

genre d'accident; la réduction en masse s'observe bien plutôt dans les hernies scrotales volumineuses. Pour que la réduction en bloc soit possible, il faut que l'anneau ne soit pas trop étroit, et que le corps et le collet du sac n'adhèrent pas trop fortement aux tissus environnants. Une condition favorable à la production de cet accident, c'est l'adhérence de l'intestin étranglé avec le collet du sac (TURATI).

La tumeur herniaire est alors située dans le voisinage de l'anneau inguinal interne, dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, et elle s'étend de là tantôt en bas du côté du muscle iliaque ou de la branche horizontale du pubis, tantôt en haut vers l'ombilic ou en haut et en dehors vers l'épine iliaque antéro-supérieure, après avoir décollé le péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen. Le collet du sac n'occupe pas nécessairement le point le plus élevé de la tumeur; il peut rester dans le voisinage de l'anneau (voir fig. 43).

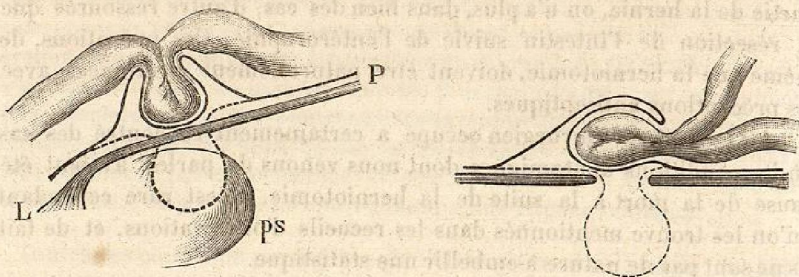


Fig. 42. — Réduction apparente dans la hernie crurale (fig. schématique).

Fig. 43. — Réduction en masse. Le collet du sac reste dans le voisinage de l'anneau.

La réduction en masse peut être incomplète, une partie du sac restant encore en relation avec les enveloppes externes de la hernie. La portion réduite dans ces cas est très variable; tantôt c'est seulement la région du collet du sac qui a été soulevée, tantôt c'est la plus grande partie du sac qui a été refoulée jusque dans le tissu sous-séreux de la cavité abdominale.

En général on a plus de points de repère pour un diagnostic sûr dans cette forme de réduction apparente que dans celles que nous avons décrites dans le paragraphe précédent. La hernie a disparu subitement ou graduellement à la suite d'un taxis plus ou moins énergique. La réduction ne s'est pas accompagnée de gargouillement et n'a pas été suivie d'une détente des symptômes d'étranglement. L'exploration donne alors des bases pour le diagnostic. Le trajet herniaire frappe l'observateur par son état de vacuité extraordinaire, le sac herniaire faisant défaut. Lorsque la réduction en masse a été incomplète, on sent une tumeur occupant un point élevé du canal inguinal, et lorsqu'elle a été complète, on constate l'existence d'une tumeur au-dessus de l'anneau, tumeur occupant la cavité abdominale et s'étendant soit vers la fosse iliaque, soit vers l'épine iliaque antéro-supérieure, tout en restant en relation avec la paroi antérieure de l'abdomen. MULLER a appelé l'attention sur l'œdème par compression du cordon dans les cas de réduction en masse d'une hernie inguinale externe.

Quelquefois on observe en même temps des anomalies du cordon; dans un cas ce dernier était d'une brièveté anormale, et le testicule se trouvait plus rapproché de l'anneau inguinal qu'à l'état normal; dans un autre cas on provoquait des mouvements de la tumeur par des tractions exercées sur le testicule (LIPNISSKI).

Depuis longtemps déjà on a reconnu que le malade auquel a été pratiquée la réduction en masse se trouve dans les meilleures conditions de traitement s'il réussit à faire reprendre à sa hernie son ancienne position, ce qui arrive quelquefois à la suite de contractions volontaires ou involontaires des muscles abdominaux. C'est à LEDRAN et ARNAUD que nous devons le conseil de provoquer la sortie de la hernie en engageant le malade à mettre en œuvre la pression abdominale, à faire des efforts de toux etc.; récemment encore ce procédé a été plusieurs fois couronné de succès (B. SCHMIDT, STREUBEL). On peut ensuite tenter de nouveau le taxis d'une façon rationnelle; bien qu'il ait eu plusieurs fois un heureux résultat, il est plus prudent de pratiquer immédiatement la herniotomie avec les précautions antiseptiques.

Si l'on ne réussit pas à ramener la hernie dans son ancienne position, on a le choix entre deux procédés opératoires, car sans opération, tous les malades succombent, ce que l'on comprend facilement et ce que prouve, du reste, la statistique. Les deux procédés en question sont la laparotomie et la herniotomie modifiée suivant les circonstances. La **laparotomie** est incontestablement plus dangereuse que l'autre procédé, et il est douteux qu'elle conduise plus sûrement au but.

Une incision parallèle au ligament de Poupart, autant que possible sur la tumeur, divise les parois de l'abdomen et rend accessible par la cavité abdominale le sac herniaire qui y avait été refoulé. Le collet du sac est mis à nu et incisé, et l'anse intestinale libérée. D'après la statistique de TURATI, sur 87 cas on a pratiqué 7 fois la laparotomie; ces 7 opérations ont été 6 fois couronnées de succès. Sur 53 malades traités par la herniotomie, 13 ont succombé. Une telle statistique est naturellement sans aucune valeur.

La **herniotomie** avec incision du trajet inguinal jusqu'à son orifice interne, et même au delà de ce dernier suivant les circonstances, est le procédé le plus simple qui permette d'aller à la recherche du sac déplacé par la vue et le toucher, et de fait, le plus souvent on réussit à l'attirer hors de la cavité abdominale. Une fois le sac replacé dans son ancienne position, on l'incise, et l'on dilate ensuite l'endroit rétréci suivant les règles habituelles.

§ 122. — La forme de réduction apparente qui se rapproche le plus de ces réductions en masse, est celle dans laquelle le sac herniaire avec son contenu ou le contenu seul a été refoulé dans le trajet de la hernie. On l'a observée le plus souvent dans les hernies inguinales externes présentant un col allongé, à

direction oblique. Une condition essentielle, c'est que la région du collet du sac soit fortement adhérente et ne puisse être, par conséquent, refoulée dans la cavité abdominale. S'agit-il d'une hernie inguinale refoulée au-dessus de l'anneau inférieur, la paroi postérieure (fascia transversalis) du canal inguinal cède peu à peu, et il se forme ainsi une poche qui reçoit le contenu herniaire; le sac herniaire peut même être déchiré et son contenu avoir pénétré entre cette aponévrose et le muscle transverse. Des phénomènes analogues peuvent se produire même dans la hernie crurale; l'aponévrose qui recouvre le pectiné et le moyen adducteur peut se rompre et livrer passage à la hernie qui disparaît au-dessous d'elle.

Le diagnostic de ces réductions apparentes, dans les hernies inguinales, se base sur l'existence constatée d'une tumeur dans le trajet herniaire, et ne présente parfois aucune difficulté; par contre le diagnostic est déjà plus difficile dans la hernie crurale, la tumeur pouvant faire alors défaut. Il est évident qu'ici encore on cherchera à faire reprendre à la hernie sa position première en recommandant au malade de faire des efforts de pression abdominale; si ce moyen échoue, on aura recours à la herniotomie suivant la méthode indiquée plus haut.

Nous serions entraîné trop loin si nous voulions faire part de toutes les dispositions anatomiques à l'intérieur et au-devant du sac herniaire (diverticules, sacs herniaires doubles etc.), pouvant tromper le chirurgien et faire croire au succès du taxis. Nous appellerons seulement l'attention sur une disposition rare, à savoir l'existence, dans les hernies inguinales externes, de **sacs herniaires doubles** dont l'orifice commun s'ouvre au-dessus de l'anneau inguinal interne. On peut les expliquer en admettant qu'il s'agissait de hernies difficiles à réduire, et pour la réduction desquelles on a fait des tentatives énergiques et multipliées de taxis. Le collet du sac primitif a été ainsi refoulé peu à peu au-dessus de l'anneau inguinal interne, puis, suivant les conditions mécaniques existantes, suivant que le péritoine se décolle avec plus ou moins de facilité, il se forme un sac double avec une cavité comprise dans la cavité abdominale et l'autre dans le trajet herniaire proprement dit (*forme en sablier*), ou bien le péritoine cède latéralement à côté de l'anneau inguinal interne, et l'on observe alors une poche latérale et une autre située dans l'ancien trajet herniaire (*forme en bissac*). Évidemment le contenu du sac peut alors être refoulé facilement hors de la poche inférieure, et venir s'étrangler dans le compartiment supérieur, ou bien l'étranglement de l'anse intestinale dans la poche supérieure du sac en forme de sablier peut avoir passé inaperçu dans l'opération.

KROENLEIN, se basant sur une observation de la clinique de Langenbeck, a publié un travail dans lequel il soumet à un examen les cas analogues qu'il a pu recueillir (Lang. Arch. vol. XIX, p. 408 et vol. XXV, p. 348). Il abandonne l'ancienne terminologie (hernie en bissac, hernie inguinale et intra-iliaque, ou hernie inguinale et intra-pariétale) et désigne sous le nom de **hernie inguino-propéritonéale**, la forme la plus fréquente de hernie à sac double, et la forme la plus rare sous celui de **hernie cruro-propéritonéale**. L'un des compartiments du sac herniaire s'étend au dehors sous forme de hernie inguinale ou crurale ordinaire, tandis que l'autre compartiment est situé derrière l'anneau et en avant du péritoine pariétal auquel il est adhérent. KROEN-

LEIN a rassemblé 24 cas de ces hernies en forme de bissac ou de sablier, dont 23 inguinales et 1 crurale. Une seule appartient au sexe féminin. Dans un grand nombre de cas le sac herniaire inguinal est congénital; il est plus fréquent à droite qu'à gauche, et relativement souvent on observe en même temps des anomalies dans la descente du testicule. Les dimensions du sac interne sont très variables; tantôt il n'est pas plus gros qu'une noix, tantôt il atteint le volume du poing ou même davantage. Le plus souvent le sac est situé en dehors (fosse iliaque), rarement en dedans et en bas contre la vessie ou le trou sous-pubien.

KROENLEIN a réussi à poser le diagnostic de sac double chez un individu qui présentait une hernie non étranglée. Le testicule correspondant était situé à une hauteur anormale, et l'on pouvait avec le doigt le refouler encore plus profondément dans le trajet inguinal, où l'on sentait une hernie interstitielle. Au-dessus du ligament de Poupart et en dehors se trouvait une tumeur que l'on pouvait vider par compression; la disparition de la tumeur s'accompagnait d'un bruit de gargouillement. Lorsque ces hernies s'étranglent, le siège de la constriction se trouve au niveau de l'orifice abdominal ou de celui qui conduit dans la poche propéritonéale. C'est pourquoi la poche extérieure est vide ou peut être facilement vidée par pression. Lorsque la tumeur herniaire est située au-dessus du ligament de Poupart, elle peut être aisément reconnue; dans les cas douteux le toucher vaginal ou rectal(?) peut aussi permettre de constater la présence de la tumeur herniaire, à condition qu'elle siège en dedans, du côté de la vessie. Après avoir pratiqué l'incision externe, si l'on dilate l'anneau inguinal interne, on peut voir s'échapper tout à coup du liquide herniaire; ce phénomène doit engager l'opérateur à prolonger l'incision du côté des parois abdominales.

Le traitement consiste dans la hernio-laparotomie pratiquée avec les précautions antiseptiques. NEUBER a publié dernièrement un cas de la clinique d'Esmarch où cette opération fut suivie de guérison. KROENLEIN, TRENDELENBURG, etc. ont publié des cas analogues.

§ 123. — Un fait des plus étonnants, c'est que l'on observe non seulement des refoulements et décollements du sac herniaire, mais aussi des déchirures et ruptures de ce dernier suivies de réduction apparente de la hernie. Ces accidents se produisent principalement au niveau du collet du sac, lorsque ce dernier présente une partie amincie et adhérente, et une autre mobile. Dans les efforts de taxis la partie mobile refoulée se déchire à l'endroit où elle se continue avec la partie adhérente. Le plus souvent ces parties amincies du collet correspondent à la paroi postérieure du canal inguinal. Le contenu de la hernie est alors refoulé entre le péritoine et le fascia transversalis si ce dernier ne se déchire pas également. BIRKETT a le premier observé des cas de ce genre; le même accident peut se produire dans une herniotomie lorsque le débridement n'est pas pratiqué à l'endroit convenable.

Pour donner une idée de la diversité des véritables ruptures du sac herniaire, nous allons indiquer brièvement les quatre formes différentes admises par TURATI comme ayant été réellement observées: