent de reconnaître l'existence de ces variétés insolites de hernie inguinale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans les *hernies inguinales communes*, l'étranglement est le plus souvent produit par le collet du sac. Il est néanmoins des cas où l'on doit admettre le rôle exclusif des anneaux fibreux : ce sont ceux où une hernie récente vient à s'étrangler et surtout ceux où la hernie s'étrangle le jour même de son apparition. Les faits, bien plus rares pour la hernie inguinale que pour la hernie crurale, où la réduction a pu être pratiquée par la kélotomie sans ouverture du sac, viennent encore à l'appui de cette opinion.

Quoiqu'il en soit, c'est principalement au niveau de l'anneau inguinal interne que s'opère la constriction, ainsi que l'a démontré Malgaigne, et cette circonstance jointe aux notions que l'on possède et que nous avons développées, dans l'article général consacré à l'étude de l'étranglement herniaire, sur la transformation fibreuse des anneaux accidentels, semble accuser la participation du *fascia transversalis* au mécanisme de production de l'étranglement. Velpeau a pourtant démontré que l'agent de la constriction pouvait siéger au niveau de l'anneau inguinal externe, et Gosselin fait observer avec raison que la conséquence pratique qui résulte de l'incertitude où l'on est dans le plus grand nombre de cas sur le siège précis de l'étranglement doit le faire rechercher d'abord au niveau de l'anneau inférieur.

Enfin dans les hernies anciennes, où l'étranglement est produit manifestement par le collet du sac, il peut être situé en un point intermédiaire aux anneaux interne et externe ; et lorsque l'évolution anatomique de la hernie a fait disparaître le trajet inguinal, supprimé son obliquité et réuni les deux anneaux en un seul, c'est au niveau de cet orifice unique que l'on trouve l'obstacle au cours des matières et à la réduction de l'intestin.

Dans les *hernies d'origine congénitale*, l'agent de la constriction est presque toujours l'orifice persistant qui fait communiquer le péritoine avec la tunique vaginale. Il n'en est pas toujours ainsi pourtant, et Richter a publié un fait dans lequel l'étranglement, qui siégeait au niveau de l'orifice profond du trajet inguinal, était produit par le *fascia transversalis*. Dans ce cas, en effet, le cordon spermatique, qui reste toujours sous-péritonéal, était compris dans l'étranglement dont l'agent était par conséquent extérieur à l'enveloppe séreuse de la hernie.

Le point le plus rétréci du conduit péritonéo-vaginal est l'agent habituel de l'étranglement. Son siège est très-variable ; Goyrand l'a trouvé, dans six hernies congénitales, situé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anneau externe. La tendance à l'oblitération du conduit péritonéo-vaginal pouvant se manifester sur plusieurs points à la fois, ce canal peut présenter deux ou plusieurs rétrécissements, fait qui rend compte des étranglements doubles dont Goyrand, Chassaignac, Morel-Lavallée, Laugier, rapportent des exemples. Le même phénomène permet d'expli-

quer l'étranglement produit par les valvules ou les brides saillantes dans le conduit péritonéo-vaginal dont elles rétrécissent le calibre ; Laugier et Chassaignac ont cité des faits de cet ordre. Ces brides, qui se trouvent d'ordinaire au niveau de l'anneau inguinal interne, peuvent siéger beaucoup plus bas et Scarpa, dans deux cas de hernies opérées par lui, a vu l'étranglement produit par un rétrécissement du corps même du sac.

Enfin le testicule peut être lui-même l'agent de l'étranglement. Tantôt, et le plus souvent, il contribue seulement à rendre la réduction impossible, les efforts de taxis ayant pour effet de le refouler dans le trajet inguinal et de fermer ainsi le passage aux viscères herniés ; tantôt c'est un testicule d'ordinaire engagé dans le trajet herniaire qui produit les phénomènes d'étranglement lorsqu'il se présente à l'anneau et qu'il vient comprimer l'intestin contenu dans une hernie scrotale (Richter). Enfin, la glande séminale placée au niveau de l'orifice inguinal interne appuie directement sur l'intestin qui s'est glissé entre lui et l'anneau et en détermine l'étranglement (Jobert). Il faut remarquer que c'est presque toujours le testicule en ectopie qui joue un rôle actif dans la production des accidents, et qu'à ce point de vue les hernies congénitales compliquées d'ectopie testiculaire sont d'un pronostic plus grave que les autres.

Dans les hernies *inguino-interstitielles*, il est fort difficile de préciser quel est le siège exact et l'agent de l'étranglement, la plupart des observations étant muettes sur ce point. Le plus souvent il est dit que l'étranglement était situé très-haut et l'on peut en conclure qu'il siégeait au niveau de l'anneau inguinal interne.

Dans les hernies *propéritonéales* c'était toujours à l'orifice de communication qui unissait la partie profonde du sac, située entre la paroi abdominale et le péritoine et la cavité péritonéale elle-même, que résidait la cause de l'irréductibilité.

Enfin, dans des *cas tout à fait insolites*, l'étranglement était causé par un trou existant entre un sac herniaire et la tunique vaginale (Pelletan), par des adhérences qui s'étaient produites dans l'intérieur même du sac (Hodysa de Lewes), par une fausse membrane qui, cédant à la pression des viscères, avait formé un sac dont le collet étreignait l'intestin, etc. Mais ces dispositions exceptionnelles n'offrent qu'un intérêt de curiosité sans aucune portée pratique.

Les autres caractères anatomiques des hernies inguinales étranglées sont ceux que l'on retrouve dans l'étranglement des autres hernies, en quelque région qu'elles aient leur siège, et ils ont été suffisamment décrits pour que nous n'ayons pas à les rappeler ici.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — En même temps que l'on voit apparaître les signes rationnels de l'étranglement, on constate dans l'aine l'existence d'une tumeur qui descend plus ou moins vers le scrotum.

On doit d'abord se demander si l'on a bien affaire à une hernie. L'er-

reur tient presque toujours à un examen incomplet des phénomènes locaux ou généraux, ou à la préoccupation qui domine l'esprit du chirurgien et qui le fait méconnaître une hernie qui existe ou croire à un étranglement qui n'existe pas. Aussi nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur le diagnostic de la hernie inguinale étranglée avec le *phlegmon et les abcès du pli de l'aîne*, les *adénites inguinales*, les *tumeurs gommeuses*, l'*hématocele* consécutif à une contusion du pli de l'aîne (Jamain). Certaines tuméfactions limitées à la partie supérieure du cordon spermatique, la *funite*, le *phlegmon* et l'*abcès pérfuniculaires*, la *phlébite du plexus pampiniforme* (1) déterminent parfois des troubles assez analogues à ceux qu'entraîne l'étranglement herniaire (réaction inflammatoire, vomissements, constipation), qui, se joignant à l'existence d'une tumeur douloureuse profonde, irréductible, siégeant au niveau du trajet inguinal, pourraient en imposer à un observateur superficiel. Il suffit de signaler cette erreur possible et de rappeler que les tuméfactions de cette nature se présentent avec un cortège de phénomènes inflammatoires bien plus marqué et n'offrent aucun des signes fonctionnels qui doivent faire prononcer le mot d'étranglement.

Les *kystes* de la portion inguinale du cordon, lorsqu'ils s'enflamment, peuvent être la cause d'erreurs plus difficiles à éviter. Ainsi, dans un cas que rapporte Heyfelder (2), une tumeur qui s'accompagnait d'accidents d'étranglement ayant été réduite et le malade ayant succombé peu après à une péritonite, l'autopsie fit voir qu'il n'y avait autre chose qu'un kyste que le taxis avait refoulé dans le trajet inguinal. Chez un enfant, qui présentait les signes d'un étranglement intestinal et qui était porteur d'une tumeur inguinale dont les caractères étaient plutôt ceux d'un kyste enflammé, l'opération démontra qu'il s'agissait effectivement d'un kyste, mais qu'en arrière de ce kyste était une anse intestinale herniée qui présentait les traces d'une constriction manifeste (3). C'est principalement dans ces cas complexes que le diagnostic présentera des difficultés réelles et qu'une analyse minutieuse seule pourra faire distinguer les accidents causés par la hernie de ceux qui sont sous la dépendance de la tumeur surajoutée.

Il en sera de même lorsqu'un *testicule en ectopie inguinale* déterminera par son inflammation des phénomènes semblables à ceux de l'étranglement. Le soin que l'on doit toujours prendre de constater la présence ou l'absence des glandes séminales dans le scrotum fera reconnaître l'anomalie testiculaire, mais on devra se demander encore si, masqué par l'ectopie testiculaire, il n'existe pas un sac herniaire qui pourrait être le siège d'un étranglement véritable.

(1) Bouisson, *Tribut à la Chirurgie*, t. II, p. 453; 1861.

(2) *Union méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 63.

(3) Berger, *France médicale*, p. 433; 1874.

Quand la tumeur, au lieu d'être limitée au trajet inguinal, occupe à la fois celui-ci et la cavité des bourses, le diagnostic présente bien moins de difficultés, et l'on doit considérer comme un exemple des plus monstrueuses erreurs chirurgicales le fait rapporté par Chassaignac (1), d'une hydrocele vaginale en bissac (en sablier) qui fut prise pour une hernie étranglée et opérée comme telle.

Certaines hernies crurales peuvent être confondues avec une hernie inguinale interstitielle ou inguino-pubienne étranglée. Nous reviendrons plus tard sur ce diagnostic, et nous nous bornerons à rappeler pour le moment que, dans le cas de hernie inguinale étranglée, le doigt qui refoule les enveloppes des bourses ne peut s'introduire dans l'anneau inguinal externe qui est occupé par la tumeur, ou, s'il y pénètre, ce n'est qu'en s'insinuant entre les piliers de cet orifice et le pédicule de la hernie dont on sent manifestement le contour se continuer dans le trajet inguinal.

Enfin dans la hernie inguinale étranglée, le testicule du côté correspondant à la hernie est souvent le siège d'une sensibilité assez vive, due probablement à la pression que celle-ci exerce sur le cordon spermatique.

La hernie étranglée est-elle *congénitale* ou *acquise*? On éprouve pour répondre à cette question la même difficulté que lorsqu'il s'agit de hernies inguinales réductibles. Pourtant un certain nombre de circonstances peuvent éclairer cette partie du diagnostic. Chez les enfants et chez les nouveau-nés on soupçonnera l'existence d'une hernie péritonéo-vaginale; il en sera de même si le sujet qui présente des accidents d'étranglement affirme que la date d'apparition de la hernie remontait à l'enfance. On sait également que ce sont des hernies congénitales le plus souvent qui s'étranglent au moment même de leur apparition, et la certitude sur ce point deviendra plus complète encore si la hernie étranglée descend jusqu'au fond des bourses et si le malade affirme qu'il était auparavant indemne de toute tumeur de l'aîne. La situation du testicule peut être dans ce cas un indice précieux: tantôt on trouve la glande séminale à une certaine distance du fond des bourses qui est occupé par la hernie, il est alors probable que l'intestin s'est engagé dans la tunique vaginale en passant à travers l'orifice qui la fait communiquer avec le péritoine; tantôt le testicule est en ectopie; qu'il soit placé immédiatement au-dessous de l'anneau, dans le trajet inguinal, ou que l'on ne puisse déterminer avec précision sa situation, lorsqu'il n'est pas dans ses rapports normaux, on a le droit de supposer que la hernie étranglée est une hernie congénitale. Mais, quand ces caractères ne peuvent être constatés, on est forcé de rester dans le doute, et l'ouverture elle-même de la hernie ne permet pas toujours de reconnaître avec certitude si l'étranglement s'est fait dans un sac péritonéal formé

(1) *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, t. IV, p. 299; 1854.

par locomotion, ou s'il est produit par un point rétréci d'un conduit péritonéo-vaginal persistant.

Les mêmes difficultés se présentent quand on veut déterminer si la hernie à laquelle on a affaire est *oblique*, *externe* ou *directe*. On n'a guère à se préoccuper des hernies obliques internes qui appartiennent aux variétés exceptionnelles, et qui du reste n'ont jamais été reconnues qu'à l'autopsie, mais on a un certain intérêt à pouvoir affirmer l'existence d'une hernie directe, puisque le manuel opératoire de la kélotomie doit être modifié par les rapports particuliers que, dans cette espèce de hernies, le collet du sac affecte avec l'artère épigastrique. Si le pédicule de la hernie forme une saillie et comme une sorte de bourrelet oblique, parallèle à l'arcade de Fallope, dans le tiers interne de son trajet, si la douleur que réveille la pression exercée au niveau de l'étranglement existe vers la partie moyenne de la ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, on est certain que l'on a affaire à une hernie oblique externe. Il en est de même lorsqu'on peut affirmer que la hernie étranglée est une hernie congénitale. Si au contraire la hernie s'est étranglée peu de temps après son apparition, si son trajet, à peu près direct, croise presque perpendiculairement l'arcade de Fallope, on pensera à une hernie directe.

Mais, lorsque la hernie est de date ancienne, et les hernies qui s'étranglent sont rarement des hernies récentes, si l'obliquité de son trajet est peu marquée, on est forcé de rester dans le doute et d'hésiter entre une hernie oblique externe dont le trajet est devenu direct par le fait de l'élargissement progressif des anneaux, ce qui est le cas le plus fréquent, et une hernie qui aurait pénétré dans le trajet inguinal par la fossette inguinale interne. Gosselin fait remarquer avec raison que les rapports du cordon spermatique avec le pédicule de la hernie, rapports sur lesquels on serait tenté de s'appuyer pour arriver à un diagnostic anatomique précis, ne peuvent guère éclairer la question lorsqu'il s'agit d'une hernie ancienne, puisque à la longue les éléments du cordon se dissocient et qu'on les trouve éparpillés autour de la hernie, de telle sorte qu'il n'est plus permis de tirer aucune conclusion de la situation du canal déférent et du paquet des veines spermatiques.

Il n'y a qu'un intérêt médiocre à déterminer d'avance quel est l'agent de l'étranglement; on le reconnaît au cours même de l'opération, que l'on veuille tenter le débridement externe ou pratiquer l'ouverture du sac. On se rappellera néanmoins que presque toujours, dans les hernies congénitales, l'étranglement est produit par l'orifice de communication qui persiste entre la tunique vaginale et le péritoine; qu'il reconnaît pour agent le collet du sac dans le plus grand nombre des hernies anciennes, et qu'alors il peut siéger soit au niveau de l'anneau profond, soit au niveau de l'anneau superficiel, soit encore dans un point intermédiaire, mais que le plus souvent le travail de fusion des anneaux fibreux et l'effacement du trajet inguinal rendent cette constatation

superflue. Enfin, dans les hernies récentes, l'agent est presque toujours profondément situé, au niveau de l'anneau inguinal profond.

La hernie à laquelle on a affaire est-elle de celles qui cèdent au taxis? Pour résoudre cette question il faut d'abord rappeler que, de toutes les hernies, les hernies inguinales sont celles qui se prêtent le mieux aux manœuvres de réduction. La facilité avec laquelle on isole et on fixe le pédicule, la faculté que l'on a de ramasser et d'étreindre dans sa main toute la tumeur, grâce au relief considérable qu'elle forme dans les bourses, expliquent les succès qu'obtient le taxis appliqué aux hernies inguinales étranglées. Ces considérations font présager qu'il réussira mieux dans les hernies scrotales que dans le bubonocèle ou la hernie interstitielle, dans les hernies volumineuses que dans les petites hernies, dans les hernies anciennes que dans les hernies récentes. Il n'est pas rare de voir de grosses hernies scrotales qui ont présenté à trois, quatre ou cinq reprises des accidents d'étranglement, et qui chaque fois ont été réduites par le taxis. Pourtant une difficulté peut naître du volume même de la hernie, qui est quelquefois tel que le chirurgien ne peut l'embrasser en entier, et qu'il est forcé d'appeler à son secours les mains d'un aide. Il en est tout autrement dans les petites hernies, dans les hernies récentes et surtout dans les hernies congénitales. Celles-ci résistent souvent aux efforts les mieux dirigés, surtout lorsque le testicule situé en ectopie aux environs de l'anneau inguinal externe rétrécit encore l'orifice par lequel on cherche à faire rentrer les viscères, ou leur bouche le passage en se laissant refouler devant eux dans le trajet inguinal.

Les mêmes circonstances feront craindre de bonne heure l'apparition de lésions graves de l'intestin étranglé : ce sont celles du reste qui indiquent l'existence d'un étranglement serré. La perforation et la gangrène seront donc à prévoir dans les cas de petites hernies et de hernies récentes, d'entéroécèles pures, dans les hernies congénitales surtout. Elles mettront un temps plus long à se produire dans les hernies inguino-scrotales volumineuses et anciennes, comprenant une quantité notable d'épiploon. La rapidité avec laquelle se produisent et se succèdent les phénomènes abdominaux de l'étranglement, l'altération précoce de l'état général, sont également des caractères présomptifs dont il faut tenir compte. Nous n'avons rien à dire sur ce point qui n'ait été suffisamment développé dans les chapitres précédents, et nous rappelons seulement qu'au bout d'un temps qui n'excède pas trois jours, même pour les hernies les plus volumineuses, on ne peut avoir d'autre certitude que celle que l'on acquiert par l'examen direct des viscères que contient le sac herniaire.

Il nous reste à dire quelques mots des symptômes et du diagnostic de certaines hernies inguinales d'une observation plus rare que les précédentes. Il est certaines d'entre elles pour lesquelles la disposition anatomique, dont elles tirent leur caractère insolite, ne peut être re-